

SVOBODA PŘEDEVŠÍM

Analýza zkušeností s komunitní péčí o duševní zdraví
v italském Terstu a její význam pro Nizozemsko

Rozšířené vydání doplněné o české zkušenosti

Christien Muusse
Sonja van Rooijen





Děkujeme za laskavé svolení s vydáním v ČR:



Trimbos-instituut, Utrecht

Děkujeme za finanční podporu českého rozšířeného vydání:



Magistrát hlavního města Prahy

Christien Muusse • Sonja van Rooijen

SVOBODA PREDEVŠIM



Analýza zkušeností s komunitní péčí o duševní zdraví
v italském Terstu a její význam pro Nizozemsko

Rozšířené vydání doplněné o české zkušenosti

FOKUS PRAHA 2019

DOSUD VYŠLO:

Z A Z D M I

C E S T A K Z O T A V E N Í

S V O B O D A P Ř E D E V Š Í M



FREEDOM FIRST

© 2015 Trimbos-instituut, Utrecht

Translation © 2019 Lenka Němečková

Czech Edition © 2019 Fokus Praha, z. ú., Praha

ISBN 978–80–902741–8–1

Rádi bychom poděkovali všem, díky nimž se tuto publikaci podařilo vydat. Robertu Mezzinovi a personálu Dipartimento di Salute Mentale patří dík za pohostinnost a spolupráci při výzkumu. Jmenovitě bychom chtěli poděkovat Christianě Sindici a Marině Schilliro z Centra duševního zdraví Maddalena, Mariovi Goffredovi z Centra duševního zdraví Barcola a také Daniele Speh z Komunitního oddělení duševního zdraví. Právě ona organizovala všechny návštěvy a seznámila nás s mnoha lidmi, s nimiž jsme mohli vést rozhovory. Poděkování patří i všem lidem, s nimiž jsme hovořili a kteří pracují v jiných organizacích, například v různých sdruženích, u policie, v organizacích pečujících o lidi bez domova a v mikrooblastech. Jejich přínos tomuto projektu je neocenitelný. Velké díky náleží i Janu Berndsenovi a Nielsi Mulderovi za jejich nadšení a podporu v průběhu celého projektu.

CHRISTIEN MUUSSE, SONJA VAN ROOIJEN

Děkujeme všem, kteří se s námi podíleli na přípravě části knihy věnované zkušenostem s péčí o duševní zdraví v ČR, zejména autorskému týmu ve složení Ondřej Skála, Ctibor Lacina, Daniel Šebek, Agáta Zajíčková, Eva Zajíčková a Zdeňka Kuviková. Za nápady a připomínky při přípravě a finalizaci textu patří poděkování také Evě Čížinské, Haně Hanibalové, Martinu Fojtíčkovi a Janu Máchovi. A samozřejmě musíme poděkovat i našim holandským kolegům za postoupení práv k českému vydání knihy Freedom First a kolegům z Terstu za organizaci a přátelské provázení všech našich návštěv v Terstu, jmenovitě zejména Robertu Mezzinovi a Daniele Speh.

To, že knihu vydáváme až čtyři roky po originále Freedom First zároveň znamená, že ji vydáváme v době, kdy si v České republice připomínáme 30 let od „sametové revoluce“ a tudíž také 30 let od zakládání prvních neziskových organizací, které na poli péče o duševní zdraví u nás dnes působí. Věříme, že to může být určité vzdání holdu těmto neziskovým organizacím za jejich neúnavnou snahu péči o duševní zdraví zlepšit, polidštit a změnit.

PAVEL NOVÁK

OBSAH

Předmluva.....	8
Svoboda především – shrnutí.....	10
Úvod.....	18
1 VÝCHOZÍ BOD: VÝVOJ SITUACE V HOLANDSKU.....	21
1.1 Ambulantní péče a komunitní podpora	22
1.2 Osobní zotavení a sociální začlenění.....	24
1.3 Závěr.....	26
2 NA CESTĚ: POPIS PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V TERSTU.....	29
2.1 Popis studie.....	30
2.2 Historie Terstu v kostce: Za hranice ústavu.....	32
2.3 Hlavní principy.....	35
2.4 Popis modelu komunitních center duševního zdraví (KCDZ)	37
3 ZPÁTKY DOMA: ČTYŘI HLAVNÍ MOTIVY	57
3.1 Od občanských práv k občanství	58
3.2 Svoboda především jako hlavní princip.....	67
3.3 Jednání na základě hodnot: Jdeme dál cestou k jinému profesionálnímu chování.....	70
3.4 Autonomie a dobrá péče.....	83
4 ZÁVĚREČNÉ POZNÁMKY.....	89
4.1 Shrnutí a výsledky.....	91
4.2 Souvislost s poskytováním zdravotní péče v holandské praxi	94
4.3 Shrnutí a závěr.....	100

5| OKLIKOU PO ČESKÝCH ZEMÍCH 103

5.1 Aktuální kontext péče v České republice	105
5.2 Od občanských práv k občanství	108
5.3 Svoboda především	110
5.4 Jednání na základě hodnot	112
5.5 Autonomie a dobrá péče	114
5.6 Závěr	115

PŘÍLOHA 1: KLÍČOVÁ ČÍSLA V TERSTU A ZÁKLADNÍ INFORMACE 118

Organizace	118
Klíčová čísla	118
Náklady	119
Výsledky	120
Srovnání Utrechtu a Terstu v hlavních číslech	120
Klienti ve vězení a péče o lidi bez domova	125
Péče o lidi bez domova	126
Klienti s pracovními/denními aktivitami	127
Závěr	128

PŘÍLOHA 2: PROGRAM NA PODPORU RODIN 129

Program 2014	129
Obecné cíle rodinného programu 2013—2014	130
Aktivity pro rodinné příslušníky 2014	130

PŘÍLOHA 3: FORMÁT LÉČBY 132

Návrh léčby zaměřený na osobní rozpočet (Individuální léčebný plán)	132
Zhodnocení probíhajícího Individuálního plánu péče	137

PŘÍLOHA 4: KLÍČOVÁ ČÍSLA DOPLNĚNÁ O DATA Z ČR 144

Použitá a doporučená literatura	148
---------------------------------------	-----

PŘEDMLUVA

S velkým potěšením vám předkládáme tuto zprávu s poněkud záhadným a neobyčejným názvem — Svoboda přede vším.

My v Listeru jsme se terstským modelem péče o duševně nemocné poprvé inspirovali v roce 2008. V Nizozemsku jsme nebyli v tomto směru první a jistě nebudeme ani poslední. Terstský model založený na myšlence RIBW (chráněného bydlení), jež se původně objevila jako alternativa k hospitalizaci psychiatrických pacientů, jsme považovali za klasický příklad toho, jak se dají věci dělat jinak — nebo vlastně spíš jak by se měly dělat jinak. Po několika návštěvách u našich italských kolegů jsme však zjistili, že jsme úplně nepochopili, jaké jsou základní hodnoty a principy jejich práce. Naše návštěvy byly vesměs příliš krátké a navíc tu byla jazyková bariéra, takže se nám nepodařilo na některé otázky najít odpovědi. Právě proto organizace Lister společně s nadací EAOF (European Assertive Outreach Foundation) iniciovala za finančního přispění organizací Altrecht GGZ a GGZ Breburg detailní prozkoumání jejich praxe.

V rukou teď držíte krásný a výmluvný „cestopis“. Je to pohled na každodenní praxi v Terstu, který ukazuje pozitivní stránky celého systému, ale odhaluje i některé nedokonalosti. Jde však také do hloubky a snaží se systém prozkoumat z antropologického hlediska. Doufáme, že se nám díky němu podaří poskytnout odpovědi na všechny otázky, jež jsme shromáždili za všechny ty roky, po které jsme snili, že to v Holandsku může fungovat jinak. Kritici mohou namítnout: je tu mnohem víc bezdomovců, mnozí klienti jsou ve vězení nebo ve vězeňských nemocnicích, dostávají mnohem víc léků atd. atd. Z našeho popisu terstské praxe vyplývá, že to může být jinak.

I u nás je možné vytvořit celý systém péče o duševně nemocné, který bude ambulantní a komunitní, s minimem lůžek. Svoboda především! To je hlavní motto poskytovatelů péče o duševní zdraví v Terstu. Jejich nejvyšší prioritou je zajistit klientům svobodu. To je v tom nejdoslovnějším slova smyslu zařízeno tak, že neexistují žádné psychiatrické léčebny ani uzavřená oddělení a zamčené dveře. V přeneseném smyslu pak jde o posílení občanských práv klientů a podporu jejich osobních přání a rozhodnutí.

Svoboda především! V Holandsku máme k dispozici zdroje i znalosti, na co tedy ještě čekat? Budeme rádi, když tuto zprávu použijete jako inspiraci ve vlastní praxi, abyste svou práci mohli dělat jinak!



MARLIE VAN LOON, JAN BERNDSEN
členové představenstva, Lister

SVOBODA PŘEDEVŠÍM – SHRUTÍ

Shrnutí našich zjištění z projektu „Svoboda především: proces deinstitucionalizace v Holandsku a poučení z Terstu“.

Důvodem vzniku projektu je nedávný vývoj událostí v holandském systému zdravotní péče. Různé změny ve zdravotní péči a v systému jejího financování vyvolávají otázky, jak tyto změny systému formovat, aby podporovaly sociální začlenění a zapojení uživatelů. Odjeli jsme tedy do Terstu, abychom se tam poučili, jak komunitní psychiatrie funguje v praxi. Projekt sestával z dvoutýdenního terénního výzkumu v Terstu a z následné návštěvy italských pracovníků v Nizozemí. Zde předkládáme údaje z kvalitativní analýzy, kterou jsme provedli z nasbíraných materiálů.

Během návštěvy v Terstu jsme si všimli, jak moc jsou zaměstnanci komunitních center duševního zdraví motivováni ideově. Když nám odpovídali na otázky týkající se toho, jak to u nich v současné době funguje, znovu a znovu zmiňovali, jak je důležitá „revoluce“ a odkaz Franka Basaglii: humánní, komunitní psychiatrie. Velký dojem na nás udělala absence uzavřených oddělení a oddělení pro dlouhodobé pobyty pacientů. Svou neustálou přítomností a investováním do vztahu s klienty dokázali pracovníci zvládnout krize, aniž klienty museli separovat či uzavírat, a to i v některých komplikovaných případech. Měli jsme i několik otázek: Používají při řešení chronických problémů nejnovější poznatky? A jak podporují mladé lidi?

Když navštívili italští kolegové Holandsko, udělaly na ně dojem především iniciativy organizované samotnými uživateli péče a to, jak se zde využívá podpory peerů. Nešlo jim ale do hlavy, proč prosazujeme princip Housing First (Bydlení především), když jsou klienti zároveň dlouhodobě zavíráni na odděleních. Jako hlavní princip, který by měl v Holandsku fungovat, obhajovali spíše Freedom First (Svoboda především). Tu totiž v Terstu považují za nezbytný předpoklad dobré péče a možnosti zotavení.

Během naší druhé návštěvy v Terstu jsme měli víc prostoru diskutovat o problematických tématech, o našich pochybnostech i dilematech. Z těchto rozhovorů začalo být jasnější, jakým způsobem hlavní principy v Terstu poskytují rámec

zdravotní péči o duševní zdraví v praxi, a to i (a obzvláště) v obtížných situacích. Týká se to nejen personálu služeb v oblasti duševního zdraví, ale i organizací, jež spolupracují externě, jako jsou ty, které se zabývají péčí o lidi bez domova, sociální pracovníci, zaměstnanci soudů, a dokonce i policie.

Abychom pochopili, jaký vztah má v Terstu teorie a skutečná praxe péče o duševní zdraví, stanovili jsme tři oblasti „hlavních principů“: myšlenky, ideály a hodnoty, jimiž se řídí praxe. Jsme si vědomi toho, že teorie není neměnná, ale formuje se na základě praxe prostřednictvím neustálé reflexe ze strany týmů.

Tyto tři oblasti tedy jsou:

1. **Holistický přístup:** Péče o duševně nemocné neklade důraz na poruchu, nýbrž na jedince. Neexistují žádní pacienti ani klienti, ale uživatelé, „utenti“. Sociální vyloučení je vnímáno jako výsledek určitého medicínského modelu a jeho specifického jazyka, hierarchických vztahů a struktury. Tento „vztahový pohled na svět“ se projevuje následovně:
 - a. Potřeby jedince se posuzují na základě jeho osobního příběhu, jeho minulosti — to se týká i jeho sociálních vztahů, od rodiny až po sousedy.
 - b. Pro splnění potřeb uživatele se považují za nejdůležitější osobní vztahy mezi osobami pečujícími a uživateli.
 - c. Služby jsou stanoveny na základě osobní cesty ke zotavení a zplnomocňování (empowerment¹). Také proto je centrum komunitních služeb otevřeno nonstop.
2. **Ekologický přístup:** Důraz je kladen na sociální kontext, na celou síť a sociální skupiny, do nichž jedinec patří. Péči nabízí komunita, jde o aktivní pomoc nad rámec běžných služeb, která je dostupná a jejímž cílem je sociální začlenění. Pečující pracovníci naváží vztahy s jedincem a jeho rodinou, se službami poskytujícími ubytování apod. Komunitní centra nabízejí prevenci a základní i specializovanou léčbu pro všechny uživatele v oblasti, kterou mají na starosti. A právě kvůli této „teritoriální odpovědnosti“ za uživatele nemohou komunitní centra přesouvat pacienty s komplexními problémy do jiných center.

¹ Empowerment — proces posilování schopností nemocného získat kontrolu nad projevy nemoci

- 3. Právní přístup:** Důraz je kladen na občanská práva jedinců s psychiatrickými problémy z hlediska právního i sociálního. K vytvoření komunity, jež zajistí začlenění a to, aby měl každý možnost uplatňovat svá sociální práva, je zapotřebí podpůrná síť. Deinstitutionalizace znamená, že jedinec může sám řídit svou cestu ke zotavení.

Služby poskytující péči lze znázornit v kruzích

Ve středu těchto kruhů jsou komunitní centra duševního zdraví, jež jsou otevřená nonstop a nabízejí příjem, akutní psychiatrickou pomoc, prevenci, aktivní pomoc, individuální i skupinovou léčbu, krátkodobé pobyty, podporu pro rodiny a vydávání léků. První kruh kolem tohoto středu zahrnuje další služby pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Druhý kruh tvoří služby, jež úzce spolupracují na péči v rámci komunity: sociální organizace, klientské organizace a rodinné organizace, podpůrné peer skupiny. Ve třetím kruhu jsou takové služby jako například rodinní lékaři, organizace pečující o lidi bez domova, organizace zaměřené na lidi zneužívající návykové látky (ty má zatím na starosti jiné oddělení).

Čtyři témata důležitá pro praxi v Holandsku

Na základě terénní práce v Terstu byla určena čtyři témata, jež mohou být důležitá pro současnou situaci v Holandsku a pro úkoly, jež přes sebou máme.

1. Od občanských práv k občanství.
2. Svoboda především jako hlavní princip.
3. Odborná praxe založená na hodnotách: směřování k jinému druhu profesionálního chování.
4. Osobní autonomie a dobrá péče.

1. Od občanských práv k občanství

Aby dosáhli sociálního začlenění, soustředí se v Terstu na rovnoprávné občanství. Tento koncept kombinuje klasická lidská práva (např. právo na svobodu a rovnost) s občanskými právy, jako jsou právo na vzdělání, zaměstnání a sociální jistoty. Využívají se k tomu dva způsoby: posilování postavení jednotlivce (prostřednictvím jeho dovedností a různých sítí) a posilování „sociální struktury“ okolí jedince (prostřednictvím sociálních firem nebo

destigmatizačních aktivit). Díky holistickému přístupu jsou tyto dva způsoby propojené organizačně i pokud jde o každodenní praxi jejich pracovníků.

Princip „teritoriální zodpovědnosti“ znamená, že komunitní centrum v Terstu nabízí prevenci i základní a specializovanou péči o duševní zdraví. Díky tomu je možné řešit akutní problémy přímo a ve vzájemné spolupráci. Je tím také zajištěna kontinuita péče jedním týmem a jednou organizací.

O občanství jako prostředku k sociálnímu začlenění se v Holandsku také velmi diskutuje. Na základě zkušeností z Terstu bychom si mohli vzít poučení, že posilování sociální struktury by mělo být nedílnou součástí péče o duševní zdraví, a to společně s individuální podporou a vytvářením osobních sítí. To ovšem vyžaduje novou vizi organizace a financování této péče.

2. Svoboda předeevším jako hlavní princip

Proč je v Holandsku hlavním principem Bydlení předeevším, nikoli Svoboda předeevším jako v Itálii? Pro pracovníky v Terstu nekončí deinstitucionalizace převedením péče na komunitu. Začleňování a opětovná integrace lidí, kteří se kvůli psychiatrickým problémům neustále ve společnosti potýkají s mechanismy vyloučení, je proces, který stále probíhá. Kromě zákonného práva na svobodu je pro zotavení zcela nezbytné obnovení sociálních vztahů. Izolace způsobená tím, že lidé budou někde zavření, tudíž působí proti dosažení tohoto cíle. V Terstu tedy došli opakovaně a vědomě k rozhodnutí lidí nikam nezavírat, mít neustále „otevřené dveře“. V holandském prostředí, kde je naším cílem snížit nemocniční kapacitu a vybudovat dobrý podpůrný systém v komunitě, před sebou máme ještě třetí úkol: omezit nátlak při léčbě, pobyt v izolaci a dlouhodobé pobyty za zavřenými dveřmi. Zároveň bychom se měli soustředit na vytváření dobrých „oddychových“ (time-out) zařízení, kam by mohli být lidé přijímáni v krizové situaci, když ambulantní poradenství a (intenzivní) léčba (dočasně) nejsou dostačující.

3. Odborná praxe založená na hodnotách: směřování k jinému druhu profesionálního chování

Pro návštěvníky z Holandska je pozoruhodné, že v Terstu zůstává revoluce vedoucí k deinstitucionalizaci ze sedmdesátých let minulého století pro všechny pečující pracovníky pořád běžným referenčním bodem. Tím jsou zajištěny směr a jednotnost v používání jazyka i v samotné praxi. Dosahuje se toho neustálou reflexí na týmových setkáních. Hodnoty, jež jsou pro uvedení

deinstitucionalizace do praxe zásadní, mohou však být v rozporu s holandskou praxí v oblasti duševního zdraví, kde profesionalita vychází z méně explicitního souboru hodnot. Uvádíme zde tři příklady, kde by tento rozpor mohl vyvolávat napětí: reflexe, kreativita a reciprocita v každodenní práci.

Reflexe: Pilířem práce v Terstu jsou každodenní setkání týmu, kde se diskutuje o aktuálních případech. To je začátek „uznání kruhového vztahu mezi službami, praxí a myšlením“ (Mezzina, 2014). Při setkáních se přítomní vzájemně radí o tom, jak řešit problémy a obtíže. Tým se snaží propojit přístup ke každému případu se svými hodnotami a cíli. Při této reflexi se rovněž odkazuje na případy z minulosti. Každý účastník se podílí na kolektivním procesu učení, a tudíž se jedná i o jistou formu nepřetržitého profesního výcviku členů týmu. Tento princip reflexe každodenní praxe a jejích základních hodnot se v literatuře někdy označuje jako „trialogické učení“ (kde jsou hodnoty a cíle třetí stranou v dialogu mezi pracovníky) nebo jako „normativní profesionalita“.

Kreativita: Během našich pozorování v komunitních centrech duševního zdraví, při návštěvách doma, schůzkách týmů a setkáních s takovými organizacemi, jako je policie, jsme zaznamenali, že všichni zaměstnanci musejí často nacházet kreativní řešení — například když klienti žijící doma nemají žádnou rodinu, která by je podporovala. Pracovníci potom zkoumají možnosti systému péče a dalších organizací, ale také aktivně hledají v okolí. Lidé s duševním onemocněním mohou například žít u nějakého staršího člověka, o nějž se starají (jedna z forem reciprocity, k níž se vrátíme později). Toto kreativní řešení umožňuje lidem s chronickým duševním onemocněním žít mimo oddělení určená pro dlouhodobé pobyty v léčebnách. Tento systém však v některých případech není ideální, protože by mohlo dojít ke zneužívání zranitelných lidí. Při jednání s klienty v krizové situaci využívají pracovníci v komunitě takzvané „asertivní vyjednávání“ (Mezzina, 2014). V praxi to znamená, že psychiatr musí například strávit šest hodin své pracovní doby zmírňováním krize. Takový způsob práce vyžaduje otevřenost organizace a to, aby pracovníci měli prostor pro flexibilitu a mohli si vytvořit s uživateli osobní vztah. Co dělat, když uživatel odmítne medikaci? Odpověď zní: „Je naprosto nezbytné, aby si někdo v tuto chvíli vzal jeho léky. Pokud se to nestane, vrátím

se za hodinu. Vyhněte se pokud možno jakékoli konfrontaci, dodržovat striktně daný postup není to nejdůležitější.“

Reciprocita: V kulturní antropologii je princip reciprocity popsán jako cesta k vytváření a udržování rovnocenných vztahů založených na vzájemné výměně. Aktivní dárce (nebo profesionál/odborník) a pasivní příjemce (klient) mají z hlediska moci nerovný vztah. V Terstu se snaží podporovat rovnocennější vztahy tak, že vytvářejí situace, kdy klient, který přijímá péči a podporu, výměnou za to pracuje nebo poskytuje ubytování či podporu někomu jinému. To může posílit postavení pacientů a jejich zotavení. Na základě takového uvažování může být dalším krokem změna přístupu: namísto profesionálního odstupu osobnější vztah. To je v souladu s teoriemi o péči podporující zotavení.

Využívání psychoterapie v Terstu je dobrým příkladem této odborné praxe založené na hodnotách. Odborníci zde neradi používají zásahy jasně určené nějakým protokolem. Svůj individuální přístup staví jako protiklad k „technicko-metodologickému“ přístupu. To zpočátku vedlo k několika interkulturním nedorozuměním. Během naší první návštěvy nám italscí kolegové k našemu překvapení zdůraznili, že u nich neprobíhá žádná individuální psychoterapie. Během druhé návštěvy jsme však vyzorovali, že mnozí zaměstnanci a psychiatři mají výcvik v psychoterapeutických technikách, jako je například kognitivně behaviorální terapie, a používají je. Tyto techniky ovšem nenabízejí jako oddělené intervence, nýbrž jako nedílnou součást individuálního „projektu“ pro každého klienta. V rozhovoru nám také psychiatr i psycholog potvrdili, že specializované techniky skutečně používají.

Na naše otázky o využívání různých „metod“ jsme tedy nedostali odpověď, nikoli však proto, že by nebyly používány. V Terstu vycházejí z toho, že by klientovi neměli nabízet nějaké série intervencí, ale že systém musí vyhovovat životní cestě a potřebám klienta. Protože zde hraje důležitou roli jazyk, pojmy jako „metody“ se nepoužívají. Principy kreativity, reciprocity a reflexe umožňují převést ideály dobré péče do praxe. Přestože se historický kontext z Terstu do Holandska přenést nedá, způsob, jakým v Terstu vytvořili vztah mezi praxí a hlavními hodnotami, může nizozemské praxi posloužit jako inspirace.

4. Osobní autonomie a dobrá péče

V Holandsku se zdravotní péče samozřejmě také řídí několika etickými principy: nepoškozovat pacienty, prospívat jim, respektovat autonomii klienta a pravdivě vykreslovat situaci. V praxi jsou však respektování autonomie klienta a prospívání klientovi často ve vzájemném rozporu. Toto napětí je patrné i v Terstu. Zde je zásada prospívat klientovi spojena se snahou o kontinuitu péče a s holistickým přístupem, v němž se pomáhající profese soustředí na všechny oblasti života klienta. To má nesporně výhody a často je to nezbytné, ale z dlouhodobého hlediska to také může omezovat autonomii klientů. Například i když jsou psychiatrické syndromy v remisi, zůstávají klienti v péči centra navždy. To jim nabízí ochranu, ale zároveň jim to může bránit vystoupit z jejich „role klienta“ a plně se zapojit do společnosti.

I přesto, že podporují sociální začleňování, domnívají se někteří italští pracovníci, že by se komunitní centra měla trochu víc dívat za svá humna a zapojit více partnerů, například v případech podporovaného zaměstnání v placené práci pro klienty. Hranice mezi dobrou péčí a respektováním autonomie klienta představuje dilema jak v Holandsku, tak v Terstu. Zdá se, že v Terstu snaha o „dobrou péči“ někdy převáží respektování autonomie. Organizace není nastavená tak, aby nechala klienty jít, když už se jim daří lépe.

Občas se ozývá kritika, hlavně ze strany uživatelů, že v oblasti zotavení a odbornosti peerů je ještě hodně co dohánět. Poukazuje se na to, že v Terstu se teprve nedávno začalo s iniciativami procesů zotavení a využíváním lidí, kteří mají odborné znalosti na základě zkušeností. V Holandsku byla agitace proti jakémukoli donucování či nátlaku v oblasti duševního zdraví hlavním faktorem pro vznik nezávislého klientského hnutí. V Terstu mělo silné propojení uživatelských a rodinných organizací a komunitních center pro lidi se zkušeností s duševní nemocí výhody, ale také nevýhody: bránilo uživatelům, aby se dokázali samostatně, nezávisle prosadit.

Dilema mezi tím, zda intervenovat, či nechat pacienta jít, je patrné i ve zdravotní praxi v Holandsku. Nepochybně tam existuje skupina klientů, kteří by mohli žít podle ideálu autonomního občana, ale zároveň také skupina těch, kteří by potřebovali dlouhodobou podporu. To tedy vyžaduje individuál-

ní uzpůsobení podle potřeb každého napříč celým spektrem péče od self-managementu (schopnosti pečovat sám o sebe) až po intenzivní komunitní péči. Nová struktura péče by měla být schopna nabízet péči zaměřenou na zotavení, jež bere v úvahu schopnosti, ale také omezení každého jedince. Pevně dané léčebné postupy by naopak takovou individuálně přizpůsobenou péči mohly omezovat.

Zajímavý model nabízí „rámec podpory“, který vyvinul Trainor (1997). V tomto modelu se zdůrazňuje, že jakákoli reorganizace ambulantní péče by neměla začínat u organizací pečujících o lidi se zkušeností s duševním onemocněním, protože ty budou mít vždy tendenci zatlačit do pozadí jiné formy podpory jako obecné služby, podporu peerů, podporu rodiny a svépomoc. Při vytváření alternativ k ambulantní klinické péči je také důležité vyvarovat se zakládání nových institucí, které „převezmou“ péči ve všech oblastech života, třebaže by to mohly dělat způsobem zaměřeným na zotavení. Každá organizace by měla napomáhat snadnému rozšiřování péče, ale zároveň i postupnému ukončování péče, aby se do praxe daly uvést oba principy, tedy respektování autonomie i pomáhání klientovi.

Zpráva, kterou zde předkládáme, je strukturovaná jako cesta. Začíná otázkami týkajícími se procesu deinstitucionalizace v Holandsku. „Na cestě“ je potom popsána praxe v Terstu. Nejdůležitější byla otázka, jaké poučení si můžeme vzít z procesu, který v Terstu probíhá. K jakým závěrům můžeme dojít, až budeme zase zpátky doma? Popsali jsme praxi s diametrálně odlišným přístupem. Nejpozoruhodnější je, jak v Terstu dokázali propojit každodenní praxi se základními hodnotami, a také to, jak silný důraz kladou na lidská práva. V Terstu prošli specifickým historickým vývojem v době, kdy byl prostor na změnu. V holandském kontextu je důležité brát v úvahu zdejší specifické okolnosti a vývoj, pokud chceme v praxi používat různé principy popsané výše. V Nizozemí v poslední době pozorujeme rostoucí podporu organizací poskytujících ambulantní péči (komunitní FACT týmy), ale také péče zaměřené na zotavení. Zkušenosti z Terstu mohou zvýšit povědomí o tom, jak moc jsou důležité přístup založený na lidských právech a péče založená na hodnotách. Tyto hodnoty by pak mohly sehrát důležitější roli v diskusi o ambulantní péči a snížení počtu lůžek.

ÚVOD

Italský Terst (236 000 obyvatel), město ležící na severu země u hranic se Slovinskem, je už dlouho zdrojem inspirace pro ostatní evropské země, jež se chtějí orientovat v organizaci péče o lidi se zkušeností s duševní nemocí jinak — chtějí dospět k ambulantní péči s minimem lůžek a k tomu, aby o tyto lidi pečovalo i jejich blízké okolí. Holandsko rovněž pravidelně organizuje pracovní návštěvy manažerů, politických činitelů a odborníků pracujících v oblasti péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Nyní, když se Holandsko v přístupu k péči o duševně nemocné více než kdy dříve zaměřuje na radikální snížení počtu lůžek, se zkušenosti z Terstu zdají opět velmi důležité.

Vláda sice už od devadesátých let minulého století podporuje snížení počtu lůžek v psychiatrických léčebnách a jejich nahrazení ambulantní péčí (více viz Kapitulu 1), přesto se však navzdory všem dobrým úmyslům počet lůžek nepodařilo redukovat nijak zásadně. Proto je tím zajímavější, že v Terstu se již v sedmdesátých letech minulého století podařilo zavřít psychiatrickou léčebnu a namísto ní zavést komunitní model péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Podařilo se to přesto, že v Itálii je dostupných mnohem méně finančních prostředků a že takové pobídky jako Zorginnovatiefonds (Fond na obnovu péče v oblasti duševního zdraví v devadesátých letech v Holandsku) v Itálii vůbec nebyly.

V Terstu se nicméně podařilo na základě idealistické motivace výrazně zreformovat organizaci péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním a zlidštit ji tak, že klienti jsou v první řadě „občané“, nikoli pacienti. To byl významný důvod, aby si Lister (dříve SBWU) ve spolupráci s GGZ Breburg, Altrecht GGZ a nadací European Assertive Outreach Foundation (EAOF) objednaly podrobnější studii zkušeností z Terstu, jež mají vést k rozvinutí ambulantní péče a komunitní podpoře lidí s těžkými duševními chorobami.

V roce 2014 strávili výzkumní pracovníci z Holandského ústavu pro duševní zdraví a závislosti Trimbos Institute dvě studijní období po čtyřech dnech s personálem dvou ze čtyř Komunitních center pro duševní zdraví v Terstu a vedli tam dlouhé rozhovory se členy personálu, klienty a rodinnými příslušníky, ale také se

zaměstnanci dalších sociálních organizací, jako jsou sociální týmy, organizace změřené na péči o lidi bez domova, policie a justice. Výzkum se soustředil na to, co se můžeme na základě zkušeností v Terstu naučit my v Holandsku: Jak tam došlo k uskutečnění deinstitucionalizace (uzavření psychiatrických léčeben) a jak funguje komunitní podpora lidí s těžkými duševními onemocněními? Jaké z toho plyne ponaučení a jak je můžeme využít, aby byl proces přechodu na ambulantní péči v Holandsku úspěšný?

Prezentace otázek

V následujících letech dojde v péči o duševní zdraví v Holandsku k mnoha změnám. V Administrativní dohodě z roku 2012 se píše, že je v příštích letech třeba postupně zrušit třetinu kapacity lůžek pro hospitalizované pacienty s duševním onemocněním (přičemž se za výchozí bod považuje rok 2008) a že by se zároveň mělo investovat do ambulantní péče. Proces přechodu na ambulantní péči o lidi se zkušeností s duševním onemocněním tedy nabral obrátky. Organizace pečující o lidi se zkušeností s duševním onemocněním nyní musí najít odpovědi na důležité otázky. Jak je možné vytvořit dobrou infrastrukturu komunitní ambulantní péče a zajistit sociální podporu, aby byli klienti schopní zapojit se do společnosti podle svých schopností? Jak může ambulantní péče přispět k procesu zotavení? V této studii jsme se chtěli soustředit na primární stěžejní myšlenku ambulantní péče, tedy že ambulantní péče přispívá k zapojení a sociálnímu začlenění lidí s duševním onemocněním, což jsou v zásadě hlavní zásadní motivy tvořící základ ambulantní péče a možná také nejobtížnější úkoly, jež před námi stojí (Van Hoof, 2014). V tomto ohledu je zajímavé vést výzkum v Terstu, tedy v oblasti, kde dokonce už v mnohem dřívějším stadiu byl počet lůžek snížen ve velkém rozsahu a kde došlo ke změně vytvořením komunitních center pro duševní zdraví. Na základě toho vznikl nápad provést další výzkum a získat lepší představu o tom, jaké faktory přispěly k tamnímu úspěchu přechodu na ambulantní péči a jaké ponaučení si z toho můžeme vzít s ohledem na situaci v Nizozemsku. Kde to bylo možné, porovnávali jsme některá čísla a klíčové údaje z Terstu s Utrechtem, který má zhruba podobný počet obyvatel (316 000). O tom více v Příloze 1.

Tato zpráva byla připravena jako jakási cestopisná přednáška. Cesta se totiž často používá jako metafora při popisu uzdravných procesů jedince. My zde

používáme metaforu cesty při hledání „poučení“ z Terstu v tom, jak zvládnout proces přechodu na ambulantní péči v Holandsku. Začínáme v Kapitole 1 v Holandsku popisem vývoje kolem ambulantní péče a komunitní podpory. Poté v Kapitole 2 vyprávíme o naší exkurzi do Terstu a o tom, co jsme tam zjistili. Ve třetí kapitole jsme zase „zpátky doma“. V této kapitole představujeme analýzu materiálů shromážděných během terénního výzkumu v Terstu. Jak důležité to je pro situaci v oblasti péče o duševní zdraví v Holandsku a jaké závěry z toho můžeme vyvodit? Jaké hodnoty jsou nejdůležitější v Terstu a jaké společné faktory z nich můžeme odvodit? Formulujeme řadu klíčových otázek, jež je podle nás důležité v Holandsku prodiskutovat, mimo jiné ve spojitosti s otázkou, jak lze dát procesu vytváření ambulantní péče obsah a formu. V Kapitole 5 pak představujeme závěrečné poznámky související s vývojem situace v Holandsku.

Je důležité zdůraznit, že rozhodně není naším cílem stát se kopií terstského modelu — pokud tedy takový model vůbec existuje. Nechceme jej ani nijak idealizovat. Naším cílem je využít zkušenosti ze severní Itálie k zamyšlení nad holandským systémem péče o duševní zdraví. Svoji cestu jsme zahájili otázkou, co se můžeme na základě zkušeností z Terstu naučit. Vrátili jsme se zpět s množstvím klíčových témat, jež ukazují, jak jsou tam každodenní praxe a základní hodnoty vzájemně propojené. Zdá se, že v určitých ohledech je těžké tyto hodnoty nějak propojit se způsobem, jakým je organizována péče o duševní zdraví v Holandsku. Pojednání, jež máte před sebou, je zároveň pozváním, abyste se při diskuzi o ambulantní péči zamysleli nad tím, jakých hodnot a ideálů chceme v Nizozemsku dosáhnout. Rádi bychom vás vyzvali, abyste se do této debaty zapojili.

KAPITOLA 1

VÝCHOZÍ BOD: VÝVOJ SITUACE V HOLANDSKU

1.1 Ambulantní péče a komunitní podpora

V roce 2015 mělo Holandsko ve srovnání s jinými evropskými státy stále relativně velkou kapacitu péče o hospitalizované duševně nemocné pacienty. Ve zprávě o péči v oblasti duševního zdraví Trend Report 2012 se psalo, že nejméně polovina výdajů na péči o duševně nemocné se vynakládá na hospitalizované pacienty (Van Hoof a kol., 2012). Cíl snížit počet lůžek je uveden také v nedávno zveřejněné úmluvě Bestuurlijk Akkoord, kde se stanovuje, že by kapacita pro hospitalizované pacienty měla být v porovnání s rokem 2008 snížena o třetinu a nahrazena ambulantní péčí.

Cíl snížit v péči o duševně nemocné pacienty počet lůžek není nový, objevuje se už od sedmdesátých a osmdesátých let minulého století. V sedmdesátých letech se zrodilo hnutí, v němž klienti žádali, aby byla věnována pozornost zkvalitnění psychiatrické péče. To bylo jen předzvěstí výraznější vládní politiky, prosazující mimoústavní péči v následujících desetiletích. Známa je například takzvaná Moratorium Action z roku 1982, kdy komise, jejímiž členy byli i profesoři sociální psychiatrie Trimbos a Romme, požadovala zmrazení stavebních plánů na budování psychiatrických léčeben, aby získala čas vymyslet nějaké alternativní řešení. V důsledku toho byl dolní komorou parlamentu o rok později schválen návrh na odložení stavby nových psychiatrických zařízení. Od té doby byla patrná změna pohledu na koncepci péče o duševně nemocné a objevil se jasně vyjádřený požadavek na její decentralizaci a vybudování ambulantní péče (viz např. Van Hoof a kol., 2012; Underhill a kol., 2009). To se odrazilo rovněž v Novém memorandu (Nieuwe Nota) z roku 1984. V této zprávě o péči o duševní zdraví se psalo, že velká zařízení podporují proces vyloučení. Dále v ní byl vznesen požadavek na vznik menších zařízení, jež by měla nahradit menší rezidenční zařízení. To však k požadovanému snížení počtu lůžek nevedlo.

Téměř o deset let později byl vydán strategický dokument Mezi jinými (Onder Anderen, Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu, 1993), který se stal ještě zřetelnějším argumentem pro nahrazení rezidenčních zařízení chráněným bydlením, pro redukci a decentralizaci zařízení s dlouhodobým pobytem pacientů a pro rozvíjení ambulantních forem péče o duševně nemocné. V tomto dokumentu se také poprvé objevil pojem „komunitní podpora“ společně se zásadou, že by se v péči o duševně nemocné měla věnovat větší pozornost

potřebě klientů žít smysluplný společenský a interaktivní život (Wennink, 1998). Bylo zde rovněž ukázáno, že k dosažení tohoto cíle by se při péči o duševní zdraví mělo spolupracovat s dalšími sociálními organizacemi. Mimořádným počinem bylo, že byl v roce 1993 založen dočasný Fond na obnovu péče, jenž byl financován z prostředků uvolněných na základě snížení rozpočtu pro psychiatrické léčebny. Peníze z tohoto fondu se mohly využívat na projekty zaměřené na ambulantní péči, case management² a regionální spolupráci. Tento podnět byl úspěšný — vzniklo několik různých projektů na psychiatrickou domácí péči, case management, reintegraci do původních povolání a iniciativy vedené uživateli. Kromě chráněného bydlení se podařilo významně snížit počet lůžek — o 14% (Van Hoof a kol., 2014).

Uvedená strategie vytvoření mimoústavní péče byla součástí národní strategie v oblasti péče o duševně nemocné, jejímž cílem byla lepší koordinace a integrace různých lůžkových i ambulantních funkcí a regionální organizace péče o duševně nemocné. Podařilo se zavést integrovanou administrativní a regionální organizaci. Deinstitucionalizace však nesplnila očekávání. Teprve v období let 1996—2002 došlo k dočasnému snížení počtu nemocničních lůžek, a to díky finančnímu stimulu od národní vlády, tedy již zmíněnému Fondu na obnovu péče (Van Hoof a kol., 2012). Poté ovšem snaha o deinstitucionalizaci péče o duševně nemocné ze strategického programu zmizela a chyběla celonárodní direktiva. V tomto období opět o něco vzrostla klinická péče (8 % kromě chráněného bydlení) a dá se na něj pohlížet jako na období znovuzavírání do ústavů. Navíc došlo k výraznému boomu v oblasti chráněného bydlení. V roce 2009 byla celková kapacita klinické péče a chráněného bydlení o 30 % vyšší než v roce 2002 a o víc než 25 % vyšší než v roce 1993.

Rok 2010 se dá zpětně označit jako předěl v péči o duševně nemocné. Situace se výrazně změnila a zdravotní pojišťovny získaly dominantní postavení. Částečně i díky tomu se v roce 2010 snížení počtu lůžek (tedy deinstitucionalizace) znovu vrátilo na program jednání. V roce 2012 se vláda, pojišťovny, poskytovatelé péče a klientské organizace dohodly, že v příštích osmi letech zredukují kapacitu nemocniční péče o třetinu a nahradí ji silným důrazem

² Pro řešení situace klienta je často zapotřebí spolupráce několika institucí či organizací, jejichž služby je třeba koordinovat. Jako nástroj zefektivnění týmové práce na řešení problému klienta se používá case management.

na ambulantní péči pro lidi s těžkým duševním onemocněním (SMI). Podle zprávy Trend Report on Mental Health (Van Hoof a kol., 2014) se od roku 2010 nárůst chráněného bydlení zpomaluje a kapacita lůžek pro dlouhodobou hospitalizaci se stabilizuje. V roce 2012 začal poprvé klesat i počet krátkodobě hospitalizovaných pacientů. Po desetiletích téměř nepřetržitého nárůstu se zdá, že poměrně nedávno začal počet lůžek skutečně klesat.

Z toho lze usuzovat, že po dlouhou dobu byly pobídky národní vlády týkající se mimoústavní péče a deinstitucionalizace mnohem méně formální než v okolních evropských zemích. Mnozí lidé s trvalými a těžkými duševními chorobami se „samozřejmě“ museli spoléhat na „pobyt“ v jedné z psychiatrických léčeben nebo v jedné z forem chráněného bydlení. Už jsme zmínili, že nyní redukci kapacity lůžek v léčebnách mnohem více regulují pojišťovny a vláda. Ve zprávě Trend Report on Mental Health (2014) se v tomto kontextu hovoří o významném vývoji strategie, který zajistí, že se oblast péče zásadně změní. Mimochodem, neměli bychom zapomenout zmínit, že valná většina lidí trpících vážnou duševní nemocí (SMI), kteří jsou v psychiatrické péči — odhadem 160 000 lidí — je léčena ambulantně. Ve zprávě Trend Report 2012 se píše, že víc než 35 000 lidí, většina z nich s dlouhodobými a vážnými psychickými problémy, získává péči od týmu Flexible Assertive Community Treatment (FACT), což je podle odhadu 15–20 % všech osob trpících vážnou duševní nemocí. V budoucnu by v tom mohly sehrát svou roli i oblastní sociální týmy.

Nicméně stále zbývá udělat ještě důležitější kroky. Přestože rehabilitace, zotavení a participace jsou rozhodně čím dál tím důležitější jako hlavní pojmy v péči o lidi s těžkými duševními nemocemi, podporování zotavení a participace není jednoduché a vyžaduje více komunitně orientovanou péči o duševní zdraví. V dalších odstavcích krátce popíšeme současný stav věcí na základě zprávy Trend Report on Mental Health a poté na základě konkrétně zaměřené zprávy nazvané Osobní a sociální rehabilitace lidí trpících vážnou duševní nemocí (Van Hoof a kol., 2014).

1.2 Osobní zotavení a sociální začlenění

Ve výše zmíněné zprávě se píše, že v Nizozemí panuje obecné přání vytvořit takovou péči, aby „lidé s duševním onemocněním sami dostali příležitost

uplatňovat kontrolu nad svým životem, začít čerpat ze svých silných stránek a využívat jich, fungovat optimálně v rámci svých sociálních sítí a zapojit se do společnosti v souladu s jejich přáními a touhami“ (str. 5). Proto je důležité porozumět procesům stagnace a silně stimulovat osobní a sociální zotavování. V tomto je důležité poskytnout prostor iniciativám samotných lidí, jako jsou například klienty iniciované projekty a zapojování expertů s vlastní zkušeností do rehabilitace a podpory při zotavení. K péči zaměřené na zotavení by však měl přispívat i sektor profesionální péče. Medicínsko-psychiatrické znalosti by při podpoře procesů zotavení měly hrát méně nadřazenou, ale spíše podpůrnou a sloužící roli. Aby bylo možné podniknout podstatné návazné kroky při podpoře osobní a sociální rehabilitace lidí s vážným duševním onemocněním (SMI), je třeba věnovat pozornost kontextu, v němž pracovníci v pomáhajících profesích fungují, jak se píše ve zprávě. Tento kontext zahrnuje současné diagnostické rámce, struktury institucí, organizaci péče, sociální kontext a systém zákonů a nařízení. Společný rámec a postupy vyžadují víc manévrovacího prostoru pro poskytovatele péče o lidi se zkušeností s duševní chorobou a usnadnění reflexe a výměny znalostí a zkušeností, nápadů a vizí. Je také nezbytné zapojit experty s vlastní zkušeností.

Pokud jde o organizaci péče, jsou potřebné určitá konzistence a kontinuita, flexibilita a schopnost reagovat a také sociální a společenská zakotvenost. Osvědčeným modelem je FACT (Flexible Assertive Community Treatment; přestože i ten má své kritiky) a volá se po kvalitativním vylepšení a nových scénářích pro FACT se službami zajišťovanými klienty a podpůrnými sítěmi zaměřenými na zotavení. Pro dosažení osobního zotavení a sociálního začlenění je samozřejmě rozhodujícím faktorem sociální kontext. V oblasti péče o pacienty s duševní chorobou v Holandsku je už delší dobu komunitní podpora péče hlavním tématem, ale je zapotřebí zorganizovat systematictější a strukturovanější přístup ke společenskému zapojení. To zahrnuje povzbuzování všech druhů podpory obecných i specializovaných zařízení se vztahem ke vzdělávání a práci.

Když se podíváme na obecné politické principy týkající se péče o zdraví, zjistíme, že jdou dobře dohromady s principy péče zaměřené na zotavení. Jsou to zejména myšlenky obsažené v Zákoně o sociální podpoře (WMO): péče v blízkosti bydliště, posílení participace, občanství a osobní síly jedince. To v zásadě

poskytuje příležitost pro iniciativy samotných „spotřebitelů“ a také pro osobní a sociální zotavení. Proti tomu ovšem stojí velká míra proměnlivosti a absence dostatečných garancí a finančních zdrojů. Panují obavy, že bude kladen příliš velký důraz na vlastní síly klienta a že se bude příliš málo investovat do přiměřené individuální podory nejzranitelnějších lidí, jak se píše ve zprávě. Jako jedno ze specifických řešení navrhuji autoři spojit prostředky z různých zdrojů (ZVW, WLZ, WMO a Zákona o participaci) a využít je na strukturální financování integrovanějších, individualizovanějších procesů podpory i peer iniciativ, sítí podporujících zotavení a dalších zařízení na pomezí péče a sociální podpory. To zahrnuje podpůrné projekty organizované napříč různými způsoby financování. Bylo také navrženo podnitit zdravotní pojišťovny k podpoře péče zaměřené na zotavení. V rámci systému zdravotní péče by se mohla hledat nějaká produktová struktura, v níž by se lépe odrážela diagnostika zaměřená na zotavení a z ní plynoucí kategorie podpůrných potřeb a požadavků. Nakonec zmiňujeme ještě zřízení agendy vědomostí a facilitaci systematického převádění empirických a vědeckých poznatků týkajících se podpory zotavení do místních samospráv a zdravotních pojišťoven.

1.3 Závěr

Zatímco domácí péče, FACT a další formy ambulantní péče vznikly relativně snadno, přechod k sociálnímu začlenění a participaci a vytvoření nezbytné sociální podpory a infrastruktury se zdají být mnohem složitější. K dosažení tohoto cíle je zapotřebí, aby spolupracovalo mnoho různých stran, sektorů a poskytovatelů financí. Přestože WMO poskytuje podpůrný rámec, je to stále ještě poněkud dobrovolnický rámec s nemnoha zárukami. V mnoha obcích byly vytvořeny sociální komunitní týmy. Z dosud dostupných průzkumů vyplývá, že jsou často povolávány, pokud je potřeba zajistit specializovanější potřeby v péči o lidi s duševní nemocí, a tudíž mají méně času na podporování sociálního začlenění a participace. Péče o lidi s duševní nemocí byla zároveň z administrativního hlediska rozkouskována mezi různé financující rámce a zdroje a upustilo se od principu regionálního plánování (Van Hoof a kol., 2012). To vše vyžaduje značné úsilí ze strany regionů, aby dokázaly poskytovat kompaktní nabídku možností. Různé regiony se aktivně snaží přemýšlet o budoucí podobě péče o lidi s vážnými duševními nemocemi, kteří patří do cílové skupiny. Proto byla také v roce 2014 v Utrechtu ustanovena pracovní skupina,

v níž jsou zastoupeni zástupci místní komunity, poskytovatelé zdravotní péče, zdravotní pojišťovny a experti s vlastní zkušeností. Hlavním principem tu zůstává, že jedině díky společnému snažení lze nabízet regionální, kompaktní a sociálně orientovanou péči a zajistit fungování odpovídajících podpůrných sítí. Jiné regiony se také snaží v této situaci dobře zorientovat a různí regionální partneři vzájemně diskutují o tom, jak by mohli vytvořit novou podobu péče, jež by splňovala všechny požadavky osobního a sociálního zotavení lidí s vážnou duševní nemocí.

Co se v tomto ohledu můžeme naučit na základě zkušeností z Terstu?

KAPITOLA 2

NA CESTĚ: POPIŠ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V TERSTU

2.1 Popis studie

Jak jsme již zmiňovali v první kapitole, vydali jsme se do Terstu, abychom zjistili, co se tam můžeme naučit o procesech ambulantní péče a deinstitucionalizaci psychiatrické péče v současné době, kdy v Holandsku stojíme na prahu velkých změn systému zdravotní péče. Naším záměrem nebylo terstský model okopírovat, ale zjistit, co nám tamější praxe může nabídnout s ohledem na výzvy, jimž musíme doma čelit. Studie představuje kromě přehledu literatury tři úseky práce v terénu.

První návštěva v Terstu v květnu 2014: Rozdělili jsme se do dvou týmů a v průběhu čtyř dnů sledovali členy personálu v komunitních centrech duševního zdraví. Hovořili jsme s klíčovými pracovníky case managementu, rehabilitačními pracovníky, psychiatry, s jednou rodinnou organizací a se spoustou klientů. Byli jsme na návštěvách u klientů doma, mluvili jsme s pracovníky, kteří mají na starosti závislé klienty, a navštívili jsme krizové oddělení v nemocnici. Povíдали jsme si s lidmi ze sociálních družstev, navštívili jsme rezidenční zařízení a schůzky týmu. Zaregistrovali jsme, jak je personál ve své činnosti ideově motivovaný. Když jsme se dotazovali na současnou praxi, naši hostitelé se znovu a znovu odvolávali na minulost, na význam revoluce a Basagliova odkazu: humánní, komunitně orientovanou psychiatrii.

V praxi jsme viděli, že i v Terstu je realita taková, že tam jsou lidé, kteří se potýkají s velkými problémy, mají potíže se začleněním, zdánlivě bezcílně se poflakují, kouří spousty cigaret a pijí hektolitry kávy. Je pravda, že to není na uzavřených odděleních, ale v jednom ze čtyř komunitních center duševního zdraví. To, že tam nejsou žádné uzavřené sekce a oddělení pro dlouhodobý pobyt pacientů, na nás udělalo velký dojem. Svou přítomností a investicí do vztahu a času je tedy možné zvládnout krize bez uzavřených oddělení, a to i u komplikovaných případů. Měli jsme ale také spousty otázek, například jak se využívají nové poznatky z léčby těžkých duševních problémů a jaké podpory se dostává mladým lidem s psychózou s časným začátkem. Zpočátku nebyla diskuse na tato témata jednoduchá, vždycky jsme nakonec

skončili u hodnot, nás však zajímalo, jak zaměstnanci komunitních center pracují a jak se vypořádávají s obtížnými dilematy v praxi.

Návštěva v Holandsku v červnu 2014: Deset zaměstnanců z Terstu přijelo na čtyřdenní pracovní návštěvu do Holandska. Navštívili FACT týmy, projekty peer podpory, projekty pro lidi bez domova, bydlení především, oddělení pro dlouhodobý pobyt pacientů a projekty bydlení. Při posledním setkání jsme si vyměňovali zkušenosti. Některé holandské projekty se italským kolegům zdály inspirující a došlo k diskusi o tom, co je podstatou dobré péče a jak ji vytvářet. Na Italy udělaly dojem zejména klientské iniciativy a využití odborníků s osobními zkušenostmi v Holandsku. Byli ale také trochu zmatení — jak je možné, že pracujeme s takovými principy, jako je bydlení především, zatímco jinde držíme lidi po dlouhou dobu na uzavřených odděleních? Doporučovali, abychom v Holandsku uznávali jako hlavní princip Svoboda především. To je totiž v Terstu považováno za nezbytný předpoklad pro řádnou péči a zotavení.

Druhá návštěva v Terstu v červenci 2014: Během našeho druhého pobytu v terénu jsme zvládli více návštěv externích služeb, jako jsou vězení, sociální služby, útulky pro lidi bez domova, policie, soud a různé odborové organizace. Mluvili jsme s politickými poradci, bývalými manažery, klienty a poskytovateli zdravotní péče a pozorovali jsme chod v centrech, kde jsme se vzájemně už docela dobře znali. Nyní měli místní více prostoru hovořit i o věcech, jež nejdou tak dobře, o svých pochybnostech a dilematech. Je uskutečnitelné, aby žil každý v Terstu samostatně, nebo bude pořád třeba nabízet i skupinové bydlení? Jak lze zlepšit péči o lidi s dvojitou diagnózou? Z těchto diskusí nám začalo být jasnější, jak v Terstu hlavní principy péče udávají směr konkrétním krokům, i když — nebo vlastně právě když — se situace zkomplikuje. To platí nejen pro personál komunitních center duševního zdraví, ale i pro lidi, kteří pracují v terciárních službách, jako jsou sociální péče, soud, a dokonce policie.

Z této návštěvy vzešla myšlenka založit analýzu naší návštěvy na řadě hlavních motivů pro práci, tedy motivů, jež se opakovaně objevovaly v našich rozhovorech. Těmto motivům se věnujeme v Kapitole 3.

Informace prezentované v této a ve třetí kapitole vycházejí z nápadů, rozhovorů a pozorování uskutečněných během terénní práce v Terstu. Jsou doplněny literaturou. První tematická analýza shromážděného materiálu byla provedena v programu MAXQDA. Doslovné citace klientů a členů rodin v této zprávě jsou uváděny anonymně a se svolením jejich autorů.

2.2 Historie Terstu v kostce: Za hranice ústavu

V roce 1978 začal v Itálii platit Zákon 180. Od té chvíle bylo legislativou stanoveno, že do psychiatrických léčeben v Itálii nesmějí být přijímáni žádní noví pacienti. Léčebny byly zavřeny a nahrazeny ambulantní péčí, jež se zaměřovala na socializaci klientů. V Terstu, dobře známém svým modelem demokratické psychiatrie, už dlouho probíhala likvidace tradiční psychiatrické léčebny San Giovanni. Začali s ní už v roce 1971, kdy psychiatr Franco Basaglia přijel do Terstu, aby tam uvedl do praxe své představy o psychiatrii. Basaglia byl přesvědčen, že klasické psychiatrické léčebny jsou patogenní, a chtěl, aby je nahradil model zaměřený na navrácení občanských práv psychiatrickým pacientům. V Terstu začal v psychiatrické léčebně tým, že změnil roli pacientů: přestal jim dávat práci jako terapii a začal jim platit za úklid. Tak bylo založeno první sociální družstvo. Byly také zrušeny fyzické donucovací prostředky a léčba elektrošoky. Klienti byli postupně přesunuti do komunity ostatních lidí. Psychiatrická léčebna byla jako nemocnice uzavřena v roce 1980. Malý počet pacientů zůstal ve skupinovém bydlení s podporou personálu a později s podporou sociálních družstev typu A (viz dále). Areál nemocnice byl mezitím využit jinak: vznikly tu škola, restaurace a další zařízení pro místní komunitu.³

Zároveň s likvidací psychiatrické léčebny byla věnována pozornost tomu, aby byl v okolí vybudován systém podpory a péče. Za tímto účelem dal Basaglia dohromady tým mladých lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a dobrovolníků, kteří se dokázali ztotožnit s jeho kritickou analýzou psychiatrie jako „totální instituce“. Tito zaměstnanci dostali nové příležitosti s výcvikem přímo na místě během transformace oddělení v léčebně a při zajišťování komunitních služeb. Základní Basagliovou myšlenkou bylo, že psychiatrická léčebna

³ Dnes v bývalé léčebně žije 19 lidí ve třech malých skupinových domácnostech, jež jsou nyní součástí komunity. Padlo však rozhodnutí, že jim bude do roka poskytnuto podporované bydlení v jiné části města (osobní informace Mezzina, 2015).

nemá absolutně žádnou terapeutickou hodnotu a že je třeba psychiatrický systém reformovat, aby mohla vzniknout humánnější psychiatrie. Proto byla založena komunitní centra pro lidi s duševním onemocněním — nízkoprahová centra, kde je možné i krátkodobé ubytování. Do změn a podpory klientů byli zapojeni také členové jejich rodin. Tento model navrhli ideově motivovaní poskytovatelé zdravotní péče, kteří silně věřili ideálu jiné psychiatrie, jejímž cílem bylo nikoli vyloučení lidí s duševní nemocí, nýbrž jejich inkluze.

Vývoj, kterým Terst prošel, se dá rozdělit do několika stadií (Dell'Acqua, 1995):

První stadium:

Nemocnice stále funguje, ale dochází už k prvním změnám

První iniciativy byly zaměřeny na snížení počtu pacientů, kteří byli hospitalizováni nedobrovolně, na přebudování prostor nemocnice a proměnu interní komunikace — důraz se přesunul ke každodenním diskusím, do nichž se mohou zapojovat i pacienti. Ty převzaly místo stávajících hierarchických struktur. Zvláštní pozornosti se dostalo roli zdravotních sester: musely zapomenout na své tradiční role „dozorkyň“. Klinika přijala politiku otevřených dveří a byly zrušeny všechny formy fyzického donucování a elektrokonvulzivní terapie. Pacienty také podporovali v tom, aby chodili do města — což bylo něco, co se v té době setkávalo s velkým odporem ze strany místních obyvatel. Podstatné je, že došlo k obratu v myšlení. Středem pozornosti přestala být psychická nemoc a stalo se jím přehodnocení člověka jako subjektu, který je pánem svého vlastního příběhu, má vlastní potřeby a snaží se znovuvybudovat vztahy ve svém okolí. V léčebně byly založeny komunitní skupiny, které se později přesunuly do první skupiny zařízení ve městě, a v roce 1973 bylo založeno první družstvo, v němž pacienti (v rámci kolektivní pracovní smlouvy) pracovali jako zaměstnanci. Areál nemocnice se rovněž otevřel pořádání koncertů a večírků.

Pro toto první období byl symbolický projekt, v jehož rámci byla první prázdná oddělení využita jako výtvarný ateliér. V něm vznikl legendární kůň Marco. Tento modrý kůň z papírmáše (Cavallo Blu) měl v břiše uschovaná přání pacientů a v březnu 1973 byl symbolicky přenesen — jako trojský kůň — z léčebny do města. Měl symbolizovat izolovanost pacientů v léčebně; budovu totiž mohli opouštět

pouze koně táhnoucí vozíky s prádlem. Kůň také symbolizoval návrat pacientů do společnosti.

I v letech 2013—2014 měl tento kůň stále ještě symbolickou funkci: v rámci kampaně za reformu forenzní psychiatrické péče vzal jeden z bývalých předsedů psychiatrických služeb Giuseppe Dell'Acqua koně na cestu po Itálii, aby zvýšil povědomí o žalostných podmínkách v rámci forenzní psychiatrické péče.

Druhé stadium:

Budování komunitních center duševního zdraví a nových sítí

V počátcích ambulantní péče fungovaly dva paralelní systémy: intramurální (v rámci léčebny) a ambulantní. To vyžadovalo velkou míru přesvědčení a oddanosti. V této fázi se také zvedl odpor mezi personálem psychiatrické léčebny a společnost měla navíc problém s přijetím psychiatrických pacientů. Slyšeli jsme například, že klientům se ne vždy podařilo pronajmout si dům. V takových případech to za ně museli udělat dobrovolníci nebo personál. Při budování další podpory hrály důležitou roli dostupnost, spolehlivost a schopnost okamžitě reagovat na žádost o pomoc. Částečně z tohoto důvodu bylo rozhodnuto, že bude lepší soustředit se zcela na ambulantní péči a založit oddělení urgentní péče ve všeobecné nemocnici, kde se postarají o pacienty v krizi, aby existovala nějaká alternativa k nedobrovolným hospitalizacím. V té době byla také založena první komunitní centra duševního zdraví. Začalo se pracovat na další podpoře z nejbližšího okolí pacientů a sociálních podniků.

Třetí stadium:

Léčebna už nefunguje

Přestože trvalo několik let, než léčebnu opustili poslední pacienti, bývalá nemocnice byla oficiálně a administrativně uzavřena v roce 1980. Pokračovala práce na utváření koncepce podpory pacientů z nejbližšího okolí. Byla posílena integrace s dalšími službami ve městě a byly také založeny některé nové služby, jako například koordinace rehabilitace a bydlení (SAR: Nadace pro mediaci/zprostředkování alternativních vztahů) v roce 2000. Tato služba organizuje a koordinuje rehabilitační aktivity.

2.3 Hlavní principy

V literatuře i v praxi se neustále odkazuje na hodnoty, ideály a vize, jimiž se zaměstnanci v Terstu nechávají při práci vést a na jejichž základě je organizována veškerá péče. Tyto hodnoty a ideály jsou propojeny s praxí jednak tak, že každý přemýšlí o svém vlastním jednání, a jednak tím, že si všichni počínají jako tým, například při každodenních týmových setkáních. Prostřednictvím takovéto neustálé reflexe se rozvíjí cyklický pohyb mezi praxí a teorií (Mezzina, 2014). Abychom zdůraznili propojení mezi praktickou úrovní a rovinou ideálů, hovoříme v této práci o hlavních principech — tím myslíme hodnoty, ideje a ideály, jež řídí naše jednání. Díky neustálému přemýšlení o vlastním jednání a jednání všech zúčastněných jako jednoho týmu nejsou tyto ideje neměnné, ale jsou syceny praktickou zkušeností. Hlavní principy se také zhmotňují díky sdílení specifického jazyka. Na základě názoru, že jazyk může vytvářet realitu, se důsledně a vědomě používá jazyk relevantní. Nejsou už žádní klienti ani pacienti, ale „utenti“ (uživatelé) služeb a v ještě citlivějším přístupu v posledních letech jsou označováni prostě jako lidé. Nejde o léčbu nemoci nebo symptomů, ale o „plnění potřeb člověka“. Nezmiňuje se žádná léčba, nýbrž „životní projekt“, který se připravuje a vytváří. Hlavní principy, jež dávají směr jednání v komunitním centru duševního zdraví v Terstu, lze rozčlenit do tří skupin:

1. **Holistický: Zaměření na celou osobu, nikoli jen na nemoc.** Tento princip je v protikladu vůči převažujícímu medicínskému modelu v psychiatrii a podporuje nehierarchické struktury. Přesouvá důraz z totálních institucí k organizacím založeným na vztazích, jež se nezaměřují na kontrolu a nadvládu a kde nevládnou neměnné specializované postupy, na jejichž základě lidé mohou být vyloučeni. Je zastáván názor, že takové struktury právě k onomu vyloučení vedou. Deinstitucionalizace je považována za kontinuální proces, a to i ve vytváření vztahu k pacientovi. Celá osoba tu má prvořadý význam jako autonomní subjekt, nikoli jako objekt se symptomy či diagnózou. Výchozím bodem je vztahové vyobrazení lidstva. V praxi to funguje prostřednictvím těchto bodů (Mezzina, 2005):
 - a. *Pohlížení na potřeby člověka* z historicko-osobní perspektivy a zaměření na životní příběh jedince. Je důležité brát v úvahu minulost jedince, ale také obecně celé komunity (zcela bezprostřední, ale také blízké okolí). Všechny aspekty podpory (rehabilitace, prevence, péče) tak tvoří

soudržný celek. Nejlépe se to ukazuje v integrovaném modelu služeb (komunitní centra duševního zdraví). Důležitým výchozím bodem je zde kontinuita péče.

- b. *Věnování se vztahu.* Naplňovat potřeby klientů znamená, že je třeba se vyhýbat „mechanickému“ rozdělení práce. Zaměstnanci nesou zodpovědnost za plnění svých úkolů a autonomii. Prostřednictvím konzultací, neformálních kontaktů a diskusí v týmu mají poskytovatelé péče příležitost aktivně pracovat na svých osobních vztazích s klienty a přemýšlet o svém vlastním jednání.
- c. *Změny ve službách se měří podle efektivnosti, vychází se z představy o osobní cestě k zotavení a zplnomocňování.* Zranitelný člověk není jen pasivním příjemcem péče, kterého hodnotí profesionálové „objektivními termíny“ (klinickými a epidemiologickými výsledky).

2. Ekologický: Zaměření na kontext, síť a sociální vazby. Intervence nenabízí instituce, nýbrž komunita. Důležitými principy jsou zodpovědnost, dostupnost a spolehlivost — všechny důležité služby jsou k dispozici a zaměstnanci navazují vztahy se zúčastněnými stranami včetně rodiny, bytových sdružení aj. Aktivní pomoc a proaktivní práce jsou prevencí vzniku krize. Pozornost je zaměřena hlavně na vybudování „totálního vztahu“ zaměřeného na člověka, který prožívá nějaké utrpení, na základě jeho žádosti o pomoc a složitosti jeho situace. Problém musí být řešen v tom kontextu, ve kterém vznikl. Důležitá zde je myšlenka teritoriální zodpovědnosti — komunitní centrum duševního zdraví je zodpovědné za celou oblast. Centrum nabízí prevenci, primární, sekundární a terciární péči. Přehazovat si „obtížné“ pacienty sem a tam je tudíž nemožné.

3. Přístup založený na právech: Důraz na občanská práva lidí s psychickými problémy, zákonná i sociální práva. Občanská práva zahrnují právo mít vlastní místo k bydlení, právo na aktivní a produktivní roli ve společnosti a na uznávání rozdílů mezi pohlavími, etnickými skupinami a kulturami. K vytvoření komunity, kde je možné sociální práva uplatňovat v praxi, je zcela zásadní mít podporu sítí — to je klíčem k vybudování komunit. Deinstitutionalizace je tudíž víc než jen zabránění vyloučení kvůli pobytu v institucích nebo nedobrovolné léčbě: spočívá v tom, že člověk má možnost řídit svou vlastní cestu k zotavení, a to jak osobně, tak pokud jde

o organizaci péče. V tom hrají velmi důležitou roli sociální firmy: iniciativy, které kombinují pracovní příležitosti a reintegraci se zapojením do ekonomické struktury, jejíž součástí je i komunita.

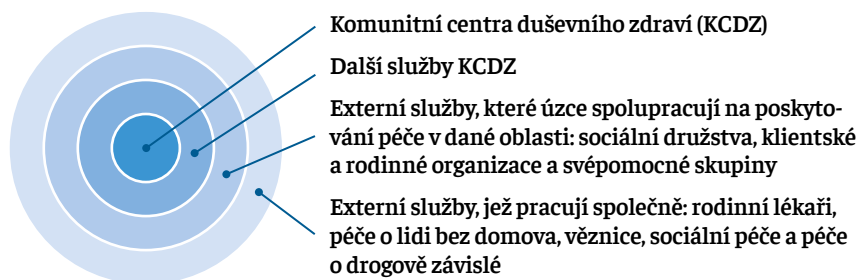
V Terstu je práce založena na historicky vytvořených hlavních principech: tím myslíme hodnoty, ideje a ideály, jimiž se řídí chování zaměstnanců v rámci oblastních týmů, ale také ve vztahu k externím partnerům. Díky procesu neustálého přemýšlení o vlastním jednání a jednání celého týmu nejsou tyto ideje neměnné, ale jsou syceny praktickými zkušenostmi. Hlavní principy jsme shrnuli do tří oblastí:

- **Holistické:** zaměřené na celou osobu, ne jen na nemoc. To znamená věnovat pozornost potřebám člověka z historické a osobní perspektivy, brát při tom v úvahu jeho životní příběh a zaměřit se na osobní cestu k zotavení.
- **Ekologické:** zaměření na kontext, síť a sociální skupiny, jichž je člověk součástí. Podpora by měla přispívat k začlenění, nikoli k vyloučení a je na to také zacílena.
- **Přístup založený na právech:** důraz na občanská práva lidí s psychickými problémy; zákonná i sociální práva (např. právo na společensky významnou/smýsluplnou práci).

2.4 Popis modelu komunitních center duševního zdraví (KCDZ)

Způsob, jakým jsou organizovány služby v oblasti péče o duševní zdraví v Terstu, je založen na principu teritoriální zodpovědnosti: město je rozděleno na čtyři oblasti (čtvrtě), z nichž každá má jedno komunitní centrum duševního zdraví. Toto komunitní centrum zodpovídá za lidi s psychickými problémy v dané oblasti. Centrum nabízí jak první kontaktní místo pro lidi přímo z ulice, tak léčbu, péči a kontinuitu péče pro lidi s psychickými problémy, a to bez ohledu na to, jak moc jsou vážné. Kolem oblastních center funguje řada dalších služeb, jež jsou součástí komunitních center, včetně rehabilitačních služeb, pracovních aktivit a krizové jednotky. Centra také spolupracují se službami, jež mají úzký vztah k péči o duševní zdraví, například se sociálními družstvy, svépomocnými skupinami a rodinnými organizacemi. Komunitní centra duševního zdraví navíc udržují vztahy s různými externími službami. Spolupracují

s věznicí, policií, místními sousedskými týmy a organizacemi poskytujícími služby sociální péče z Terstu. Vzhledem k teritoriální zodpovědnosti je propojení s těmito sociálními službami často úzké. Hlavní zařízení a jejich funkce popisujeme níže.



Služby	Úkoly
Komunitní centra duševního zdraví	Služby pro lidi přímo z ulice, registrace, péče, prevence, aktivní pomoc, individuální a skupinová terapie, pomoc v krizi a krátké pobyty, rodinná podpora, výdej léků, základní socializace, jídlo a ubytování, denní péče.
SAR: koordinace rehabilitace a bydlení	Monitorování a koordinace bydlení, školení (výcvik) a práce, začlenění. Úzce spolupracuje s družstvy a sdruženími (nevládními organizacemi).
Krizové oddělení všeobecné nemocnice (PDHC)	Pomoc v krizi, diagnostika a předávání do komunitních center duševního zdraví. Konzultace v nemocnici. Šest lůžek a příjem přes pohotovost.
Speciální programy	Organizují se speciální programy napříč komunitními centry, jako je telefonická podpora (program proti osamělosti), dále programy prevence sebevražd, programy pro rodinné příslušníky aj.
Klientské a rodinné asociace	Nabízejí dlouhodobou podporu a peer podporu v dané oblasti. Tyto organizace jsou nezávislé, ale spolupracují s centry duševního zdraví a historicky jsou s nimi spjaté.

Sociální družstva	Typ A: Nabízí podporu a poradenství v oblasti bydlení zranitelným jedincům, například těm v ubytovacích zařízeních. Typ B: Firmy, v nichž alespoň 30 % zaměstnanců má takzvané „sociální znevýhodnění“, např. duševní či fyzický handicap. Některá z těchto sociálních družstev byla úzce spjata s vytvářením oblastní psychiatrie. Družstva typu B poskytují práci zejména lidem, kteří jsou v péči komunitních center duševního zdraví.
Péče o závislé	Péče o drogově závislé je organizována jako ambulantní a jako taková nemá žádná lůžka. Existuje větší množství terapeutických komunit. Spolupracují s KCDZ, ale jejich přístup není zcela integrovaný.
Péče o lidi bez domova	Provozují ji obecní služby a nadace Caritas. Nabízí pomoc lidem bez domova. Funguje azylový dům, kde mohou zůstat maximálně 1 rok.
Policie	Policie má s KCDZ úzké kontakty, které fungují, i když je třeba postarat se o naléhavé případy. Zaměstnanci policie a zaměstnanci KCDZ mají společná školení.
Sociální péče a programy na úrovni mikrooblastí	Přístupné sousedské týmy, které fungují zejména v chudších oblastech a jsou „očíma a ušima“ čtvrti. Když se objeví někdo s psychickými problémy, funguje úzká spolupráce s komunitními centry duševního zdraví. Sociální týmy zastávají politiku dostupnosti pro lidi přímo z ulice a nabízejí aktivní pomoc.
Program ve věznici	Poskytuje psychiatrickou podporu vězňům: lidem, kteří už byli před uvězněním léčeni, i těm, u nichž se psychické problémy objevily během vazby či věznění. Slouží k prevenci využívání vězeňských nemocnic a podporuje využívání komunitních alternativ vězení a vězeňských nemocnic.

2.5 Popis praxe v Terstu

2.5.1 Komunitní centra duševního zdraví (KCDZ)

V Terstu fungují čtyři KCDZ, která poskytují podporu. Během našeho pobytu jsme sledovali pracovníky v centrech Barcola a Maddalena. Každé z center nabízí 6—8 lůžek, kde mohou lidé zůstat, pokud je to nutné. Průměrná délka pobytu je 12 dní, ale může být i mnohem delší či mnohem kratší.

V noci jsou přítomny dvě sestry a na telefonu je v pohotovosti psychiatr. Dveře se nezamykají. Kromě krátkodobého pobytu plní komunitní centrum funkci zařízení pro lidi přímo z ulice (bez objednání) a funkci prvního kontaktního místa. Je tam recepce, kde se střídají sestry a lidé se tam mohou ptát na to, co chtějí vědět, nebo si odtamtud mohou zavolat.

Komunitní centrum slouží také jako „denní nemocnice“, kam mohou lidé chodit denně, například po pobytu v nemocnici. Pro ty, kdo chtějí, nabízí odpolední a večerní jídlo. Někteří lidé například bydlí samostatně, ale přicházejí do centra každý den na jídlo a také kvůli společnosti a (neformálnímu) kontaktu s poskytovateli zdravotní péče. Centra rovněž organizují takové aktivity, jako jsou například podpůrné skupiny, skupinové terapie a společenské aktivity (třeba klub pletení). Tyto aktivity slouží k základní socializaci a nejsou příliš rozsáhlé, což je prý záměr, aby byly více využívány spíše externí programy, jako jsou různé aktivity denního centra, a aby se z centra nestalo ghetto. Někteří pracovníci tvrdí, že důvodem je i nedostatek peněz a času. V KCDZ probíhají každý den schůzky týmu a z centra se poskytuje aktivní ambulantní péče podobná péči FACT týmů. V omezené míře využívají prostory KCDZ i externí služby — jde většinou o výměnné akce.

2.5.2 Týmy

Každé komunitní centrum má multidisciplinární tým, který sestává ze čtyř až pěti psychiatrů, dvou psychologů, dvou rehabilitačních pracovníků, dvou sociálních pracovníků a zhruba třiceti sester. Bývají tam také týmy složené z úzce specializovaných referentů z různých oblastí (např. bydlení, finance, zaměstnání, tělesné zdraví, kontakt s věznicí). Tito odborní referenti udržují vztahy s externími organizacemi ve svém oboru. Každý den se koná schůzka týmu, kde se probírají klienti, kteří to aktuálně nejvíce potřebují. Následuje reflexe na téma, jak se situace zvládla. To se považuje za nesmír-

ně důležité: „Každodenní konzultace jsou velice důležité, tým je základ, nic nemůžete dělat sami.“ Během diskuse se často odkazuje na dřívější případy. Nepracuje se podle pevně daného programu schůzky. Týmové schůzky se konají v otevřeném prostoru komunitního centra. Díky pravidelné reflexi ohledně práce celého týmu se vytváří cyklus jednání a přemýšlení o tom, jak vylepšit organizaci péče (Mezzina, 2014). Navíc se investuje do výcviku zaměstnanců — někdy společně s výcvikem zaměstnanců z externích služeb, jako je policie, aby se podpořila výměna názorů a rozvíjel se společný rámec práce. Spolupráce s ostatními službami se považuje za důležitou také proto, aby byla posílena komunitní práce a zmírněna „reinstytucionalizace“ služeb v oblasti duševního zdraví jako samostatné instituce. Roli koordinátora týmu zaujímá psychiatr. Ten je také zodpovědný za realizaci jednotlivých programů a koordinuje nově registrované uživatele. Každý klient má jednu kontaktní osobu.

2.5.3 Léčba

Východím bodem léčby je snaha uspokojit potřeby člověka s problémy a pracovat na základě holistického pohledu: K lidem se přistupuje jako k zodpovědným bytostem s vlastní minulostí a sociální sítí. Základem léčby je vybudovat vztah s klienty. Medikace se používá a z rozhovorů s klienty jsme získali dojem, že otevřená komunikace o medikaci je možná. Během období, které jsme strávili v terénu, nebyla prováděna žádná cílená studie o poskytování medikace; ta však byla provedena v průběhu dřívějších návštěv a její výsledky jsou dostupné v literatuře (Palcic, 2011). Veldhuizen například píše, že během jejich návštěvy v roce 2008 se několik psychiatrů krátce zabývalo politikou předepisování léků. V té době to působilo dojmem, že politika v oblasti medikace se od té holandské nijak výrazně neliší. Vedle klasických antipsychotik se předepisoval i klopazin.

Klienti mají své vlastní léčebné plány. Nejsou zatím úzce zapojeni do jejich sestavování, ale objevují se návrhy, jak dát participaci klientů lepší podobu. Léčba může dále sestávat ze skupinové terapie, individuálních sezení a sezení s rodinou. Navíc se dělá hodně práce v terénu a k lidem se chodí na návštěvu domů: třetina intervencí týmu nyní probíhá mimo centrum, dvě třetiny v centru. Cílem je dosáhnout poměru 1:1.

Důležitou součástí odborné pomoci jsou dostupnější kontakty: Klienti mohou do kontaktního centra přijít kdykoli, vždy je tam někdo, kdo zodpoví

jejich otázky nebo si s nimi promluví. Na základě myšlenky demokratické psychiatrie dlouho panoval odpor vůči více psychoterapeutickým intervencím, jenž pramenil z nechuti k tomu, že se psychické problémy individualizují, místo aby na ně bylo pohlíženo jako na sociální problémy. Prozatím jsou ale psychoterapeutické intervence stále nabízeny a většina psychiatrů má psychoterapeutický výcvik. Podrobněji se tomu věnujeme v Kapitole 4. Léčba probíhá ve strukturované spolupráci s dalšími partnery, například s organizacemi pečujícími o drogově závislé. U lidí s duální diagnózou existují plány péče sdílené s Oddělením závislostí. Ačkoli plně integrovaný přístup ještě neexistuje, intervence ve spolupráci s Oddělením závislostí se dostává asi dvěma stům lidí ročně (číslo poskytlo Oddělení duševního zdraví). Pracovníci si přesto všimli, že lidé jsou občas mezi institucemi přehazováni sem a tam.

Významnou součástí léčby je také aktivace sociální sítě klientů nebo vytvoření nějaké alternativy k takové síti, pokud neexistuje. K tomu se podrobněji vrátíme později (viz kazuistika 1).

2.5.4 Case management v individuálních rozpočtech

Spolupráce mezi komunitními centry duševního zdraví (KCDZ), službami v oblasti duševního zdraví a dalšími externími organizacemi na individuální úrovni funguje prostřednictvím case managementu. Ve složitých případech je case manažer zodpovědný za koordinaci mezi úzce specializovanými referenty v týmu. Vytvoří se specifický „projekt“ zaměřený na organizaci dobré spolupráce mezi týmem KCDZ a externími organizacemi. V něm jsou zapojeny nejméně dvě různé profese a dvě externí služby. Pokud se využije case management, je potom situace strukturovaným způsobem podrobně rozplánována v řadě různých oblastí života, určí se cíle a jmenují se lidé, kteří jsou za ně zodpovědní. Příklad takového plánu najdete v Příloze 3.

Členové personálu naznačují, že tento koncept case managementu je v rámci terstské tradice pořád ještě občas kontroverzní, protože tradičně se tam vysoce cení práce v týmu a flexibilita, nikoli zaznamenávání věcí na papír, přičemž jeden člověk funguje jako koordinátor. Důvodem, proč přesto začít pracovat s intenzivním case managementem, je přesvědčení, že to je efektivnější způsob prevence krizí a relapsu a že přispívá ke snížení počtu dní hospitalizace.

Osobní rozpočty: Od roku 2005 pracují v Terstu v některých případech s osobními rozpočty na podporu osobního bydlení (místo skupinového bydlení) a domácí péče a také na podporu socializace a integrace do komunity. Cílem bylo posílit finanční a osobní nezávislost klientů. Peníze za pomoc, odborné vedení a poradenství šly dříve z ministerstva do nevládní organizace (obyčejně do nějakého sdružení či družstva typu A nebo B), která nabízela podporu a soutěžila o přidělení těchto zdrojů ve veřejné soutěži. Nyní dostává řada lidí peníze přímo jmenovitě a může je využít na zaplacení domácí péče. Stále větší podíl tvoří přímé platby klientovi nebo jeho právnímu zástupci, jež jsou využity na úhradu služeb člověka, kterého si vybrali. Díky tomuto systému byly od roku 2008 zavřeny čtyři domy určené ke skupinovému bydlení. Pokud jde o osobní rozpočty, konají se každý měsíc konzultace, jichž se účastní zainteresované strany v rehabilitačních službách, družstvech a KCDZ. Na těchto konzultacích se rozhoduje, kdo má na takový osobní rozpočet nárok. Pro dotyčné lidi se pak vytvoří plán individuálního programu. Zapojení klientů by zde však mohlo být ještě vyšší. Osobní plán se znovu posuzuje každých šest měsíců, aby bylo zajištěno, že dobře splňuje potřeby klienta, a hodnotí se, zda je v dané podobě a v takové míře stále potřebný. To například poskytuje příležitost nabízet velice intenzivní péči po krátkou dobu a poté ji omezit. Pro mladé lidi je například velice důležité zintenzivnit péči v případě krize, ale dlouhotrvající intenzivní podpora není vždy nutná. Práce se systémem osobních rozpočtů — a s plány s ním souvisejícími — vyžaduje, aby v komunitních centrech v Terstu došlo ke změně. Je to systematický způsob práce, kde je třeba toho více psát a zaznamenávat. Plán vychází ze životního příběhu klienta a stanovuje jasné cíle. Příklad takového plánu naleznete v Příloze 3. Ne každý však dostává pomoc prostřednictvím osobního rozpočtu: v roce 2013 to bylo 160 klientů (Mezzina, 2014; Mezzina a Ridente, 2015).

2.5.5 Zapojení rodiny a sítě klienta

Na základě principu, že by se problémy měly řešit ve stávajícím sociálním kontextu klienta, se do léčby zapojují i členové rodiny a jeho sociální síť. Je důležité, aby poskytovatel péče o duševní zdraví byl pro členy rodiny dostupný a aby byl spolehlivý. Samotné KCDZ organizuje kurzy, zajišťuje vzdělávání v oblasti psychologie a fungují zde dlouhodobé peer skupiny,

jejichž členy jsou osoby se zkušeností s duševním onemocněním. Když přijde nový klient, dostane rodina nejprve stručné informace a pak se zúčastní kurzu psychoedukace, kde se také dozví o existenci rodinných organizací, prostřednictvím nichž se podporuje směřování k dlouhodobé peer podpoře. V KCDZ se také zakládají rodinné skupiny. Ne ve všech individuálních případech je rodina zpojená přímo do léčby, určitá míra informací a zapojení tam však rozhodně vždy je. Pokud chybí rodinné vztahy, zapojuje se do case managementu různí pečovatelé, jako jsou sousedi, přátelé, kolegové, nebo dokonce advokáti klienta. Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že pozornost je zaměřená hlavně na rodiče mladých lidí, například těch s první psychózou, méně už na podporu dětí rodičů s psychiatrickými problémy. V případě intenzivnějších programů (case management) se pozornost soustřeďuje zejména na břemeno, jež leží na členech rodiny — na toto téma vzniklo také několik studií. V kontaktu s personálem je břemeno rodiny prezentováno jako něco, co je bohužel občas nevyhnutelné: „Kdyby měl váš syn zlomenou nohu, tak byste se o něj také starali, ne?“ Z rozhovorů s rodinnými příslušníky pacientů vyplynulo, že je k tomu ve skutečnosti potřeba hodně lidí, zejména pokud vezmeme v úvahu stigma, jež provází psychiatrické problémy. Je zcela zásadní, aby bylo KCDZ dostupné pro rodinu i další pečující osoby a aby se jim dostalo podpory v době, kdy to nutně potřebují, tedy i mimo otevírací dobu.

2.5.6 Zvládání krize

V případě krize je komunitní centrum prvním kontaktním místem. Výchozím bodem je zde poskytovat péči a osobní podporu. Deeskalace, tedy zmírnění krize, a poskytnutí času, který je potřeba, jsou v případě krize klíčové. Pokud je to možné, zapojuje se i sociální síť. Navíc se investuje čas do vybudování vztahu, aby klient zůstal v kontaktu (s tím souvisí i preventivní práce), aby bylo možno rozpoznat nastupující eskalaci dříve a předejít další krizi. Výchozím bodem je vždy zůstat s klientem, nikoli ho izolovat, s přesvědčením, že izolace a omezení svobody nemohou přispět k vyléčení a navíc porušují práva klienta. Není to založeno ani tolik na zvládání rizik, ale na řešení krize společně co nejhumánnějším způsobem. Neexistuje žádný zvláštní krizový tým — na základě integrovaného přístupu jsou lidé v krizi přijímáni v KCDZ. Komunitní centrum je otevřeno od osmi hodin ráno do devíti večer a má možnost někoho přijmout oka-

mžité a nechat ho, aby zůstal. Je důležité poznamenat, že jednou z možností je i 24hodinová „pohostinnost“: je-li to nutné, někdo může zůstat přes noc jako „host“ bez formálního příjmu.

Principy krize jsou popsány v publikaci Mezziny a Johnsona (2008):

Principy zvládnutí krize v komunitních centrech duševního zdraví v Terstu

- **Dostupnost a mobilita služeb a schopnost reagovat na širokou škálu různých krizí.** Zvládnutí krize není nějaký speciální nebo samostatný program, ale základní funkce komplexních služeb. Nezavádějí se výběrová kritéria na základě typu či závažnosti nemoci, která by regulovala přístup ke službám. Není to ani tak, že by nemoc určitého typu či závažnosti automaticky znamenala příjem do nemocnice. Rychlost reakce je pro osoby, které člověka do centra poslaly — například rodinní příslušníci, sousedé — velice povzbudivá, protože minimalizuje potřebu přijmout uživatele do nemocnice nebo do KCDZ.
- **Integrovaná a komplexní reakce (sociální i zdravotní).** Terapeutické plány jsou založeny na minulosti jedince, jeho potřebách a přáních, ne na pevně daném terapeutickém modelu. Nejvyšší prioritou je vytvořit vztah. Protože jsou plány založeny na individuálních potřebách, mohou služby získat a uchovat si souhlas jejich uživatelů s léčbou a zajistit tak jejich zapojení do léčby.
- **Kontinuita péče.** Jde o základní princip, na jehož základě se uživatelé služeb léčí v rámci obvyklého systému péče a je možné je udržet v jejich běžném sociálním kontextu, čímž se zabrání desocializaci a institucionalizaci. Následná péče se poskytuje kdekoli, kde se uživatelé služeb vyskytují, třeba i ve vězení.
- **Vyhýbání se hospitalizaci.** Většina lidí zůstává doma, pokud to však není možné, je cílem vyhnout se hospitalizaci a zvolit nějakou flexibilnější intervenci, například 24hodinový rezidenční pobyt („pohostinnost“) v KCDZ.

Krizové oddělení v nemocnici

V noci se pacienti v krizi obracejí na pohotovost ve všeobecné nemocnici. Poté je možné přijetí na psychiatrické oddělení. Tuto jednotku vedou

oblastní týmy. Člověk může být rovněž přijat na pozorování (48 hodin). V nemocnici, stejně jako v oblastních centrech, se nepracuje za zavěšenými dveřmi a není tam žádná oddělená „izolace“. Na oddělení v nemocnici vládne neformální atmosféra, jsou tam prostory, kde se můžete posadit a máte také možnost sledovat televizi. Přístup do ordinací je otevřený. K dispozici je šest lůžek, která nejsou vždy využita. Průměrná délka pobytu je kratší než tři dny. Během dne jsou na oddělení dvě či tři sestry a jeden psychiatr. V noci je na telefonu jeden z psychiatrů z centra (střídají se) a přítomné jsou dvě zdravotní sestry.

Po nočním příjmu do nemocnice je následující den kontaktováno příslušné komunitní centrum v oblasti, kde klient žije, a vytvoří se společný plán. Jedním z cílů v krizi je zajistit kontinuitu péče. Pokud je to nutné, provede se obsáhlé vyhodnocení aktuálních problémů. Cílem je vždy dosáhnout toho, aby lidé byli schopní co nejrychleji se opět účastnit svého každodenního života, aby se vyhnuli hospitalizaci. Někdy je třeba udělat výjimku, například když někomu hrozí nebezpečí, že bude prohlášen za osobu, která nenese odpovědnost za své jednání s ohledem na trestný čin. Aby tedy nemusel být přijatý do vězeňské psychiatrické nemocnice, je takový člověk ponechán delší dobu na psychiatrickém oddělení, dokud se psychiatrický obraz trochu nestabilizuje, nebo jednoduše proto, aby se dostalo ujištění soudnímu systému. Pokud se situace nějakým způsobem vyhrotí, může být na pomoc přivolána policie, jejíž přítomnost mívá často zmírňující vliv. Tento způsob práce se zdůvodňuje tak, že oddělení je součástí komunity a ohrožujícímu chování by se mělo zabránit stejně jako na jakémkoli jiném veřejném místě. Podle odhadu zdravotních sester, s nimiž jsme hovořili, dochází k něčemu takovému zhruba jednou za dva měsíce. Řadě věcí se dá předejít tím, že si s klientem vytvoříte vztah. Protože všichni členové personálu krizového oddělení pracovali v jednom z center, mnohé z klientů i jejich osobní příběhy znají a dokáží rychle jednat, je-li třeba zajistit zmírnění situace. Policie a pracovníci v oblasti duševního zdraví chodí společně na výcvik a postoj policie k lidem s duševním onemocněním je obvykle benevolentní. Psychiatrické oddělení je otevřené pro rodinné příslušníky lidí v krizi a poskytuje informace, jejichž cílem je především zmírnit znepokojení členů rodiny.

2.5.7 Nařízená léčba

V Terstu se v některých případech přistupuje k nařízené léčbě, ale i to se děje bez zavřených dveří. V případech nařízené léčby se vytvoří „projekt“ (program), jehož prostřednictvím se klientovi poskytuje poradenství. Kritériem pro nařízenou léčbu není nebezpečnost klienta (to je podle zákona č. 833 oficiálně vyřazeno z právních požadavků), ale otázka, jakou pomoc daný člověk potřebuje. Nařízenou léčbu lze využít, pokud někdo léčbu naléhavě potřebuje, ale sám ji odmítá a všechny ostatní možnosti, jak člověka do léčebného programu zapojit, už selhaly.

Pokud se objeví potřeba nařízené léčby, dosadí se do komunitního centra více personálu — pro klienta, který byl přijat a prodělává nařízenou léčbu, tam jsou vždy dva nebo tři lidi. To vychází z přesvědčení, že takovým způsobem lze vždy zajistit někoho, kdo splní potřeby člověka v krizi. Využívají se i rodinní příslušníci, aby si klient udržel co největší propojení s každodenním životem. Během nařízené léčby může klient například klidně odejít do města na kávu, ale vždycky s ním někdo je. Klient může také kdykoli přijímat návštěvy. Vychází se z toho, že se nemá „hlídat“, ale „reagovat na potřeby klienta“ tím, že se mu nabízí takzvaná „osobní asistence“. O nařízenou léčbu žádají vždy dva psychiatři a schvaluje ji starosta, protože právě on je zodpovědný za veřejný pořádek. Nařízená léčba může být několikrát prodloužena o sedm dní, avšak může také klidně skončit například po třech dnech.

K nařízené léčbě se může přistoupit i v rámci vězení. Během naší návštěvy jsme se například setkali se ženou, která spáchala vraždu. Na základě principu, že nejdůležitější je lidský přístup, byla projevována snaha zabránit časově neomezenému přijetí do vězeňské psychiatrické nemocnice. V takových případech je možné soudu předložit léčebný plán, na jehož základě přebírá za daného člověka zodpovědnost personál z oblasti péče o duševní zdraví, který bude poskytovat intenzivní podporu. V uvedeném případě to znamenalo, že tato žena mohla zůstat v centru delší dobu a vždy s ní byl nějaký člen personálu nebo dobrovolník, který poskytoval podporu. Další možností, jak se vyhnout přijetí do vězeňské nemocnice, je zdůraznění duševní způsobilosti daného člověka — v takovém případě je klient na určitou dobu umístěn do normálního vězení a s duševními problémy mu pomáhají lidé z KCDZ.

2.5.8 Práce a sociální participace

Od chvíle, kdy začala fungovat komunitní péče o duševní zdraví, pracují její zaměstnanci s takzvanými sociálními družstvy, která zaměstnávají lidi s postiženími. „Terapeutická práce“, jak se dělala dříve, byla nahrazena prací pod CAO, a to už od založení prvního družstva v roce 1972. Na základě ideálů občanství se role pacienta posunula do role zaměstnance. Po nějaké době bylo založeno několik dalších sociálních družstev, kde pracovali lidé s postižením společně s lidmi bez postižení. Sociální družstva nabízejí práci v oblasti terénních úprav a úklidu, ale také dopravy, výroby nábytku, práce v hotelovém a restauračním sektoru, údržbu plážového altánu a administrativní služby. Existují dva typy sociálních družstev:

1. Jako **sociální družstva typu A** jsou označováni pracovníci, kteří poskytují podporu psychiatrickým klientům. Úzce spolupracují s personálem z KCDZ týmů a poskytují například podporu v chráněném bydlení.
2. V **sociálních družstvech typu B** má zhruba 30 % zaměstnanců nějaké postižení, ale všichni mají stejnou roli v rámci družstva, a protože jsou jeho členy, mají také ve firmě/společnosti určité slovo. Tato družstva jsou daňově zvýhodněna.

V Terstu pracuje v rámci sociálních družstev asi 600 lidí, z nichž 70 % má nějaké postižení. Aby člověk mohl pracovat v družstvu a patřit ke zbylým 30 %, je požadováno, aby měl kontakt s KCDZ. To se každoročně aktualizuje. Družstva zaplňují mezeru mezi trhem práce a systémem dávek. Sociální družstva mají vždy dvojí cíl: vyrábět a prodávat výrobky (komerční zájem), ale také propagovat inkluzi a zapojení. Mnozí lidé, kteří nepotřebují pomoc, se vědomě rozhodnou pracovat v družstvu právě proto, aby přispěli k normalizaci vztahů.

Kromě práce v družstvu jsou i další příležitosti, jak se zapojit:

- **Pracovní granty.** Udělují se na dva roky a lidé v jejich rámci dostávají příspěvek na pracovní výcvik — nejen v družstvu (zhruba 50 %), ale také v obchodě/byznysu (15—20 %) nebo v jiném výcvikovém či pracovním projektu speciálně vytvořeném za tímto účelem. Pracovní granty mohou udělovat magistrát, komunitní centra duševního

zdraví a oddělení pro závislosti a rehabilitaci. Pracovní grant není běžná práce, je to cesta, která má mít terapeutický účinek, je zaměřená na rehabilitaci a na poskytování příležitosti získat přístup na trh práce v rámci pracovní stáže a výcviku. V celé provincii jsou vytvářeny speciální projekty, kde lidé mohou pracovat právě na základě takových pracovních grantů; například to byla renovace tunelu vedoucího na pláž v Terstu nebo rekonstrukce starého klubu na pláži. Takové projekty poskytují zejména mladým lidem šanci někde začít, ale působí také proti stigmatizaci — díky sociální prospěšnosti takových činností je jasné, že lidé s psychiatrickými problémy rovněž přispívají k prosperitě města. Kvůli vleklé ekonomické krizi jsou pracovní granty často využívány po delší dobu, než bylo zamýšleno, protože posun k další formě práce se odkládá. V roce 2013 mělo po dvou letech pravidelnou práci 10 % klientů; před krizí nastal posun k pravidelné práci po dvou letech zhruba u 20—25 %.

- **Podporované zaměstnání.** V rámci osobních akčních plánů funguje také vedení klientů k pravidelnému zaměstnání s individuálnější podporou, než jsou obvyklé pracovní granty. Přestože nám jeden z rehabilitačních pracovníků naznačil, že stigma související s psychiatrickými problémy vytváření takových míst často ztěžuje, řada lidí význam podporovaného zaměstnání schvaluje a fandí mu.
- **Tutoři.** Podobně jako u podporovaného zaměstnání existuje pro lidi, kteří mají potíže fungovat v sociálních družstvech, systém tutorů (jakýchsi instruktorů pro každé zaměstnání), kteří lidem poskytují přímé odborné vedení a podporu během práce v družstvu nebo i někde jinde.

Poskytování podpory směřující ke stálému zaměstnání a v rámci stálého zaměstnání (podporované zaměstnání) zde může být i nadále rozvíjeno, ovšem jen v omezené míře.

Rodinné a klientské organizace

Na základě principu, že by se podpora lidí měla soustředit na poskytování podpory ve všech oblastech života, existují v Terstu lidé, kteří aktivně pracují na vytváření sdružení, jež fungují nezávisle, ale jsou úzce napojena na KCDZ. Existuje skupina pro rodinné příslušníky, skupina

pro mládež a sportovní aktivity, skupina pro počítačové aktivity, skupina pro emancipaci klientů aj. Tyto skupiny jsou napojené na klientské nebo rodinné organizace, jež spolupracují s Oddělením duševního zdraví a dostávají granty na specifické projekty, takže si udržují těsné styky s běžnou (mainstreamovou) péčí o duševní zdraví, a jsou těmito organizacemi také podporovány. V některých skupinách se scházejí sociální pracovníci a klienti a probírají, co je potřeba vylepšit.

Při vytváření systému v Terstu to byl částečně důvod, proč nevzniklo žádné silné nezávislé klientské hnutí; to je možná důvod, proč se zatím v oblastech zotavení, zplnomocňování a expertů s vlastní zkušeností mnoho neudělalo. V týmech například nejsou žádné stálé pozice pro lidi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.

2.5.9 Bydlení

V Terstu existují tři formy podpory pro lidi, kteří nemohou bydlet samostatně:

1. **Malé byty**, kde společně žijí dva nebo tři lidé a kde je k dispozici až 24hodinová podpora z KCDZ. Často se jedná o lidi, kteří dostávají podporu ve formě osobního rozpočtu a dříve žili ve větších bytech či domech pro větší skupiny lidí. Odborná pomoc je zde zaměřená na integraci.
2. **Čtyři domy pro skupinové bydlení**, kde žijí lidé, kteří potřebují neustálou pomoc, jako třeba skupina starších lidí, kteří dříve trávili dlouhá období v psychiatrické léčebně. Odbornou pomoc poskytují sociální družstva v úzké spolupráci s KCDZ. Domy vlastní Oddělení duševního zdraví a spravuje je rehabilitační služba (SAR). Ve skupinových bytech a domech dnes funguje asi 45 lůžek (Mezzina, 2014).
3. **Přechodné bydlení** v domech, kde mohou lidé dočasně přebývat a kde nabízí bydlení místní bytové družstvo (40 až 50 lůžek). Domy jsou psané na jednoho z obyvatel. Z jednoho takového domu se nedávno stal experimentální „recovery house“ pro 6 mladých lidí (květen 2015).

Kromě těchto ubytovacích zařízení jsme v Terstu viděli, že zde kreativně přemýšlejí o řešení situace pro lidi, kteří nejsou (dočasně) schopni žít

samostatně. V případě 3 (Kapitola 4) popisujeme příklad ženy, která nabídne bydlení matce s dcerou s psychickými problémy a na oplátku se jí dostane pomoci s každodenní péčí. Rehabilitační oddělení naznačuje, že lidé se specifickými problémy, jako je třeba duální diagnóza, potřebují skupinové bydlení. Členové personálu také poukazují na to, že samostatné bydlení by nemělo vždy být považováno za nejvyšší ideál. Pro lidi, kteří se cítí osamělí, mohou být jistě různé formy asistovaného bydlení v malých skupinových bytech/domech dobrou alternativou. Podle jiných je však tato myšlenka v rozporu s hodnotami autonomie a občanství a v praxi vede ke vzniku napětí mezi autonomií a dobrou péčí. Toto dilema je podrobněji rozpracováno v Kapitole 3.

2.5.10 Spolupráce s externími službami

Komunitní centra v Terstu úzce spolupracují s dalšími komunitními službami. To je zajištěno organizačním modelem: Oddělení duševního zdraví je jednou z operativních struktur Agentury pro zdravotní péči (státní zdravotní služba) v Terstu (AAS1), jež zahrnuje všechny služby fungující mimo nemocnice. Kromě Oddělení duševního zdraví tam jsou i Oddělení závislostí, Oddělení prevence a konečně čtyři Oblastní zdravotní služby, které fungují ve stejných komunitních oblastech jako čtyři centra KCDZ.

Péče o duševní zdraví tedy není izolovaná, ale i na organizační úrovni je napojená na další služby. Na úrovni týmů je propojení ještě posíleno tím, že v rámci každého týmu v jednotlivých oblastech je určena kontaktní osoba, jež je zodpovědná za udržování kontaktů s určitými partnery. Spolupracuje se takto s řadou různých služeb a partnerů. Uvedeme zde některé z nich, které jsme navštívili během naší práce v terénu.

Policie

Žádná formální spolupráce v rámci hodnot a ideálů mezi pracovníky péče o duševní zdraví a policií neexistuje, neformální spolupráce však funguje. Policie je obeznámena s hodnotami a ideály Center duševního zdraví a ze všech sil se snaží spolupracovat při hledání kreativních řešení pro klienty — do jaké míry, to záleží na individuálním případě. Z KCDZ a krizového oddělení v nemocnici volají policii jen v případě,

že dojde k vyhocení situace. Tato spolupráce je popisována jako dobrá. V krizových situacích přítomnost policie skutečně pomůže, obvykle není třeba nijak víc zasahovat, stačí jen podpořit hodnoty, jež se v dané situaci obhajují. Na úrovni jednotlivých komunit se policisté a pracovníci z oblasti péče o duševní zdraví navzájem znají a chodí spolu na různá školení či výcviky.

Vězení

Služby v oblasti duševního zdraví ve věznici se koordinují přes komunitní centra. Z každého centra se zapojuje 4—5 lidí: psychiatr, psycholog a několik sester. Lidem ve věznici i mimo ni se dostává úplně stejné podpory vycházející z téže ideje. Odhaduje se, že přibližně třetina lidí ve věznici má problémy s duševním zdravím. O tom, zda někdo potřebuje podporu, rozhoduje vězeňská zdravotní služba. Tato podpora může zahrnovat medikaci, sezení s povídáním, diagnostiku, kontakt s rodinou apod. Ve vězení dostávají sociální pracovníci i dozorcí informace i výcvik ohledně problémů v oblasti duševního zdraví. U problémů se závislostí se závislým nabízí podpora, která se však vždy koordinuje s komunitními centry. Od roku 2015 funguje ve vězení společná zdravotní služba, kterou provozuje AAS1 a kam spadají všechny služby.

Služby v Terstu fungují s cílem vyhnout se využívaní vězeňské nemocnice. Podporují tedy lidi při soudním procesu a v každém stadiu nabízejí soudci různé alternativy. Sojí za tím přesvědčení, že zásadní je zhodnotit schopnosti a možnosti daného člověka, a to dokonce i v případě, kdy trpí těžkými duševními problémy. Potom následuje normální obvinění z trestného činu se sníženou délkou trestu, stejně jako to platí pro každého občana s jeho právy a povinnostmi. Od roku 2006 nebyl ve vězeňské nemocnici hospitalizován nikdo z Terstu. Od června 2014 platí zákon, který stanoví, že vězeňská nemocnice musí být uzavřena. Bohužel nejsou dostupné žádné dobré alternativy. V Terstu chtějí hledat ambulantní řešení, nikoli vytvářet nějaké minikliniky pro klienty ve výkonu trestu. Požadují peníze na programy upravené na míru, nikoli peníze na nové budovy. To však ještě nebylo dojednáno. S nadějí na změnu situace se připravují nové léčebné programy. S ohledem na uzavření všech vězeňských nemocnic v Itálii od roku 2015 jsou rovněž v denním centru dvě lůžka v režimu „otevřených dveří“, jež jsou připra-

vená pro lidi s restriktivními omezeními, kteří tam budou přicházet z celého regionu (Mezzina, osobní sdělení).

Péče o lidi bez domova

Lidem, kteří jsou v léčení v KCDZ a mají problémy s bydlením, se dostává podpory a poradenství a mohou být rovněž ubytováni v centru, zatímco se pracovníci centra snaží zajistit jim bydlení. Z našich rozhovorů s pracovníky, kteří se starají o lidi bez domova, však vyplynulo, že mezi lidmi bez domova je i malá skupina lidí, již se potýkají s duševními problémy, ale (zatím) nejsou v jejich péči. Pracovníci se domnívají, že KCDZ by pro tuto skupinu mohlo dělat více aktivní práce v terénu. V rozhovoru se zmínili, že zejména péče o lidi, kteří jsou zároveň závislí a mají psychiatrické problémy (duální diagnóza), by se dala zlepšit. Většina lidí z této skupiny má střechu nad hlavou — v azylovém domě je dostatek lůžek a Oddělení duševního zdraví (ODZ) spolupracuje na projektech organizovaných městem a organizacemi pro bezdomovce a uprchlíky. Ne zcela dokonalá péče se vysvětluje nedostatkem času a peněz v centrech. Týká se to také lidí, kteří často žádnou péči nechťejí. Personál z Terstu se během své návštěvy v Holandsku v červnu 2014 velice zajímal o model péče zahrnující hostely pro lidi bez domova, který byl v Nizozemí vyvinut.

Zdravotní a sociální práce v mikrooblastech

Z jednotlivých oblastí se sociální podpora organizuje prostřednictvím mikrooblastí. Jde o malé komunitní týmy, jež jsou „očima a ušima“ svého nejbližšího okolí a podle jejich vlastních slov jsou také „detektory zranitelnosti“. Týmy přistupují k sociálním a ekonomickým problémům přívětivě a nabízejí všechny dostupné zdravotní a sociální služby, stejně jako pomoc dobrovolnického sektoru. Pokud se vyskytnou nějaké psychiatrické problémy, spolupracují také úzce s KCDZ. V Terstu je deset mikrooblastí; v nejzranitelnějších a nejchudších oblastech jsou čtyři. Jeden z týmů, jež jsme navštívili, sídlil v bytě jednoho projektu sociálního bydlení a pro své okolí plnil funkci obývacího pokoje: jeden muž, který měl nějaký problém, tam například dostal kávu a vyslechli ho, jedné dívky tam pomáhali s domácím úkolem. Tyto týmy pracují velice aktivně v terénu, ve své spádové oblasti chodí každoročně doslova ode dveří

ke dveřím, aby se přesvědčili, jestli se tam nevyskytují nějaké problémy. Nabízejí rovněž aktivity, jež se hodí do prostředí místních obyvatel, aby s nimi navázali kontakt — je to například výcvik psů (protože spousta lidí tam má psy, ale nevědí, jak s nimi zacházet) nebo sportovní aktivity. Koordinace s KCDZ probíhá dobře a práce je jasně rozdělena: mikrooblasti dělají nízkoprahovou práci, organizují různé aktivity i aktivity pro lidi přímo z ulice a různá setkání, KCDZ zase poskytují léčbu a podporu. Pravidelně probíhají konzultace a v komunitních týmech péče o duševní zdraví je vždy jeden člen, který je kontaktní osobou pro mikrooblasti, aby se mohly vzájemně snadno spojit. Prvořadou roli hrají kreativita a reciprocita, výměnou za podporu mají lidé vždy něco udělat. Může to být například pomoc s domácími úkoly nebo návštěva u starých lidí. V nejchudších oblastech jsou nejčastějšími problémy alkoholismus a osamění. Lidé v krizové situaci jsou posíláni do KCDZ a lidé v mikrooblastech vědí, kdo se tam léčí.

Kromě programů v mikrooblastech probíhá i další spolupráce s ostatními zdravotními službami: jsou to třeba oblastní zdravotní střediska, kde psychiatři a psychologové z center poskytují několik hodin měsíčně nízkoprahovou podporu lidem s méně závažnými symptomy, jako jsou například úzkostné stavy a poruchy nálady. Pro individuální případy jsou také k dispozici pravidelné konzultace a vypracovávají se společné supervizní plány, v nichž se využívá intenzivní case management.

Praktičtí lékaři

Spolupráce s praktickými lékaři není optimální, přestože se všeobecně ví, že součinnost je důležitá, aby mohla komunitní péče fungovat. Lékaři dostávají z KCDZ pravidelně informace o situaci klientů. O zlepšení vztahů se pracovníci center pokoušejí — lékaři dostávají pozvánky na konference KCDZ a mají k dispozici seznam telefonních kontaktů na psychiatry pracující v centrech. Lidé, kteří přicházejí kvůli psychiatrickým problémům do péče KCDZ, nejsou automaticky po nějaké době odesíláni zpět ke svému praktickému lékaři, ale zůstávají v péči centra nebo jsou z KCDZ nadále monitorováni. Léky obvykle dostávají prostřednictvím KCDZ — to pramení z přesvědčení, že pro podporu klientů je důležitá kontinuita péče. Jedním z vysvětlení obtíží ve spolupráci s praktickými lékaři je to, že jejich práce je založena na odlišných prin-

cipech: v centrech mají významnou roli v týmu zdravotní sestry, které často fungují jako kontaktní osoby, zatímco lékaři mají spíše tendenci pracovat na základě určité hierarchie a jako lékaři raději konzultují výhradně s psychiatry.

KAPITOLA 3

ZPÁTKY DOMA: ČTYŘI HLAVNÍ MOTIVY

Můžeme si vzít poučení z praxe v oblasti péče o duševní zdraví v Terstu, abychom dokázali lépe zformovat procesy ambulantní péče o pacienty v Holandsku? V této kapitole představíme čtyři hlavní motivy, do nichž jsme shrnuli naše pozorování a analýzu terénní práce v Terstu a které mohou být důležité pro současnou situaci v Holandsku a úkoly, jež před námi stojí.

1. Od občanských práv k občanství.
2. Svoboda především jako hlavní princip.
3. Jednání na základě hodnot: Jdeme dál cestou k jinému profesionálnímu chování.
4. Autonomie a dobrá péče.

Na následujících stránkách tyto čtyři motivy popíšeme a u každého uvedeme pro ilustraci kazuistiku a popis praxe, ve kterých budou dobře vidět dilemata, jež musí řešit pracovníci v oblasti duševního zdraví v Terstu. Na konci každé sekce si kladme otázku, jaký význam by to mohlo mít pro situaci v Holandsku.

3.1 Od občanských práv k občanství

Skutečný „objev“, který jsme učinili během mnoha let oddané práce a boje se sociálním vyloučením, je to, že těm, kdo trpí duševními poruchami, je třeba v první řadě pomoci ochránit a zachovat jejich práva v sociální sféře, a to jak v soukromém a každodenním životě, tak v síti vztahů a vzájemných interakcí v rámci komunity, do níž patří. Tato práva se neopírají o abstraktní právní a administrativní nařízení, ale vycházejí ze zdrojů, jež je třeba aktivně hledat a formalizovat (ještě navíc kromě kroků a intervencí zajišťujících přístup a skutečné využívání práv).

Zdroj: Dell'Acqua, webové stránky www.triestesalutementale.it

Rovnocenné neboli plnohodnotné občanství⁴ je hojně diskutovaný ideál, když se mluví o sociálním začlenění lidí s psychiatrickými problémy, a to jak v holandském kontextu, tak kdekoli jinde (Tew, 2012; Ootes, 2012). V Terstu se navrácení práv klientům věnuje zvláštní pozornost. Kromě klasických základních práv, jako jsou rovnoprávnost a svoboda, se zaměřují na to, co nazývají

⁴ Občanstvím zde rozumíme možnost lidí uplatnit svá občanská práva v praxi, například zaměřením na aktivity, jež přispívají k začlenění a zapojení lidí.

„sociálními právy“ nebo „občanskými právy“: právo na vzdělání, právo na práci, právo na sociální zabezpečení. Tento přístup k právům se objevil už na začátku procesu deinstitucionalizace, uvnitř nemocnic byly vytvářeny skupiny zaměřené na obstarávání živobytí a sociální družstva. Vycházelo se z myšlenky, že by pacienti měli znovu dostat příležitost podílet se na chodu společnosti jako občané. „Počáteční úspěchy (založení skupin zaměřených na obstarávání živobytí a družstev) jasně ukázaly, že skutečnou překážkou jakékoli opravdové transformace a rehabilitačního procesu je právní a administrativní status pacienta (to jest chovance), nikoli nějaká nezpůsobilost související s nemocí.“ (Dell’Acqua, 1995). Sociální začlenění a občanství pacientů proto bylo — a bude — jednoznačně propojené se zákonnými právy pacientů.

Občanství má dvě dimenze

Daří se v Terstu v každodenní praxi dávat tomuto ideálu občanství konkrétní podobu? A jakou roli tam hraje přístup vycházející z práv občanů?

Podpora občanství a obnova občanských práv se formují skrze dvě dimenze. Pozornost se zaměřuje především na podporu jednotlivých klientů v tom, aby svou schopnost užívat občanská práva uplatňovali v praxi a aby tuto schopnost neustále vylepšovali. Za klíčové se zde považuje zdokonalování sociálních dovedností a obnova sociálních sítí (Mezzina, 2006). Kromě toho se také pracuje na vytváření míst, kde by bylo možné zmíněná občanská práva uplatňovat v praxi (například zakládání sociálních družstev, organizování destigmatizačních aktivit). Je zajímavé, že na tyto dimenze nelze pohlížet jako na dvě oddělené, samostatné aktivity, ale jako na něco, co je v každodenní práci personálu a v organizačních strukturách vzájemně propojené. „Oddělení pro duševní zdraví poskytuje péči prostřednictvím sítě komunitních služeb, ale klade také velký důraz na práci se širší komunitou za účelem propagace duševního zdraví a péče o sociální struktury.“ (Mezzina, 2014)

Tato dvoustranná interpretace občanství — posilování pozice jednotlivce (prostřednictvím dovedností a sociálních sítí) a posilování „sociálních struktur“ (sociální soudržnosti) — se odráží v různých projektech. Sociální družstva tedy vždy mají dva cíle: jednak je to vytváření míst, kde mohou lidé s nějakým omezením vykonávat smysluplnou práci a zajistit si finanční příjem, ale zároveň je to zvýšení zapojení klientů a přijetí lidí s psychiatrickými problémy. Proto

na různých úrovních diskutujeme o tom, jak tento dvoustranný úkol (zvýšení sociálního začlenění a posílení občanství) naplánovat.

Snaha o docílení rovnocenného občanství probíhá ve dvou směrech: cílem je jednak posílení pozice jednotlivce (prostřednictvím dovedností a sociálních sítí) a jednak posílení sociální struktury (sociální soudržnosti). Díky holistickému přístupu v poradenství a léčbě jsou tyto dvě dimenze propojené, a to jak organizačně, tak v každodenní práci personálu.

Posilování občanství na individuální úrovni

Uplatňováním holistického přístupu v péči a léčbě na individuální úrovni se neustále propojují cíle jedince v různých oblastech života s jeho minulými zkušenostmi. Poradenství a léčba jsou úzce spjaté tak, aby působily integrovaně a neroztříštěně. Příkladem toho může být rozhovor s klientem v jednom z center, jež jsme navštívili.

Případ 1, Thomas

Muž, s nímž jsme hovořili, je kritický vůči systému, který podle něj příliš lpí na starých tradicích a v posledních letech se dostatečně nemodernizuje. Když byl malý, jeho matka trpěla depresemi a potom spáchala sebevraždu. Chlapci se v té době nedostalo téměř žádné podpory. Se svou osobní zkušeností v komunitním centru, kam se dostal po vlastním pokusu o sebevraždu, je však spokojený: psychiatr a zdravotní sestra pochopili, že musel něco udělat, že musel znovu najít smysl života. Během přijímacího rozhovoru mluvili o tom, že býval učitel, a přišli s nápadem, že by své učitelské dovednosti mohl využít. Nápad vytvořit pracovní projekt byl společný, vznikl na základě rozhovoru mezi Thomasem, psychiatrem a zdravotní sestrou. Thomas v posledních měsících ztratil veškerou naději a vyhlídky do budoucna a lidé z KCDZ se společně snažili mu nabídnout něco smysluplného. Nakonec jsme viděli, že Thomas dodnes pracuje v projektu, který v té době založili. Cílem projektu je poskytovat mladým lidem místo, kde budou moci získat dovednosti. Thomas se projektu účastní jako „peer“ a odborník, takže je pro ostatní příkladem.

Z rozhovoru při naší druhé návštěvě

Posilování občanství prostřednictvím zapojení rodiny

Nejpřímochařejším způsobem, jak posílit sociální sítě s cílem lepšího začlenění a uplatňování občanství, je zapojit do léčby rodinu, a to od samého začátku. To se děje prostřednictvím podpory rodin (popsáno v Kapitole 2) a díky tomu, že KCDZ jsou pro rodiny otevřená, každý tam může přijít přímo „z ulice“. Protože podpora je celkově ambulantní, rodina na sebe často bere velkou část každodenní péče o klienty. Pokud klient rodinu, jež by mohla plnit tento úkol, nemá, hledají se alternativy — o klienta se například někdo může starat výměnou za poskytnuté bydlení (viz Případ 3).

Ani v Terstu však není zapojení rodiny vždy snadné. Zátěž může být pro rodinu někdy ohromná. Když jsme se na to přímo ptali, zpočátku se nám dostalo jen málo konkrétních odpovědí. To evidentně souvisí s kulturním pohledem na rodinné vazby: hovořit s někým cizím o tom, jaké na vás jako na člena rodiny leží kvůli péči o rodinného příslušníka břímě, se zdálo být tabu. Při dlouhodobějších rozhovorech se členy rodiny se však ukázalo, že je to skutečně vnímáno jako břemeno, a to nejen proto, že si rodinní příslušníci dělají starosti o klienta, ale například také proto, že je s tím spojeno určité stigma (viz kazuistiku 2). Při přípravě osobních plánů klientů (Příloha 1) je samostatnou složkou pozornost věnovaná zátěži pro rodinu, která se musí sledovat. Zátěž pro rodinu je v Terstu také předmětem samostatného výzkumu (Mezzina, 2014).

Navzdory tomu všemu jsme viděli, že pro rodiny i poskytovatele zdravotní péče je mnohem přirozenější rodinu do pomoci klientům zapojit. Je zajímavé, že v Terstu považují rodinu za daleko víc přímo odpovědnou za její roli v péči o rodinného příslušníky s psychiatrickými problémy. To platí například, když nastane krize; v takovém případě zůstává u klienta rodina, je-li to potřeba. Tento přímý přístup přiděluje členům rodiny důležitější roli v triádě klient – rodina – poradce. Je to výhodné pro všechny zúčastněné strany, funguje to jako prostředek ke zplnomocnění klientů a jejich rodin a pro poskytovatele zdravotní péče se zapojení rodiny stává nedílnou součástí jejich práce, nikoli něčím extra. Zcela nezbytné je, aby byl pracovník v oblasti péče o duševní zdraví pro rodinné příslušníky za každých okolností přístupný a spolehlivý, dokázal jim poskytnout nezbytnou podporu a aby je vždy vyslechl.

Případ 2, Alberto

Matka: „V roce 2011 se u mého syna objevily psychické problémy. Byl přijat na psychiatrické oddělení nemocnice a odtamtud pak odeslán do KCDZ. Mám ještě jednoho syna, kterému je 27 let a bydlí samostatně. Můj první dojem z KCDZ byl pozitivní, mluvila jsem s psychologem a psychiatrem. Můj syn byl tenkrát už v léčení u psychoterapeuta.“

Po pobytu v komunitním centru se syn vrátil domů a kontakty s centrem příliš neudržoval. Rodiče dostali informace o tom, jak účinkují léky a jak zvládat krizové situace.

V současné době je Alberto znovu přijat do KCDZ. Po prvním přijetí se matka domnívala, že pro ni už není kontakt s komunitním centrem tak důležitý. Byly jí nabídnuty výcvikové kurzy, ale ona měla pocit, že by se jich vlastně nemohla účastnit, protože o psychiatrii nic neví, neměla žádné předchozí znalosti. Vztah s komunitním centrem navíc nebyl úplně dobrý, protože měla pocit, že ji jako matku nebere psychiatr vážně. Jako příklad udávala, že když se po prvním přijetí její syn vrátil domů, byl často nepříjemný a agresivní, ale psychiatr tomu zpočátku nevěnoval moc pozornosti, protože syn (podle jejich vlastních slov) navenek stále fungoval dobře a hodně „to v sobě dusil“. Teprve nedávno, když došlo ke krizi s násilným chováním doma, začali obavám rodiny věnovat víc pozornosti. Syn nechtěl kontaktovat zdravotníky, ale bude muset jít na povinné psychiatrické vyšetření. Každý den k nim domů také chodí někdo, kdo mu podává léky. Taková podpora v době krize je velice důležitá. V současné době chodí matka společně se svým ex-manželem na setkání do centra, kde jim radí, jak synovi pomáhat. Jak Albertova matka vnímá péči o syna? Pociťuje ji jako něco obtížného, avšak bere to jako samozřejmost. Má náročné zaměstnání, ale péče o syna je na prvním místě. Dělá vše, co je v jejích silách, aby mohla být se synem. Její bývalý šéf, pro kterého pracovala v době první synovy krize, o všech problémech věděl a bral na to ohledy. Její současný šéf o ničem neví. Říká, že o svých problémech nemusí mluvit úplně s každým. Důvodem je především to, že je introvert a není příliš hovorná, ale zároveň se bojí, že lidé budou mít předsudky.

Co si myslí o tom, jak se přistupuje k jejímu synovi? V Holandsku by takový případ mohl klidně skončit hospitalizací. Domnívá se, že je

lepší, když je její syn doma. Konec konců, je jeho matka, ale když byla situace kritická, také si občas pomyslela: Přijměte ho do nemocnice a nechte ho tam dva týdny spát. V té situaci se jí uzavřené oddělení zdálo jako dobrý nápad. Říká ale, že z nějakého důvodu ví, že je lepší, když všechno proběhlo tak, jak to proběhlo.

Z rozhovoru s matkou, druhá návštěva

Vytváření sítí společně se službami mimo KCDZ

Jak jsme popisovali ve druhé kapitole, KCDZ úzce spolupracuje s dalšími službami, jako jsou již zmíněné programy pro mikrooblasti, jež lze považovat za něco jako malé zdravotní a sociálně komunitní týmy. Důvodem pro jejich zřízení bylo, že chudší lidé z dané oblasti se často neobraceli na sociální infrastrukturu ve zdravotním okrsku a ani nevěděli, kde příslušná místa najít. Proto je důležité, aby byl někdo přítomen přímo v jednotlivých oblastech. Mikrooblast představuje spojení mezi nejbližším okolím a dalšími komunitními zařízeními. Plní signalizační funkci (fungují jako „oči a uši“ čtvrti), zařizují doporučení, poskytují velice nízkoprahovou podporu a „monitorují zranitelnost“. Týmy KCDZ spolupracují s různými službami (od péče o drogově závislé až po věznici), a jak už jsme zmiňovali, každý tým má své vlastní kontakty na různé externí partnery. Proto existuje mnoho (neformálních) partnerství. Stěžejním bodem v rámci těchto partnerství je princip teritoriální zodpovědnosti, protože tímto způsobem může fungovat sdílená zodpovědnost. Princip teritoriální zodpovědnosti byl před mnoha lety označen za slibný i pro praxi v Holandsku (Van Weeghel, 1998). KCDZ jsou vlastně víceúčelová centra a jsou víceméně zodpovědná za duševní zdraví obyvatel v dané čtvrti od prevence po primární péči a specializovanou péči o duševní zdraví. To vytváří nutnost zabývat se problémy přímo a ve vzájemné spolupráci a přehazovat si obtížné případy tam a zase zpátky je prakticky nemožné. Díky tomuto systému je také zaručena kontinuita péče ze strany jednoho týmu a jedné organizace. V tom se praxe v Terstu liší například od modelu FACT v Holandsku, který nemá tak preventivní funkci, ale používá se, když je zapotřebí intenzivnější péče.

Přestože se zdá, že princip teritoriální zodpovědnosti funguje dobře pro většinu lidí, kteří chodí do KCDZ, je tu i prostor pro zlepšení. Z našich rozhovorů s pracovníky pečujícími o lidi bez domova vyplynulo, že mezi bezdomovci je malá

skupina lidí, kteří bojují s psychickými problémy, ale (zatím) nejsou v péči. Podle názoru pracovníků, kteří se o lidi bez domova starají, by KCDZ mohla pro tuto skupinu dělat více aktivní práce v terénu. Také lidi, u nichž se souběžně vyskytuje více poruch či onemocnění (závislost a psychiatrické problémy), si někdy příslušná oddělení předávají sem a tam.

Princip teritoriální zodpovědnosti je zaměřen v první řadě na okamžité řešení problémů ve vzájemné spolupráci s ostatními. KCDZ jsou v zásadě víceúčelová centra a jsou víceméně zodpovědná za duševní zdraví obyvatel v dané oblasti od prevence po primární péči a specializovanou péči o duševní zdraví. Kontinuitu péče zajišťuje jeden tým a jedna organizace.

Vytváření sítě prostřednictvím posilování iniciativ ve společnosti

V Terstu se od chvíle, kdy byla zavřena psychiatrická léčebna, pracuje na rozvoji sociálních služeb. Patří k nim 15 sociálních družstev, s nimiž spolupracují a kde mohou zranitelní lidé s psychickými problémy pracovat. Družstva mají za úkol také napomáhat přijetí lidí s psychiatrickými problémy.

Velice brzy se začaly zakládat také „asociace“, organizace pro rodiny a klienty, jež mohou nabídnout dlouhodobou podporu ve formě svépomoci a jež úzce spolupracují s KCDZ. Asociace mají nejrůznější cíle: hájit práva klientů, organizovat aktivity pro mládež, poskytovat peer podporu pro rodiny, svépomocné skupiny pro starší lidi nebo drogově závislé. Jedna organizace je zaměřená více na svépomoc a sociální kontakty, jiná zase na podporu, mimo jiné ve formě projektů na bydlení. Jako svůj hlavní cíl vidí hájení práv lidí s duševními problémy a jejich rodin (Oddělení pro duševní zdraví, Terst 2004). Některé skupiny byly založeny a jsou podporovány KCDZ, jiné už fungovaly jako samostatné nevládní organizace, s nimiž centra spolupracují. Přispívají také k různým aktivitám Denního centra zaměřeným na pocit pohody, zapojení, socializaci, genderové programy, výtvarné a kreativní činnosti. Cílem je bojovat se stigmatizací a diskriminací.

Asociace

Jednou z asociací, které jsme během našeho italského pobytu navštívili, bylo Fuoric'entro. Tento sportovní klub byl založen

v roce 1998 pro mladé lidi, kteří si prošli první krizí, aby se mohli znovu zapojit do společnosti. Tato asociace se zaměřuje hlavně na organizování sportovních aktivit.

Hovořili jsme s předsedou této asociace, který byl v roce 2002 sám jejím klientem. V té době byl ještě pořád „sjetý“ z léků, jak to sám popisoval, ale začal hrát fotbal. Na základě svojí vlastní zkušenosti se začal čím dál víc zapojovat do činnosti této organizace. Během let organizace prodělala změnu. Zatímco dříve byla zaměřená na lidi, kteří měli problémy s duševním zdravím, nyní je otevřená také jiným cílovým skupinám, konkrétně imigrantům, lidem s problémy s alkoholem a drogami aj. Jednalo se o záměrnou změnu: nechtěli být „ghettem pro osoby s duševními problémy“. Proto se rozhodli pro širší zaměření, které bude přitahovat lidi s různou minulostí, ale kteří si přesto mohou vytvořit svůj „mikrokosmos“. Tento přístup je založen na přesvědčení, že je třeba se postarat o zranitelné lidi, kteří potřebují odrazový můstek, aby se mohli zapojit do společnosti, a nemusí se jednat jen o lidi s duševními problémy.

Z rozhovoru při druhé návštěvě

Asociace tedy nabízejí jednu z možností posilování sítí ve společnosti. Je zvláštní, že se v Terstu ani v celé Itálii obecně ještě pořádně nerozběhlo nějaké nezávislé klientské hnutí, které by se zaměřovalo na zotavení a poradenství od lidí s vlastní zkušeností s duševní nemocí. V Holandsku funguje silné hnutí na podporu zotavení, jež si vytvořilo vlastní strukturu, v jejímž rámci mohou lidé najít pomoc (podpora tedy není omezená jen na KCDZ). Jedná se o iniciativy klientů, aktivity na podporu zotavení a „akademie zotavení“, jež vznikly na některých místech v Holandsku. Tyto iniciativy, které jsou většinou nezávislé na KCDZ a mají kořeny v hnutí za zotavení, jsou důležitým a slibným nástrojem při vytváření sociálních sítí, jež mohou člověka podpořit při osobním zotavení. V Akčním plánu pro SMI je například hnutí, které podporuje regionální „akademie zotavení“, aby takové sítě vytvářely (Plan van aanpak EPA, 2014). To, že v Terstu podobné iniciativy tak dobře nefungují, je možná důsledkem úzké spolupráce asociací a systému péče o duševní zdraví, takže je tam pro nezávislé klientské hnutí méně prostoru.

Od občanských práv k občanství: význam pro Holandsko

Můžeme se z toho, jak se KCDZ v Terstu zaměřují na občanská práva a formují občanství, nějak významně poučit v Holandsku? V holandských KCDZ také o občanství hodně hovoříme. Ootesová (2012) představuje ve své dizertaci analýzu dokumentů z MGV (dříve Journal for Mental Health and Addiction) za pětileté období. Ukazuje zde, že občanství často funguje jako zastřešující termín, v němž si mohou najít své jeho zastánci i odpůrci. Popisuje, jak v diskusích o občanství v 80. a 90. letech dvacátého století stály v centru pozornosti ideály autonomie a nezávislosti, které byly úzce spjaté s ideály deinstitucionalizace a sociálního začlenění. Poukazuje také na to, že tyto ideály někdy nebraly na vědomí zranitelnost některých skupin nebo že se od klientů žádalo příliš mnoho, zatímco důležitost pomoci při vytváření sociálních sítí zůstala nedostatečně zdůrazněná. V Holandsku později vzniklo několik iniciativ, které se rozhodly bojovat se sociálním vyloučením vytvářením sociálních sítí nebo systémů komunitní podpory. Tyto iniciativy si však v praxi často ponechávají status jednotlivých projektů (nebo jsou finančně omezené), protože nejsou začleněné do každodenních aktivit poskytovatelů zdravotní péče a nejsou zařazené do organizační struktury institucí pečujících o duševní zdraví. Často jsou považovány za něco „extra“. Ve srovnávací studii o komunitní podpoře a ambulantní péči v Dánsku, Anglii a Holandsku bylo také poukázáno na to, že v Holandsku bylo vytvořeno relativně málo specifických politických plánů a stanoveno málo cílů na dosažení sociální podpory a sociálního začlenění (Van Hoof a kol., 2011).

Dokument, v němž se popisuje vize holandské organizace zaměřené na péči o duševní zdraví z roku 2009 (nazvaný Směrem k zotavení a rovnoprávnému občanství), stanovuje jako cíl právě rovnocenné občanství. Občanství se v něm zmiňuje společně s takovými ideály, jako jsou sociální začlenění a zapojení jako protiklad k prostému „bytí pacientem“. Zmínka o občanství se vyskytuje i v plánu přístupu k vážným duševním chorobám Over de Brug (2014). Zde je občanství popisováno hlavně jako mandát či úkol pro sektor sociálního zabezpečení: „Formulovat společnou vizi dobré léčby a podpory; jádrem této vize je, že dobrá léčba a péče musí přispívat k tomu, aby lidé z cílové skupiny dokázali realizovat svůj potenciál zotavit se a být občany.“ Je zde i zmínka o kompetencích: „Snaha o dosažení plnohodnotného občanství vyžaduje využívání dvou strategií: na jedné straně je třeba nabízet příležitosti k rozvíjení kompetencí a na druhé

straně vytvářet příležitosti, při nichž se tyto kompetence mohou uplatňovat. Podle Ware a kol. (2007) je to první úkolem pro sektor duševního zdraví a některé humanitární organizace a to druhé je úkolem pro celou společnost.“ (Plan van aanpak EPA, 2014).

V této Wareově vizi (jež je citována v publikaci Over de Brug) mají sektor péče o duševní zdraví i společnost každý svůj samostatný (i když částečně se překrývající) mandát. To je v rozporu s holistickým přístupem, který se používá v Terstu a zdůrazňuje osobní přístup k léčbě, při němž se nerozlišuje mezi léčbou, posilováním sociálních sítí a podporováním sociální inkluze.

A to je možná pro situaci v Holandsku nejdůležitější: Aby bylo možné podporovat procesy zotavení, je nezbytné, aby KCDZ považovala podporu sociálních sítí a sociálního začleňování lidí za svou zodpovědnost a integrovala je mezi ostatní formy podpory a léčby. Ke stejnému závěru dochází i Tew a kol. (2012) v pojednání o významu sociálních kontaktů: „Podpora rozvíjení pozitivních vztahů je nicméně vlastně podporou zotavení, jelikož propojuje lidi s jejich sociálním světem. Abychom toho dosáhli, je třeba zásadně změnit paradigma od individualizované, na léčbu orientované praxe k takové podobě, kdy práce s rodinou a přáteli a podpora sociálního začleňování nejsou už jen něco nepovinného, něco ‚navíc‘.“

Autoři v tomto článku volají po vzniku proaktivní agendy pro sektor duševního zdraví a sociální oblast (sociální práci), v jejímž rámci se bude pracovat s rodinami a širší komunitou pro prevenci sociálního vyloučení. Koncept teritoriální zodpovědnosti tak, jak jej pojmají v Terstu, by byl užitečný v tom, že by mohl tomuto úkolu dát celistvější podobu. To však nevyžaduje jen kulturní změnu, ale rovněž odpovídající strukturu financování. Ve zprávě Trend Report a Over de Brug se také zmiňuje „struktura financování podle populace“ jako jeden ze způsobů podpory péče zaměřené na regeneraci (Van Hoof, 2014; Plan van aanpak EPA, 2014).

3.2 Svoboda především jako hlavní princip

Proč Bydlení především a ne Svoboda především, to byla první otázka, kterou nám položili členové personálu z Terstu, když během své pracovní cesty navštívili některé projekty v Holandsku. Naráželi tím na jeden ze svých hlavních principů, totiž že péče a podpora mají být zaměřené na začleňování, nikoli na izolaci. Otevřené dveře byly a jsou v Terstu symbolem procesu deinstitucional-

lizace — viz modrý kůň, který utekl z léčebny. Vše vychází z přesvědčení, že člověk se nemůže uzdravit v izolaci, ale že podmínkou pro zotavení je právě posílení a obnovení sociálních kontaktů. Podle přístupu zaměřeného na lidská práva není nemoc platným argumentem pro to, aby byl člověk připraven o svou svobodu. Důležitým výchozím bodem zde je to, aby na deinstitucionalizaci nebylo pohlíženo jen jako na proces, který vede k přemístění péče z léčebny do komunity, ale jako na nepřetržitý proces, jehož cílem jsou začlenění a reintegrace lidí, kteří kvůli psychiatrickým problémům musí čelit stigmatizaci a vyloučení. Významným měřítkem je kritické přezkoumání užitečnosti a nutnosti nucené izolace a omezení svobody. Je vždy otázkou vědomé volby nevylučovat lidi ze společnosti a zabránit tomu, aby skončili na psychiatrickém oddělení vězeňské nemocnice, což je v Itálii místo, kde až do letošního roku stále ještě docházelo k dlouhým hospitalizacím na uzavřených odděleních. Takové hospitalizace se nyní omezují a v brzké době budou tato oddělení uzavřena.

Členové personálu z Terstu zdůrazňují, že dodržování principu Svoboda především představuje nepřetržitý proces. V jednom z center dokonce proběhla diskuze, zda by se dočasně nemělo pracovat vždy několik hodin „za zavřenými dveřmi“ z důvodu velké zátěže a nedostatku personálu. Mnozí členové personálu byli ale vehementně proti, protože byli přesvědčeni, že by se potom ocitli na tenkém ledě. Zástupci klientů dokonce vznesli otázku, do jaké míry je svoboda skutečně hlavním principem a jak velký je prostor pro zplnomocnění.

„Reinstitucionalizace“

Předseda sdružení mladých lidí, s nímž jsme hovořili, nám řekl, že vždy musíme být ve střehu, aby nedošlo k tomu, co nazývá reinstitucionalizací, tedy k navrácení ke starým vzorcům, jež omezují svobodu a zplnomocnění lidí: „V Terstu začali odstraněním instituce psychiatrické léčebny, ale instituce je vždycky něco, co se vrátí zpátky v jiné podobě — po revoluci se zboří zdi, k moci se dostanou jiní lidé, ale ti si vytvoří nová pravidla a postaví nové zdi. Možná to nejsou úplně přesně zdi léčebny, ale rozhodně to jsou instituce. Lidé, kteří sami pracují v centrech, to nevidí, protože jsou příliš blízko a jsou toho součástí. Jsou ve svých centrech polapení jako v pasti, rozdávají léky a plní své každodenní úkoly, ale úmysl vytvořit skutečně smíšenou společnost, zavést skutečnou inkluzi, ten v průběhu času opustili.“

Z rozhovoru s předsedou sdružení, druhá návštěva

Význam pro Holandsko

Princip otevřených dveří je možná nejdůležitějším základem práce v Terstu, zároveň je to však praxe, která v Holandsku vyvolává nejvíc otázek. Jak je možné praktikovat psychiatrii bez zavřených dveří tak, aby nebyly zavřené ani na krátkou dobu, ani v krizových situacích, ani u agresivních klientů? Nejedná se snad o jinou cílovou skupinu? Ve druhé kapitole popisujeme, jak to vypadá v praxi při krizi a při přijímání klientů, a nastiňujeme, jak se řeší krizové situace. Jak ukazují čísla z Přílohy 1, není důvod předpokládat, že by se KCDZ v Terstu zaměřovala na velice odlišnou populaci s méně závažnými problémy než v Holandsku. Můžeme však říci, že v Terstu mají méně duševních problémů spojených se životem ve „velkoměstě“, s nimiž je potřeba se vypořádat.

Heslo Svoboda především vychází z principu, že díky deinstitucionalizaci dojde k přesunu moci, jenž umožní zplnomocnění klientů, čímž se rozpadnou struktury institucí, klienti budou moci získat větší kontrolu nad svým životem i jeho okolnostmi a dokáží je více ovlivňovat. V Holandsku se prostřednictvím hnutí za zotavení věnuje čím dál větší pozornost a prostor právě zplnomocňování klientů. Vizi zotavení obecně podporují lidé, kteří mají vlastní zkušenost s onemocněním, a vítají ji i organizace zabývající se duševním zdravím. Zrcadlo, které nastavuje praxi v Terstu péči o duševní zdraví v Holandsku, ukazuje, jak se tato orientace na zotavení vztahuje k praxi uzavřených oddělení a izolací, jež jsou v naší zemi stále ještě součástí každodenní psychiatrické praxe. Používání nátlaku je v Akčním plánu také označeno jako jedna z oblastí, v níž při péči o lidi s vážnými psychiatrickými problémy a jejich léčbě zaostáváme (Plan van aanpak EPA, 2014; Van de Sande a kol., 2011; Van Mierlo a Van Aart, 2013). Snaha o zavedení ambulantní péče by se dala interpretovat jako výzva k rozvinutí více iniciativ vedoucích k redukci využívání síly a nátlaku. Příkladem je vznik HIC (High Intensive Care Units), tedy takzvaných jednotek vysoce intenzivní péče, jež jsou určeny pro krátké hospitalizace a opírají se o intenzivní ambulantní péči (Van Mierlo a kol., 2013). Kromě přemýšlení o odstranění institucionální kapacity a budování dobrého podpůrného systému v každé oblasti vzniká i třetí úkol, jímž je vytvořit dobrá „oddychová“ zařízení, do nichž by lidé mohli být přijímáni v krizi, když už ambulantní poradenství a intenzivní terapie (dočasně) nestačí.

3.3 Jednání na základě hodnot: Jdeme dál cestou k jinému profesionálnímu chování

Ve druhé kapitole jsme popisovali, jak se v Terstu formuje péče o duševní zdraví na základě jasné vymezených hodnot vztahujících se k procesu deinstitucionalizace. Tyto hodnoty pomáhají dát směr práci odborníků a pomáhají také při rozhodování, jaké volby činit v každodenní praxi. Ve stejné kapitole jsme zmínili, že hlavní principy, na nichž je založeno každodenní chování profesionálů v Terstu, byly vytvořeny během procesu deinstitucionalizace v sedmdesátých letech. Tento proces, jemuž se často říká „revoluce“, slouží jako společný referenční bod.

V praxi dává tento systém poskytovatelům zdravotní péče jednotlivě i v celých týmech jasná vodítka, co dělat, a jejich jednání také srozumitelně odůvodňuje. Jasně vyjádřené a opakující se odkazy na „revoluci“ a „Basagliu“ také poskytují rámec pro spolupráci s externími partnery, protože zajišťují jednotu v používání jazyka i v jednání. Všichni si vzájemně rozumějí, vědí, z čeho vycházejí a kam chtějí dojít. To lidem dodává motivaci a podporu. Na druhou stranu se ovšem objevuje i interní kritika hlavních principů, jež jsou v Terstu uplatňovány. Zaslýchli jsme zejména kritiku od pacientů, s nimiž jsme hovořili. Někteří například popsali KCDZ jako uzavřené pevnosti, které se opírají o tradici deinstitucionalizace, avšak jen málokteré jsou otevřené inovacím a změnám. Jako příklady uvádějí, že dosud byly podniknuty jen malé kroky při vytváření iniciativ vedoucích ke zotavení a při využívání lidí/expertů s vlastními zkušenostmi s duševní nemocí.

Na dalších stránkách popíšeme, co znamená práce v rámci hlavních principů pro profesionální jednání zaměstnanců center. Potom uvedeme tři příklady z naší terénní práce, jež jasné ukazují, jak je každodenní práce v oblasti péče o duševní zdraví v Terstu propojená s hodnotami, které vznikly v období deinstitucionalizace.

3.3.1 Profesionální chování založené na hodnotách

Interpretace toho, co znamená profesionální chování, může být někdy v rozporu s postoji v holandské praxi, kde pracujeme na základě jiného a méně explicitního hodnotového rámce. Toto napětí je obzvláště patrné, pokud jde o to, čemu říkáme reflexivní jednání, kreativní jednání a reciprocita.

Reflexe následující po jednání

Jedním z pilířů metodiky používané v KCDZ je každodenní setkání týmu, na němž se diskutuje o aktuálních případech. Konzultace jsou výchozím bodem pro „uznání toho, že vztahy mezi službami, praxí a myšlením fungují v kruhu“ (Mezzina, 2014). Setkání týmu obvykle trvá zhruba hodinu a půl a účastní se ho co nejvíc lidí, kteří jsou ten den v práci. Cílem setkání je přemýšlet jako tým o problémech nebo obtížných dilematech a propojit jednání se základními hodnotami a cíli, z nichž se vychází. Tým jako celek hodnotí, jak správně postupovat v dané situaci, což znamená, že všichni členové týmu sdílejí odpovědnost za přijatá rozhodnutí. Každý člen týmu se tak zapojuje do kolektivního procesu učení, který se na setkáních týmu odehrává. Setkání tým také přispívají k nepřetržitému odbornému rozvoji členů týmu. Během setkání se přemýšlení o vhodném jednání mimo jiné formuje tím, že se aktuální situace dává do souvislosti s předchozími zkušenostmi. Na tomto základě pak tým jako celek zvažuje současnou situaci a přemýšlí, jaké kroky by mohly následovat.

Jinde se tento princip reflexe se zahrnutím základních hodnot nazývá dialogické učení (Paavola a kol., 2004; Veen a kol., 2007). Kunneman (2013) používá termín „normativní profesionalita“, čímž chce vyjádřit, že profesionalita nespočívá jen v jednání podle určitých odborných či metodických zásad, ale je spojená i s morálkou a základními hodnotami. Pracovní metodu KCDZ v Terstu lze tedy chápat jako příležitost uplatňovat toto propojení mezi jednáním a základními hodnotami v praxi. Při každodenních konzultacích, ale i při jednotlivých setkáních s poskytovateli péče je jasné, jak se při rozhodování uplatňuje nepřetržité propojování s hodnotami, jež jsou základem veškeré práce. Je pozoruhodné, že tento hodnotový rámec je nesmírně výrazný a že revoluce z počátku sedmdesátých let stále slouží jako společný referenční bod, který všem ukazuje směr a zajišťuje jednotnost. Historický fakt, že proběhl proces deinstitucionalizace, má nyní symbolický význam, který je ale v současné praxi stále velmi důležitý.

Revoluční změny v KCDZ v Terstu z počátku sedmdesátých let slouží jako společný referenční bod pro současné členy personálu, ukazují jim směr a zajišťují jednotnost. Historický fakt, že proběhl proces deinstitucionalizace, má nyní symbolický význam, který je ale v současné praxi stále velmi důležitý.

Kreativní jednání

Během našich pozorování v KCDZ i za přítomnosti na týmových setkáních jsme viděli, že při podpoře a léčbě klientů se často využívají kreativní řešení, například když klient nemá rodinu, jež by ho podporovala. To znamená, že se nezkoumají jen různé možnosti, které poskytuje KCDZ, ale rovněž se explicitně zvažují možnosti nabízené okolím, například aby někdo nechal klienta bydlet u sebe doma. Pro ilustraci uvádíme několik příkladů.

Případ 3: Návštěvy u klientů doma

V úterý jsme se vydali společně s case manažerem, jehož práci jsme během naší návštěvy v Terstu sledovali, na návštěvu ke klientům domů. První pracovní návštěva spočívala hlavně v dodání léků (pilulky a depotní medikace). Šlo o sérii krátkých návštěv, zhruba 10 až 20 minut dlouhých. Tentokrát si case manažer vyšetřil víc času. Klienti věděli, že přijdeme i my, takže byl vyhrazen i čas na to, abychom si s nimi mohli popovídat.

Nejprve jsme navštívili dva muže ve středním věku, Tonyho a Alexe, kteří poslední dva roky bydleli ve společném bytě v bytovém domě. Přivítali nás v kuchyni. Jeden z mužů uvařil kávu. Domácnost byla stroze zařízená, ale čistá a udržovaná. To bylo především zásluhou Cathariny, uklízečky, která k nim chodila každý den. Vařila, uklízela, některé věci usměrňovala a zajišťovala rovnováhu. Oba muži ji měli velmi rádi.

Tonymu je 54 let, Alexovi 46. Oba muži měli v minulosti velké problémy a kvůli závažnému duševnímu onemocnění vedli naprosto hrozný život. Podle našeho názoru jde do značné míry o chronické onemocnění. Tony se nejprve docela dlouho opíral o pomoc svého bratra, ten však zemřel a Tonymu se úplně rozložil život. Potom se zkontaktoval s komunitním centrem Barcola. Alex se mnoho let toulal po Evropě. Občas někde pracoval, ale někdy také kvůli psychóze trávil dlouhá období na nějaké klinice. Nyní je stabilizovaný, ale musí brát léky. Alex chodí sem a tam po bytě. Připravuje kávu, krátce se zapojuje do konverzace a pak zase odejde. Ptal jsem se, jestli pracuje nebo je schopný pracovat. Alex pracoval šest měsíců, ale už nechce, nemá na to dost energie.

Oba muži spolu dobře vycházejí a žijí poklidně. Dívají se na televizi, ale jinak toho moc nedělají. Téměř denně docházejí do Barcoly. Alex dokonce jezdí sám autobusem. V centru si vyzvedává léky. Tonyho tam vozí Catharina. Tony v centru také často jí a zůstává celé odpoledne a sedí uvnitř, nebo venku na zahradě s přáteli. Tony hodně kouří. Catharina mu cigarety dává na příděl, protože jinak by mu za pár hodin došly (má k dispozici krabičku denně). Ani jeden z mužů není schopen žít úplně samostatně. Bydlení v malé rezidenční skupině oběma vyhovuje.

Case manažer říká, že Catharina je neocenitelná. Aktuální rovnovážný stav je do velké míry její zásluhou. Catharina je téměř denně v kontaktu s centrem (často tam vozí Tonyho). V tomto smyslu jde o nízkoprahový kontakt: problémy se vždy rychle odhalí a prodiskutují.

Poté jsme navštívili tři ženy, jež žijí společně. Také ony bydlí v bytě v bytovém domě. Byt je dobrý a nachází se v klidné čtvrti. Jde o matku s dcerou, které pocházejí z Moldávie. Dcera (mladá žena ve věku zhruba dvaceti let) trpí psychózou a je klientkou centra Barcola. Její matka pracuje a v době naší návštěvy nebyla doma. Matka s dcerou bydlí zdarma u starší ženy, která má vážné fyzické obtíže. Špatně chodí a je astmatička. Kromě toho, jak se domnívám, je tato žena trochu mentálně postižená a má i psychické problémy. Byt patří právě jí. Byl jsem přítomen i při první návštěvě u ní. Žena během ní dostala depotní medikaci. Case manažer mi řekl, že tam třikrát týdně chodí někdo ze sociálních služeb a bere ženu ven. Žena chodí také na fyzioterapii.

Tato forma společného bydlení je v Terstu obvyklá. Připomíná ale také systém, v němž se starým člověkem doma bydlí nějaký pečovatel, což je v Itálii běžné řešení pomoci starým lidem. Matka s dcerou mají bydlení zadarmo (mají společnou ložnici), ale na oplátku se o starou paní starají. Velká část péče spočívá na bedrech mladé dívky, která to vše dělá a nestěžuje si. Stará paní, celkem dominantní žena, je dost panovačná, ale matka stanovuje jisté hranice. Jde tu o ekonomickou výměnu služeb. Ženy spolu například společně nejedí. Staré paní odpoledne přiváží pečovatelská služba teplé jídlo, ale Moldavanky si vaří samy. Matka a dce-

ra ovšem často jedí každá zvlášť kvůli neobvyklé pracovní době matky. V současné době je duševní zdraví dcery celkem uspokojivé. Byla s matkou na dovolené v Moldávii, tam to však neprobíhalo dobře, a tak se vrátily do Terstu. Dívka má špatné vzpomínky na dobu, kdy byla v Modlávii v psychiatrické léčebně. Není možné s ní hovořit příliš dlouho, nicméně říká, že z Barcoly dostává hodně podpory. Je tam zapojená do programu pro lidi s počínající psychózou. Několikrát týdně se může zúčastnit diskusní skupiny pro mladé lidi. Tato skupina má supervizory z Barcoly. Členové skupiny si často společně vaří (jako součást večerního programu). Dívka je za tuto nabídku vděčná. Je to pro ni rozptýlení a může na chvíli odejít z domu. Také se naučila pracovat se svými hlasy, které jsou velice negativní. Dívka využívá pracovní grant a pracuje v obchodě sociálního družstva. Navíc chodí na kurz péče o staré lidi a naučila se, že není dobré brát si na sebe veškerou práci. Později jsme tento případ probírali s case manažerem. Přestože je dobré, že tyto dvě ženy z Moldávie mohou bydlet se starou paní, není vzájemná závislost pozitivní ve všech ohledech, zejména pro dceru, která by měla bydlet spíše se svými vrstevníky. Ptal jsem se na to case manažera. Souhlasil se mnou, ovšem neviděl žádné okamžité řešení. Zajímalo mě, proč dívka nesplňuje podmínky, aby mohla bydlet v přechodném bydlení. Odpověď zněla, že chybějí finanční prostředky.

Ze zprávy z druhé návštěvy

V popsanych případech jsme viděli, že je možné jednat kreativně. Taková neobvyklá řešení samozřejmě musí být dobře promyšlená, jelikož by snadno mohla vést ke zneužití zranitelných lidí. Komunitní centrum duševního zdraví situaci podrobně sleduje a ví o všem, co se děje, avšak zdá se, že nemá žádná opravdová kritéria, podle nichž by se určovalo, zda lidé, kteří se vzájemně neznají, spolu mohou bydlet. Vždy je to jen o setkání a dohodě mezi lidmi, které je potom třeba sledovat. Významnou hybnou silou je zde reciprocita. Viděli jsme také, že další organizace, jež pracují se službami v oblasti duševního zdraví, byly přiměřeně ochotné hledat kreativní řešení vycházející ze společného hodnotového rámce. Jedním z příkladů je spolupráce s policií.

Spolupráce s policií

Naše kontaktní osoba s námi hovořila sama za sebe. Mluvili jsme s člověkem od policie v jednom z okresů. Zdálo se, že je dobře informovaný o myšlenkách propagovaných Basagliou. Policie souhlasí s tím, že je dobré vyhýbat se hospitalizaci, pokud to není nevyhnutelně nutné. Náš kontakt nám řekl, že byť mezi KCDZ a policií neexistuje žádná formální spolupráce, neformálně funguje obvykle docela hladce. Zároveň však náš informátor zdůrazňuje, že pro policii je to kompromis a že to vyžaduje ochotu jednat v souladu s Basagliovými myšlenkami. Do jaké míry jsou to policisté ochotni dělat, to se liší člověk od člověka.

„Jako od policisty se od vás očekává, že budete jednat z pozice ‚autority‘, a nikoli jako sociální pracovník. Mezi tím může být ohromný rozdíl. Když narazíte na někoho, kdo se na ulici prochází bez kalhot, můžete ho nechat předvolat k soudu, ale můžete ho také dovést do komunitního centra. Pokud takového člověka už na policii i v komunitním centru znají, je lepší nejprve kontaktovat centrum. Pokud tam ale takový člověk nechce jít nebo pokud není klientem centra, je situace obtížnější. A všichni kolegové na policii rozhodně nevědí, jak to chodí a jak využít neformální struktury (a možnosti mimo rámec zákona).“

Převážně však panuje názor, že se policie snaží mezery v zákoně nějak využít. Snaží se zabránit tomu, aby museli lidi předvést před soud. Policie má koneckonců hrát také preventivní roli. Náš informátor ovšem znovu zdůraznil, že jako policista musí jednat velice opatrně, aby to nemohlo být zneužito proti němu.

Ze zprávy z druhé pracovní návštěvy

Aby bylo možné přicházet s kreativními řešeními, jež by vyhovovala konkrétní situaci, je nezbytně nutné, aby k tomu měli poskytovatelé zdravotní péče dostatečný manévrovací prostor. To lze například zřetelně vidět na tom, jakým způsobem se vypořádávají s krizovými situacemi. Řešit krizi, aniž by se uchýlili (nebo vůbec mohli uchýlit) k využití „zavřených dveří“ či izolace, to vyžaduje spoustu času a energie. Ve složitých případech využívají takzvané „asertivní vyjednávání“ (Mezzina, 2014). V praxi to znamená, že se psychiatr intenzivně věnuje řekněme pět nebo šest hodin

„odvrácení“ krize. Zodpovědnou osobou je v takových případech psychiatr a celou situaci může „předat“ sestrám pouze tehdy, je-li stabilizovaná a bezpečná pro klienta (a ostatní). Úkoly v KCDZ tedy musí být rozděleny tak flexibilně, aby něco takového bylo vůbec možné.

V Terstu se úmyslně rozhodli nejednat na základě metodologických postupů. Jeden člen personálu nám vysvětlil, že tam dlouhou dobu panoval odpor vůči psaní léčebných plánů, protože by to mohlo způsobit, že léčba bude statická. Ideálem bylo — a stále je — všechno prodiskutovat v týmu a společně přemýšlet o tom, co už se udělalo a jaký by mohl být další krok.

Večer jsme znovu navštívili Barcolu. V centru byl klid, přes noc zůstávali čtyři lidé. Hovořili jsme se zdravotníkem na pozici sestry a mluvili jsme o užívání léků — co dělá, když někdo medikaci odmítne? Odpověděl takto: „Jak moc je nutné, aby si daný člověk vzal lék HNED? Co třeba později? Přijdu tedy za hodinu. Nevyhledáváme konfrontace, pokud to není třeba; pevně dané postupy pro nás nejsou určujícím faktorem.“ Pokud by však došlo ke konfrontaci a situace se vymkla z rukou, zdravotníci mohou v extrémních případech přivolat policii. Dotazovaný zdůraznil, že je velice důležité budovat dobré vztahy s klienty a znát dobře jejich příběhy. V mnoha případech se tak dá předejít tomu, že se situace vymkne z rukou.

Zpráva z druhé návštěvy

Reciprocita

Z výše uvedeného popisu soužití matky a dcery se starší ženou i z jiných příkladů je zřejmé, že velice důležitou roli hraje reciprocita. Reciprocita je princip, jenž byl detailně popsán v kulturní antropologii jako prostředek výměny, který má vytvářet a udržovat vztahy (Maus, 1924; Keesing, 1998). Princip „quid pro quo“ vytváří vztah, vzájemnou závislost, ale v tomto případě také relaci, v níž obě strany hrají aktivní roli. Pokud je aktivní dárce a pasivní příjemce, vzniká nerovnoměrný (mocenský) vztah, v němž má moc dárce. Pokud se tento princip převede na vztahy s poskytovateli zdravotní péče, znamená to, že poskytování jednostranné péče vede ke vzniku určité míry nevyváženosti sil. Právě vytváření situací, kdy někdo

může poskytovat také „výměnné služby“ ve formě zaměstnání, ubytování, podpory nebo něčeho jiného (jako v uvedených příkladech v Terstu), přispívá k vytváření rovnocennějších vztahů a může vést ke zplnomocnění a zotavení.

V souladu s tímto směrem uvažování by se dalo také tvrdit, že více reciprocity ve vztazích by také mohlo znamenat, že se profesionální odstup vymění za osobnější vztah (viz Ootes, 2012). Tato idea je ve shodě s přístupem „přítomnosti“ a s teoriemi zabývajícími se péčí zaměřenou na zotavení. Princip reciprocity byl znát i při práci na programech v mikrooblastech.

Během naší návštěvy v jedné z mikrooblastí sociální pracovník zdůraznil, jak velký význam má, když se, jak říká, „dají potřeby dohromady“. Hovořil o jedné ženě, která měla velice nízké příspěvky od zaměstnavatele, nedokázala s nimi vyjít a požádala o pomoc. On jí zařídil jídlo navíc ze supermarketu (vrácené potraviny), ale zeptal se jí, jestli by za to nechtěla něco udělat i ona. Tato žena nyní pomáhá čtyři hodiny denně jedné staré paní, která trpí demencí, ale peníze má, a dostává za to 200 €. Sociální pracovník se také snaží dávat dohromady potřeby jednotlivých místních obyvatel. Zdůraznil nám, že když není k dispozici moc peněz, musí být člověk při vymýšlení řešení kreativní. On osobně vždy lidi žádá, aby za poskytnutou pomoc nabídli na oplátku něco i oni.

Zpráva z druhé pracovní návštěvy

3.3.2 Jednání na základě hodnot

Zde jsou dva příklady z Terstu, které jasně demonstují, jak funguje jednání na základě hodnot v praxi.

Práce s hodnotami, příklad 1: Diskutování o případech

Abychom co nejlépe pochopili, jak to funguje v Terstu a jak řešit dilemata v poskytování zdravotní péče — například intervence versus respektování autonomie, rozhodli jsme se při druhé návštěvě prezentovat dvěma zdravotním sestrám a psychiatrovi řadu kazuistik z Holandska. V každém z případů jsme formulovali dilema a požádali jsme terstské kolegy, aby se nad případy zamysleli, abychom je pak mohli při naší návštěvě prodiskutovat. Níže naleznete popis konverzace na toto téma s case manažerem

a sestrou z centra Maddalena. Je z ní patrné, že i oni se musí vypořádávat s dilematy, ale také to, jak jim hodnotový rámec slouží jako referenční bod pro veškeré jednání.

Případ 4: Muž, 27 let (Mark)

Mark bydlí sám, nemá práci, nemá žádné sociální sítě, žádný příjem. Rodiče mu dávají peníze, ale on se už nějakou dobu vyhýbá i kontaktu s rodiči. Matka mu peníze strká každý týden pod dveře. Matka řekla o tom, co se děje, jejich praktickému lékaři, a ten navrhl asertivní komunitní péči (ACT). Mark ovšem tým ACTu nepustil domů, a tak kontaktovali rodiče, aby o něm získali informace. Na jejich základě si udělali o Markovi obrázek jako o psychotické osobě. Rodiče, místní policie i tým ACTu se všemožně snažili s Markem zkontaktovat, ale marně. Nakonec požádali o soudní příkaz a dveře otevřeli násilím. Mark byl doma, byl úzkostný, ale nekladal žádný odpor a nechal se hospitalizovat. Vzal si léky na uklidnění. Medikace zabrala, ale Mark po nějaké době nemocnici opustil. Když byl doma, zpočátku byl ochotný udržovat kontakty, později však už ne. Hrozilo, že se bude opakovat předchozí situace: jakmile se Mark stabilizuje, přestane brát léky a vrátí se zase tam, kde byl.

Dilema: Jak tento vzorec rozbít? Jak předejít osamělosti a zanedbání?

Z počáteční reakce se zdá, že kazuistika není pro naše partnery úplně jasná, protože mají dojem, že za Markem domů nikdy nikdo nechodí. Termín ACT je pro nás dostatečně výmluvný, pro ně však nikoli.

První reakce obou sester je pro nás zvláštní: „Tohle je velice medicínský popis.“ Potom následuje: „V takových případech si vždycky klademe otázku: Co by taková osoba byla schopná dělat a co by chtěla dělat? Soustředíme se na to, abychom člověku nabídli nějaký smysl a zkontaktovali se s ním.“ Domnívají se, že Mark odešel z kliniky, protože chtěl víc nebo něco jiného. „Jako poskytovatelé zdravotní péče na to můžete reagovat. Zaměřte se na zaměstnání, bydlení a volnočasové aktivity.“

Jak to dělají v praxi?

„Mohli jste se ho zeptat: ‚Máme jít k vám domů společně s vámi? Co děláte ve volném čase?‘ Nebo jste s ním mohli jít do kina.“

Použili zde metaforu cesty. Cíl si zvolí klient, ale vy jako poskytovatel zdravotní péče můžete cestu zorganizovat. „Samozřejmě se může stát, že začne být znovu psychotický, ale to není o tom, není to vždycky tak špatné. Záleží na tom, aby si klient uvědomil, co způsobí krize v jeho životě a jak se s tím může vypořádat.“

Zeptal jsem se, zda bude mít klient náhled na své onemocnění, ale opraví mě:

„Nejde o nemoc nebo o poruchu ve fungování. Možná bude důležitá jistá psychoedukace, aby získal náhled na rizikové faktory. Musíte také jasně vysvětlit význam sociálních kontaktů a podporovat ho v jejich udržování.“ Zdůrazňují, že z jejich pohledu jsou kontinuita léčby a kontinuita navrácení do běžného života propojené: „Od chvíle, kdy je někdo hospitalizován nebo začne pobývat jako ‚host‘ v krizovém centru, si musíte získávat jeho důvěru malými kroky — nechat někoho dohlédnout, jestli se umí dobře osprchovat, společně uklidit u něj doma atd. Když vás člověk zná a důvěřuje vám, můžete podnikat další kroky. Dát dohromady komplexní projekt (tím zde myslí individuální case management) je vždy výsledkem mnoha malých věcí.“

Následuje dotaz: Uznávají, že někteří lidé se ocitají v bludném kruhu, kde se střídají příjmy/hospitalizace a relapsy? V Holandsku to má často za následek dilema: musí poskytovatelé zdravotní péče v takovém případě zasáhnout, a pokud ano, jak? Měli v Terstu podobný případ? Jak se na to dívají?

Uvádějí příklad muže, který je bezdomovec. Vlastně domov má, ale nevyužívá ho jako obydlí, spíš jako místo, kam může utéct: všude jsou výkaly, dokonce si podpálil matraci apod. V podstatě žije na ulici. Pomáhají mu doma uklidit, ale muž má i kognitivní potíže. Má problémy s pamětí, je netečný a často krade, vždycky se vrátí na ulici a dostane se do kontaktu s policií. Když se dostane před soud, povolají jako svědky lidi z centra. Ptají se jich, jestli by

tento člověk měl jít do vězení, nebo jestli by měl dostat alternativní trest (například práci v družstvu). Zpočátku volili alternativní tresty, ale nyní už ne, protože zjistili, že muž si vede mnohem lépe ve vězení. Tam dodržuje čistotu a funguje velice dobře. Dilema je zde jasné: Je svoboda ve všech případech opodstatněnou hodnotou?

Podotkl jsem, že tento případ by mohl být argumentem pro to, aby se s určitou skupinou lidí pracovalo za zavřenými dveřmi — co si o tom myslíš?

Sestry mi odpověděly, že takové názory se ozvaly i v Terstu. Uznávají, že ideje občas zacházejí příliš daleko. Tento případ však nevidí jako argument pro práci za zavřenými dveřmi a rozhodně ne pro uvěznění, ale postupně se trochu vzdávají turzení, že každému je lépe, když žije samostatně. Proto stále víc přemýšlejí o možnosti skupinového bydlení, k čemuž je inspirovala návštěva v Holandsku. Domnívají se, že ve skupinovém bydlení se například dá předcházet osamělosti, protože ta je velikým problémem. Potom je větší šance na dosažení jisté rovnováhy v životě.

Ze zprávy z druhé pracovní návštěvy

Práce s hodnotami, příklad 2: Psychoterapie

Když budeme věnovat pozornost roli, jakou hrají při rozhodování v praxi hodnoty, snáze také pochopíme, proč se v Terstu jen málo využívají pevně dané, neměnné intervence. Osobní přístup založený na basagliovské tradici, který vždy odpovídá životnímu příběhu konkrétního člověka a je propojený se základními hodnotami, je diametrálně odlišný od jednání podle přesně daných postupů a metod. Příkladem může být přístup k psychoterapii. V minulosti měla psychoterapie v Terstu špatnou pověst. V prvních diskusích nám výslovně řekli, že se nedělají žádná individuální terapie ani žádné motivační rozhovory či kognitivně behaviorální terapie. To nás překvapilo a zajímali jsme se, zda to nemůže vést k nedostatečné léčbě (určitých skupin) klientů, pokud je podpora zaměřená výhradně na medikaci, skupinovou terapii a sociální integraci. Během naší druhé návštěvy však vyšlo najevo, že ve skutečnosti se používají komunikační techniky a KBT a že mnozí psychiatři i členové personálu mají v těchto

oblastech výcvik. V praxi se to však v Terstu nenabízí jako samostatná intervence, ale jako jeden z postupů, který je začleněný do osobního „projektu“ pro každého klienta. Z rozhovoru s psychiatrem a psychologem se ukázalo, že samozřejmě specializované techniky používají.

Psychoterapie

„Dnes téměř všichni psychiatři studovali kromě tradiční psychiatrie i psychoterapii. Psychoterapie v Terstu měla dlouho špatnou pozici, protože byla spojována s individualizací problémů. Bylo na ni pohlíženo jako na metodu, jež není vhodná pro holistický přístup, ale to se začíná měnit. Nyní je vnímáno jako přednost, když ji máte dobře zvládnutou. Basaglia sám byl psychoterapeut, ale zastával názor, že tuto roli musíte plnit co nejméně „technicky“, že nemáte nabízet někomu „balíček psychoterapie“ v přesně určenou dobu každý týden. Psychoterapie však rozhodně je jednou z věcí, jež se v Terstu nabízejí — prostřednictvím individuálních kontaktů a ve skupinách pro mladé lidi a ženy. Pracují víc ve skupinách než individuálně, což mimo jiné souvisí s financemi. Skupiny, jež zde fungují, jsou sestavené tak, aby byly vždy nějak propojené se společností — například tak, že se pozve někdo zvenčí.“

Ze zprávy o rozhovoru s psychiatrem během druhé návštěvy

Dřívější výrazné odmítání jakéhokoli druhu individuální terapie je možná patrné z rétoriky jakéhosi „ideologického brnění“, pomocí níž mnozí členové personálu čelí okolnímu světu (viz také Van Weeghel, 1998). Otázky na používání „metodologie“ jsou zodpovídaný záporně, přestože se ve skutečnosti metodologie používá. Platí ovšem premisa, že se člověk nesmí přizpůsobovat sérii nabízených intervencí, ale naopak: systém se musí přizpůsobit životnímu příběhu a potřebám klienta. Z podobných důvodů skončilo i mnoho našich otázek týkajících se cílových skupin a břemenu péče ve slepé uličce, protože ve shodě se základními hodnotami uznávanými v Terstu tam nepřemýšlejí o klinickém obrazu, nýbrž o propojení s potřebami klienta. Striktně se tu drží přesvědčení, že zvolený jazyk může vytvářet realitu a že může některé lidi sám o sobě vyloučit — a právě proto byl občas dialog o tom, co je to „dobrá péče“, značně obtížný. Po pracovní návštěvě v Holandsku byla diskuze už mnohem snazší: došlo ke

vzájemnému porozumění a vytvořil se prostor pro diskusi o poskytování péče a o tom, co to tedy „dobrá péče“ je.

Jednání na základě hodnot: Význam pro Holandsko

Ve zprávě Over de Brug (2014) a ve zprávě Trend Report o péči o duševní zdraví a osobním a sociálním zotavení (Van Hoof a kol., 2014) je vyjádřena naléhavá žádost, aby byla vytvořena škála podpory na základě sdílené vize o tom, co je to dobrá léčba, podpory, jejímž základem musí být to, že lidé s vážnými problémy s duševním zdravím budou využívat pro zotavení a naplnění práva na občanství svůj vlastní potenciál. Jak se taková vize potom převede do každodenní praxe a najde své místo v naší každodenní práci, to je těžké předvídat. Praxe v Terstu nám ukazuje, jak lze při organizaci péče propojit základní hodnoty s každodenní prací, a také to, že díky procesu neustálé reflexe je možné osobní vztah mezi poradcem a klientem přesáhnout. Každodenní konzultace přispívají k nepřetržitému a systematicky integrovanému profesionálnímu rozvoji prostřednictvím reflexe svého vlastního přemýšlení a jednání. Právě díky uplatňování principu kreativity, reciprocit a reflexe vlastního jednání jednotlivých členů týmu i týmu jako celku mohou být ideály týkající se poskytování péče převedeny do praxe a používány i do budoucna. Důležitou podmínkou je vytvořit manévrovací prostor pro poskytovatele zdravotní péče, aby mohli dát osobnímu přístupu nějaký obsah. To vyžaduje otevřenou organizaci, v níž může profesionál vstoupit s klientem do rovnocenného vztahu.

Mimochodem, některé prvky praktické realizace těchto principů v Terstu by se jistě daly kritizovat, například způsob, jakým některá alternativní řešení bydlení dostávají konečnou podobu. Bylo by také dobré překročit dichotomii vytvořenou mezi „odbornými a metodologickými postupy“ a „osobním přístupem“, s níž jsme se často při svých rozhovorech se členy personálu setkali, a to tak, aby se od sebe oba přístupy vzájemně mohly učit. I v Holandsku jsme zaznamenali, že existuje dichotomie mezi více medicínským přístupem k duševní nemoci na jedné straně a na zotavení orientovanými intervencemi na straně druhé (Van Hoof a kol., 2014). A právě překonat tuto dichotomii je považováno za jednu z největších výzev, aby mohlo být dosaženo péče zaměřené skutečně na zotavení: „Výzvou je (...), aby ‚medicínsko-psychiatrické znalosti‘ a ‚znalosti o léčbě‘

dostaly v podpoře rehabilitačních procesů méně významnou a spíše podpůrnou a podřízenější roli.“ (Van Hoof a kol., 2014).

Přestože historický kontext z Terstu nelze přesunout do Holandska, může způsob, jakým tam dokáží propojit praxi a základní hodnoty, sloužit v holandské situaci jako inspirace.

3.4 Autonomie a dobrá péče

Jednání není z hlediska hodnot nikdy neutrální: Stejně jako v Terstu pracují na základě hlavních principů, jsou i procesy ambulantní péče v Holandsku založeny na zásadních hodnotách. Bauduin (2001) uvádí, že ve zdravotní péči je směrodatná řada etických principů: nikomu neškodit, být prospěšný, mít respekt k autonomii a spravedlnosti. Tyto principy hrají ve formování komunitní podpory důležitou roli. V praxi se zejména respektování autonomie na jedné straně a „konání dobra“ na straně druhé vzájemně často neslučují (Goldsteen in Bauduin). Toto napětí bylo vidět i v terstské praxi. Princip „konání dobra“ v týmech KCDZ v Terstu je spojen se snahou o kontinuitu péče a s holistickým přístupem, v němž poskytovatelé zdravotní péče zohledňují všechny oblasti života klienta. V praxi to znamená, že KCDZ dlouhodobě „vstupuje“ do mnoha oblastí života klientů. To má jistě výhody a často je to nutné, ale může to zároveň nepříznivě ovlivňovat autonomii klientů. Níže uvádíme některé příklady.

Kontinuita péče a autonomie

Snaha o dodržení kontinuity péče v Terstu má pravidelně za následek to, že některé osoby zůstávají v péči KCDZ po zbytek života, i když s ním mohou být jen v kontaktu, který není příliš intenzivní. Lidé ve stabilizovaném stavu se například obecně neposílají zpět do péče praktického lékaře, i když je nemoc v remisi. KCDZ poskytuje ochranné prostředí, možná téměř něco jako útočiště, což může někdy lidem bránit v tom, aby se podíleli na společenském životě a opustili stav „bytí klientem“. Nabízenou kontinuitu péče mnozí klienti velice oceňují, ale jedna klientka, s níž jsme hovořili, nám rovněž sdělila, že ji vnímají jako „dusivou“:

Má pocit, že přístup centra je příliš paternalistický, někdy jí tam říkají „maličká“ a „srdíčko“, ale jí se to nelíbí, není přece dítě! Nechce

se přátelit s lidmi, kteří jí pomáhají, líbil by se jí profesionálnější přístup, v němž by bylo jasné, kdo má jakou roli. Příjem, pak domů a konec.

Z rozhovoru s klientkou při druhé návštěvě

Cílem týmů je jednoznačně prosazovat sociální začlenění, ale podle některých členů personálu se přesto dostatečně nepodařilo překročit hranice organizace a jejich nejbližších partnerů. To se týká například práce, kde se zatím příliš často nevyužívá podporované zaměstnání:

Členka personálu také zdůraznila, jak je důležité vytvářet kromě zaměstnání v družstvech běžná pracovní místa, protože na nich dochází k mnohem opravdovější participaci a inkluzi. Podle ní jsou sociální družstva v jistém ohledu také chráněným světem. Ona sama nyní věnuje hodně energie tomu, aby se jí podařilo vytvořit řádná pracovní místa, a to tak, že osobně chodí za zaměstnavateli. V týmu však vždy nemá podporu. Místo v sociálním družstvu má tu výhodu, že nabízí velké bezpečí a o lidi je tam často dobře postaráno. Proto je mnozí kolegové preferují.

Z rozhovoru se členkou personálu při první návštěvě

Snaha o zajištění dobré péče je v praxi někdy v rozporu s ideálem autonomního občanství, který předpokládá, že lidé s psychiatrickými problémy by měli také do co nejvyšší možné míry fungovat samostatně. To, kde leží hranice mezi dočasným přebíráním rozhodování za klienta a respektováním autonomie klienta, je jak v holandském zdravotním sektoru, tak v Terstu někdy obrovské dilema. My jsme zaznamenali, že v Terstu někdy snaha o zajištění „správné a kontinuální péče“ převažuje nad respektováním autonomie a že organizace je méně připravená na to, aby nechala klienty odejít, když už se jim vede lépe. Na druhé straně se tam zejména prostřednictvím osobních rozpočtů snaží napomáhat procesu zotavení významným způsobem, tedy tak, že hledají cestu ven z pasivní a závislé pozice recipienta a snaží se učinit krok vpřed k aktivnější roli. Obtížně dosažitelná rovnováha mezi dlouhodobou podporou a zplnomocňujícím „propuštěním“ klienta na cestě k jeho emancipaci je podle Mezziny jedním z dilemat terstského systému. Ve studii o péči v období krize (Mezzina, 2005) se potvrdilo, že trvání vztahů s centrem je hojně rozšířené.

Zapojení klienta

V Terstu se stále více pracuje s osobním plánováním. Klienti jsou zapojeni do rozhodování a je možná otevřená diskuse o plánech, ale nepracuje se tam s metodami, jako je společné rozhodování o léčbě, při němž se počítá i s hlasem klienta. Je nicméně v plánu klást na to do budoucna větší důraz a na toto téma se rovněž provádí výzkum. Několik lidí, s nimiž jsme hovořili, nám naznačilo, že zplnomocnění a osobní zotavení v současném systému zatím nejsou hlavní cíle.

„Úkolem poskytovatele zdravotní péče je především to, že musí vědět, jak klienta zplnomocnit.“ Jeden sociální pracovník nám řekl, že lidé v Itálii jsou zvyklí na stát poskytující sociální zabezpečení, kde byl klient vždy závislý na poskytovateli zdravotní péče. Přístup poskytovatelů zdravotní péče by však měl být takovýto: „Pracuji proto, abyste vy získal/a svobodu.“ To je změna, jíž je třeba dosáhnout i mezi klienty, a to si všichni ne vždy uvědomují. V týmech KCDZ by měla být patrná větší snaha o posílení pozice klientů.

Z rozhovoru se členy asociace při druhé návštěvě

„Co by se mohlo zlepšit v praxi v Terstu? Myslím, že podpora v oblasti zplnomocnění by mohla být mnohem lepší, to je naše současná slabina.“

Z rozhovoru s bývalým administrátorem při druhé návštěvě

„Služby v Terstu nejsou moc zaměřené na zplnomocnění klientů.“

Z rozhovoru se sociálním pracovníkem při druhé návštěvě

Přestože se na zplnomocnění klientů hodně pracuje, zdá se rovněž nutné investovat více do jejich zapojení; to nám sdělilo několik respondentů. V oblasti zotavení a využívání znalostí lidí s vlastní zkušeností je ještě hodně co dohánět. První iniciativy nicméně už odstartovaly. O zotavení se pořádají přednášky a v KCDZ se uvažuje o využívání lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Ve snaze o to, aby se věnovala větší pozornost péči orientované na zotavení, hraje v Holandsku důležitou roli klientské hnutí. V Terstu jsou organizace, v nichž se sdružili sami klienti (asociace) úzce napojené na

oblastní týmy pečující o duševní zdraví. Asociace se považují za součást systému a mají společnou historii. To posiluje integraci zájmů klientů do systému, ale má to i nevýhody: méně prostoru (a možná i menší potřeba), aby si klienti vytvořili vlastní hnutí a hovořili sami za sebe. Vlastně toho v Terstu bylo méně, proti čemu by klienti chtěli něco namítat. V Holandsku je například vidět, že agitování proti násilí a nátlaku bylo pro klientské hnutí stmelujícím faktorem. Lze na to pohlížet jako na dialektiku vývoje. Prezident sdružení mladých klientů se o tom v rozhovoru zmínil jako o možném skrytém nebezpečí. Řekl nám, že spojení klientských a rodinných organizací se systémem KCDZ někdy proces zplnomocňování ztěžuje. Domnívá se, že důležitou roli může hrát silnější klientské hnutí, které by mohlo působit proti procesu reinstitucionalizace. Aby toho mohlo být dosaženo, je podle něj vlastně zapotřebí nová „revoluce“ — revoluce bojující za zplnomocnění.

Autonomie a dobrá péče: Význam pro Holandsko

Při vytváření procesu ambulantní péče hrají v tom, co je dobré pro klienta, roli různá morální přesvědčení. V rámci této etiky péče proti sobě občas stojí hlavně principy dobré péče a respektování autonomie. Holistický přístup v Terstu a princip kontinuity péče zajišťují, že systém KCDZ má „dlouhé ruce“; dlouhé proto, že se dotýká všech oblastí života klientů, a rovněž z časového hlediska trvá dlouho. Členové terstského personálu naznačují, že by bylo dobré zaměřit se na zplnomocňování klientů, aniž by se přitom ztratily pozitivní aspekty péče a holistický přístup.

Dilema mezi intervencí a „necháním jít“ je hlavním dilematem i v péči o duševní zdraví v Holandsku. Vždy vyvstane otázka, jak zodpovědně realizovat „ideál“ autonomního občanství a kdy zase použít nezbytnou intervenci. Vyžaduje to uzpůsobení na míru napříč celým spektrem od self-managementu po asertivní aktivní práci v terénu. Organizace bude muset být uspořádána tak, aby poskytovala péči zaměřenou na zotavení, která zohlední všechny možnosti lidí, ale i všechna jejich omezení. S tím mohou být v rozporu pevné léčebné programy. V Holandsku někteří lidé kritizují systém DTC (Diagnostic-Treatment-Combination), který by mohl stát v cestě péči zaměřené na zotavení (viz Van Hoof a kol., 2014). Některé aspekty terstského systému mohou být na druhou stranu až příliš zaměřené na dlouhodobé vedení a podporu ve všech oblastech života.

Zde je možná zajímavý „rámec podpory“, s nímž přišel Trainor (Bauduin, 2001). Při reorganizaci (ambulantní) péče zdůrazňuje, že je důležité nezačínat od péče o duševní zdraví samotné, protože existuje tendence, že péče o duševní zdraví zastíní ostatní formy sociální podpory, jako jsou obecné služby, peer podpora, rodinná podpora a svépomoc, a klienti tudíž budou čím dál víc izolovaní od lidí a sítí, které jim poskytují přirozenou podporu. Při vymýšlení alternativ klinické péče vytvářením ambulantních variant je také třeba být připraveni na budování nových institucí, jež v různých oblastech převzou záležitosti klientů, i když to bude jiným, více na zotavení orientovaným způsobem. Naopak je důležité organizovat péči ve flexibilních sítích, jež budou brát ohledy na požadavky a možnosti klientů.

KAPITOLA 4

ZÁVĚREČNÉ POZNÁMKY

V této zprávě jsme při popisu našeho studijního pobytu v Terstu použili metaforu cesty. Výchozím bodem je současná situace v ambulantní péči v Holandsku (Kapitola 1) a to, co jí předcházelo. V Kapitole 2 jsme popsali model, který jsme viděli v Terstu, a v Kapitole 3 jsme představili analýzu sebraného materiálu, na jehož základě jsme vytyčili několik hlavních principů, které mohou být důležité pro praxi v oblasti péče o duševní zdraví v Holandsku. Nejvýraznější byly tři postřehy:

- V Terstu je nanejvýš důležité dorážovat při práci lidská práva. Za úkol péče o duševní zdraví je považováno hájit občanská práva klientů a vytvářet prostředí, kde lze v praxi realizovat například právo na smysluplnou práci, vztahy, bydlení apod.
- Každodenní péče o duševní zdraví v Terstu je úzce spjatá s hodnotami a ideály, jež lze zpětně vysledovat až k reformám ze sedmdesátých let. Každodenní praxe se prostřednictvím neustálé reflexe propojuje se základními hodnotami — například tak, že se důsledně pracuje s „otevřenými dveřmi“.
- Ambulantní péče v Terstu funguje ve velké míře; počet lůžek i délka hospitalizace je mnohem nižší než v Holandsku. Přesné srovnání je kvůli odlišnostem v systému péče obtížné, ale dá se říci, že počet lůžek na příjmu a míst v chráněném bydlení je v Terstu desetkrát nižší než v Holandsku. Existuje také zásadní rozdíl v počtu případů nařízené léčby a délce trvání takových příjmů.

V této kapitole provedeme jakousi inventuru: Jaký význam má analýza terstské praxe v péči o duševní zdraví pro Holandsko? V diskusi o naší studii vyvstala například otázka, v jakém vztahu je praxe v Terstu k diskurzu zotavení, který začíná mít v holandské péči o duševní zdraví velký vliv. V této kapitole nabízíme přehled hlavních závěrů ze studie (4.1) a budeme se zabývat tím, co to konkrétně (4.2) a organizačně (4.3) může znamenat pro současnou péči o duševní zdraví v Holandsku. V závěru vše shrneme a nabídneme doporučení do budoucna.

4.1 Shrnutí a výsledky

Popis týmů KCDZ v Terstu

Studie z Terstu je převážně popisná a je založená na rozhovorech s klienty, členy personálu a dalšími zainteresovanými stranami, na pozorováních a analýze literatury. V analýze jsme objevili čtyři stěžejní motivy, z nichž si můžeme vzít poučení pro péči o duševní zdraví v Holandsku.

- **Od občanských práv k občanství.** V péči o duševní zdraví v Terstu je velice rozvinutý koncept prosazování občanských práv v každodenní praxi — považuje se tam za jeden z úkolů sektoru péče o duševní zdraví, aby mohli lidé tato práva uplatňovat. Zde tedy dochází k propojení mezi občanskými právy (což není totožné s právy pacientů) a občanstvím. Důraz je kladen na posilování schopností jednotlivců i na snahu o více inkluzivní přístup ve společnosti, což se děje prostřednictvím posilování sociálních sítí.
- **Svoboda předeevším jako hlavní princip.** V Terstu si velmi dobře uvědomují důležitost občanských práv, a proto nepracují za zavřenými dveřmi nebo na uzavřených odděleních, nemají tam izolace ani dlouhodobé pobyty na odděleních. To je považováno za přesun moci z pozice dominance a ovládání (kdo má klíče) k přístupu, kdy se podstupuje pozitivní riziko a počítá se s klientovou zodpovědností a schopnostmi (Mezzina, osobní sdělení). Důležité je také stanovisko, že nezbytným předpokladem pro zotavení je obnova sociálních vazeb — a izolace člověka je s tím v rozporu. To jde ruku v ruce s jiným pohledem na to, jaký druh péče člověk v krizi potřebuje. Důraz je kladen na obnovu a udržování kontaktů. V praxi to znamená doslova to, že někdo s klientem v době krize zůstává. Jako preventivní opatření proti nástupu krize je zde intenzivní snaha budovat dobré, dlouhodobé vztahy s klienty a věnovat velkou pozornost jejich osobnímu příběhu a minulosti.
- **Jednání na základě hodnot: Jdeme dál cestou k jinému profesionálnímu chování.** Praxe v KCDZ v Terstu je formována jasně vyjádřenými hodnotami, jež souvisejí s procesem deinstitucionalizace ze sedmdesátých let. Tyto hodnoty také dávají směr práci odborných pracovníků. Tato terstska praxe se dotýká toho, čemu říkáme normativní profesionalita. Rozlišujeme zde tři principy, jež ovlivňují každodenní práci:

- **Reciprocita:** Vytvářením a podporou sítí, v nichž lidé nejsou jen příjemci pomoci, ale kde se využívají i reciproční služby, se vztah mezi poskytovatelem péče a jejím příjemcem mění na rovnocennější sdílení služeb a/nebo zboží. To bylo dobře patrné mezi klienty KCDZ a také v sociálních komunitních týmech, jež jsou aktivní v mikrooblastech. Pokud tento princip převedete do vztahu poskytovatel zdravotní péče – klient, může to být důležitou ingrediencí při realizaci nového způsobu péče, který bude více podporující a zaměřený na zotavení.
 - **Kreativita:** Pokud chcete, aby bylo možné provozovat péči o duševní zdraví bez zavřených dveří a dlouhodobých pobytů, je kreativita nutností. Vyžaduje však značný manévrovací prostor pro poskytovatele zdravotní péče.
 - **Reflexe:** Proces neustálé reflexe vlastního jednání a fungování týmu vytváří cyklus kolektivního učení a dává vzniknout propojení mezi „hodnotami“ a „praxí“. K reflexi dochází na každodenních setkáních, jež pořádá každý tým.
 - **Autonomie a dobrá péče.** Snaha o poskytování dobré péče je někdy v praxi v rozporu s ideálem autonomního občanství, v jehož rámci se předpokládá, že by lidé s psychiatrickými problémy měli v co největší možné míře fungovat samostatně. Toto napětí bylo zřejmé i v Terstu. Princip poskytování dobré péče je v Terstu spojen se snahou o kontinuitu péče a s holistickým přístupem, v jehož rámci poskytovatelé zdravotní péče monitorují všechny oblasti života klienta. V praxi to znamená, že KCDZ hraje roli v mnoha oblastech života klientů po dlouhé časové období. To má jistě své výhody a často je to nezbytné, může to však také nepříznivě ovlivňovat autonomii klientů. Hranice mezi „ujmutím se“ klientů a respektem k autonomii je občas dilematem jak v péči o duševní zdraví v Holandsku, tak v Terstu.
- Opakujícím se tématem u těchto stěžejních motivů jsou hlavní principy, z nichž při práci v Terstu vycházejí a které jsme v Kapitole 2 roztrídili do tří skupin: holistický přístup, ekologický přístup a přístup vycházející z práv pacientů. Tyto principy jsou základem veškerého jednání poskytovatelů zdravotní péče v Terstu. Pokud terstská praxe něco dokazuje, potom to, jak může být takovýto hodnotový rámec (prostřednictvím procesu neustálé reflexe) propojen s každodenní praxí a jednáním personálu. Potom je možné se konzistentně držet principu Svoboda přede vším.

Hlavní čísla

Mají se v takovém systému založeném na hodnotách klienti „lépe“? Během realizace tohoto projektu jsme tuto otázku často dostávali. Odpověď samozřejmě záleží na tom, jak definujeme slovo „lépe“. Poznali jsme, že v Holandsku a Itálii se pod tímto pojmem rozumí různé věci. Dá se prohlásit, že poskytovatelé zdravotní péče z týmů KCDZ v Terstu umí velmi dobře budovat osobní vztahy s velkým množstvím klientů. Zdá se, že právě díky tomu je počet případů nařízené léčby a krizové intervence udržován na minimu. Ale viděli jsme i prostor pro zlepšení situace, například u péče o klienty s duální diagnózou a poskytování specializovanější péče. Jak odhadnout hodnotu a jak různé hodnoty porovnávat? Rozhodli jsme se tuto rovnici povětšinou neřešit a i nadále se v tomto projektu soustředit na hlavní otázku naší studie: Co se můžeme naučit na základě zkušeností z Terstu pro ambulantní péči o pacienty v Holandsku? Zajímavé je dát naše poznatky do kontextu. V Příloze 1 uvádíme seznam hlavních čísel, abyste si mohli udělat představu o tom, jaká je situace v Terstu. Tato čísla porovnáváme s údaji z města Utrecht a s celoholandskými čísly (pokud se nám podařilo je sehnat). Následující data jsou nejzajímavější.

V Terstu je ve srovnání s holandským sektorem péče o duševní zdraví:

- 20 % příjmových lůžek oproti Holandsku,
- 18 % počtu míst v chráněném bydlení oproti Holandsku,
- 40 % počtu příjmů,
- 8 % počtu případů nařízené léčby,
- 23 % rozpočtu (per capita),
- mnohem kratší doba pobytu,
- žádná zařízení pro dlouhodobé pobyty/hospitalizace,
- podobný počet sebevražd,
- jen práce s otevřenými dveřmi (v Holandsku je 25 % příjmové kapacity umístěno na uzavřených odděleních).

Tato čísla jsou zajímavá ve světle úsilí holandské péče o duševní zdraví posunout se více k ambulantní péči. Navíc by mělo být uvedeno, že péče o duševní zdraví poskytovaná v Terstu je méně komplexní než v Holandsku.

4.2 Souvislost s poskytováním zdravotní péče v holandské praxi

Jak tedy propojíme tato pozorování z Terstu se současnou praxí péče o duševní zdraví v Holandsku, kde aktuálně probíhají velké systémové změny, jež nabízejí možnosti, ale zároveň mohou přinést i ohrožení při formování ambulantních alternativ, které už přispívají k rozvoji procesů sociálního zapojení, začlenění a zotavení klientů?

Nejprve je potřeba zdůraznit, že tato otázka není ani tolik o „modelu“, který bychom měli nebo neměli přijmout, ale spíš o tom, jak můžeme využít zkušenosti z terstské tradice k zamyšlení nad našimi vlastními způsoby práce a tam, kde to bude třeba, je změnit nebo vylepšit. Proto je důležité prozkoumat, jak naše poznatky souvisejí s vývojem, k němuž u nás nyní dochází. V této kapitole se tomu věnujeme na dvou úrovních: specificky zaměřené na péči a organizační.

- **Specifické zaměření na péči:** Jaký vztah mají poznatky z Terstu k vývoji kolem péče zaměřené na zotavení v Holandsku?
- **Organizační:** Jak se můžeme poučit ze zkušenosti v Terstu v oblasti organizace péče o duševní zdraví a jaký to má vztah k reorganizaci, jež v současnosti v Holandsku probíhá?

4.2.1 Specifické zaměření na péči: Spojitost s diskurzem zotavení

V holandské zprávě Trend Report 2014 o osobním a sociálním zotavení bylo poukázáno na to, že v oblasti péče o duševní zdraví se plánují velké změny; zdá se, že existuje i společný jmenovatel: rostoucí snaha v péči o duševní zdraví přispívat k osobnímu a sociálnímu zotavení lidí. To znamená zavést takovou podporu a péči o duševní zdraví, které nebudou mít za cíl pouhé zmírnění nemoci, ale budou zacíleny na budování nebo znovuobjevování vlastního směřování člověka, a vytvořit tak zdravotnictví, které dává lidem příležitost znovu získat kontrolu nad vlastním životem, využívá jejich silné stránky a schopnost fungovat ve společnosti podle vlastního přání a touhy (Van Hoof a kol., 2014).

Hojně citovaná definice zotavení od Anthonyho (1993) zní: „Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob, jak žít uspokojivý, optimistický a smysluplný život v rámci možností, jež dovolují přítomné symptomy psychického onemocnění. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“

Podle této definice se zotavení zdá být osobním procesem lidí s duševním onemocněním, kteří přesto — a právě proto — že jsou zranitelní, znovu vezmou do rukou vlastní život. V tomto smyslu klade zotavení důraz na příležitost, smysl a růst, aniž by se při tom popíraly přítomnost různých omezení a vulnerabilita člověka. S tímto pojetím zotavení mnoho institucí, zabývajících se péčí o duševní zdraví, souhlasí. Praktickou podobu dostává prostřednictvím takzvané péče orientované na zotavení, tedy osobní péče, jež proces zotavení usnadňuje a podporuje. Pokud položíme toto pojetí zotavení a nabídku péče zaměřené na zotavení vedle pozorování z Terstu, ze všeho nejvíce si všimneme podobnosti: v Terstu se používá přístup, který lze charakterizovat výrokem „zamýšlíme se i nad potřebami, které jsou za nemocí“. V rámci diskurzu zotavení v Holandsku se hovoří o „jedinečném a osobním procesu zotavení člověka“. Je tu tedy docela velká oblast, kde dochází k překrývání: je to přístup založený na vztazích, v němž není hlavní diagnóza, ale jedinečné okolnosti, potřeby a touhy daného člověka.

Péče a podpora se potom musí vydat takovým směrem, aby byly s tímto osobním přístupem v souladu. Důležitými prvky zde jsou reciprocita, vstupování do osobních vztahů a věnování pozornosti životnímu příběhu klienta — tedy to, co v Terstu popisují jako „komplexní přístup k životu“ (Mezzina, 2014). To obsahuje podobnosti s péčí orientovanou na zotavení, například s tím, čemu Andries Baart (2013) říká péče soustředěná na vztah. Další podobnosti mezi terstskou tradicí a holandským diskurzem zotavení spočívají v důrazu na reciprocitu a v tom, jaký význam se přikládá manévrovacímu prostoru pro poskytovatele zdravotní péče.

Pokud se s odstupem podíváme na hodnotový rámec, který je pro praxi v Terstu rozhodující, uvidíme, že shoda s diskurzem zotavení spočívá hlavně v tom, co jsme již popsali jako holistické hodnoty: zaměření na celou osobu, nikoli jen na nemoc. To znamená věnovat pozornost potřebám člověka z historického i osobního hlediska, brát ohled na jeho životní příběh a zaměřit se na osobní cestu k zotavení. Dá se ale objevit i hodně rozdílů. Ty zahrnují zaměření na sociální síť (ekologický přístup) a pozornost věnovanou občanským právům (přístup založený na právech).

Jednání na základě hodnot: Ekologický pohled

Velká pozornost věnovaná sociálním vztahům lidí a sítím, jichž jsou členy, se označuje jako ekologický pohled. Ten přesahuje nejbližší rodinu a blízké

příbuzné a je charakterizován pohledem, v němž se na zotavení pohlíží jako na obnovu sociálních vztahů s rodinou, spolupracovníky a sousedy i dalších sociálních sítí. Zaměření na síť poskytuje prostor interpretaci definice občanství, jež není o jedinci s určitými schopnostmi a dovednostmi, ale o závazku vůči druhým. To by mohl být příspěvek k současnému diskurzu zotavení v holandském systému péče o duševní zdraví. Hnutí za zotavení má v Holandsku silnou tradici v tom, že poskytuje alternativní síť ve formě skupin zaměřených na zotavení a svépomoc a iniciativ organizovaných samotnými klienty. Často se ovšem uvádí, že diskurz zotavení v sobě obsahuje riziko jednostranného zdůrazňování role a zodpovědnosti jedince a menšího zaměření na vztahy a síť, v nichž se klient nachází (viz také Vanderkinderen, 2012). Důraz na ekologický pohled se v Terstu odráží také v oficiálním dokumentu Oddělení duševního zdraví *Regolamento* (1995), kde je formulován ve třech bodech:

- *Tým KCDZ se bude snažit redukovat všechny formy stigmatizace, diskriminace a vyloučení lidí s duševním onemocněním.*
- *Tým KCDZ se zavazuje aktivně zlepšovat prosazování plnohodnotných občanských práv pro lidi s duševním onemocněním.*
- *Oblastní tým KCDZ zajišťuje, že péče v dané oblasti bude organizována koherentním a soudržným způsobem prostřednictvím řádné koordinace úkolů a kontaktů i dalších zdravotních služeb a zaměření na spolupráci s dalšími institucemi v dané oblasti.*

Zdroj: Mezzina, 2012

Tyto principy mají dopad na úkoly systému péče o duševní zdraví v oblasti zapojení a začlenění. Nejenže aktivně pracují na tom, aby se zvýšily kompetence klientů, ale KCDZ mají také za úkol pracovat na posílení sociální koheze ve společnosti tak, aby inkluze byla uskutečnitelná. V tomto pojednání jsme to formulovali jako bilaterální interpretaci občanství — posílení pozice jedince (prostřednictvím dovedností a sítí) a posílení „sociální struktury“ (sociální koheze). Toho se dosahuje udržováním úzkých kontaktů s organizacemi pro klienty a členy jejich

rodin, spoluprací se sociálními družstvy, hledáním kontaktů s dalšími sociálními sektory a zaměřením na destigmatizaci v řadě projektů.

Z tohoto ekologického pohledu je spojitost mezi léčbou, podporou a sociální sítí klienta také více zřetelná. V Terstu jsme viděli, že zátěž pro rodinu je někdy velká, ale také to, že rodina má snadný přístup do KCDZ a členové rodiny si mohou do center také chodit sami pro pomoc. Rodina má rovněž jasnější roli v podpoře a léčbě, protože má přímější zodpovědnost za svou participaci na péči o členy rodiny s psychiatrickými problémy. Tak je tomu například v době krize, kdy má rodina za úkol zůstat s klientem, pokud je to nezbytné. Tento přímý přístup přisuzuje členům rodiny významnější roli v trojstranném vztahu klient – rodina – poradce. Navzdory rozdílným kulturním pojetím rodinných vazeb se však i v Itálii stává, že břemeno péče je občas velice těžké nebo že jsou rodinná pouta zprůtrhaná. Z pohledu vztahového lidského přístupu, který neustále zohledňuje sítě, do nichž člověk patří (nebo které mu chybí), se v takových situacích nedívají jen na to, co by samotné KCDZ mohlo poskytnout, ale i na to, jak může KCDZ facilitovat či podporovat alternativní sítě. Významnou roli tu hraje princip reciprocity. KCDZ nemusí nutně přebírat péči, ale napomáhá při vytváření dlouhodobých recipročních vztahů, aby lidé mohli pokračovat v samostatném životě v rámci svých vlastních sítí, kdykoli je to možné a vhodné.

Přístup založený na právech

Důraz kladený na občanská práva v Terstu zajišťuje, že při diskusi o jednání poskytovatelů péče se neřeší jen představy o tom, co znamená dobrá péče a jaké etické principy jsou s tím spojené — při podobné debatě tam neustále myslí na základní občanská práva, jež jsou pro takovou diskusi zásadní: právo na svobodu, právo na hodnotnou roli ve společnosti a právo na rovnoprávnost. Na občanství je tu pohlíženo jako na společenský proces — nejde především o právní status, spíše o zaměření na zvýšení sociální inkluze a na obnovení vztahů. Takový důraz na práva a pohled na občanství by v Holandsku možná mohl být doplňkem zmíněného diskurzu zotavení a mohl by přispět k diskusi o tom, jaké hodnoty chce psychiatrická péče zavést do praxe, například s ohledem na opatření týkající se omezování a nátlaku. Při jejich omezování je totiž obzvlášť důležité podnítit kulturní posun v myšlení a jednání, pokud jde o krizové

situace (Voskesová, 2015). Voskesová ve své dizertační práci podporuje víc prostoru pro etiku péče při úvahách o násilí a nátlaku. Silný důraz na ochranu (občanských) práv by do toho dobře zapadl a také by přispěl k posílení tohoto pohledu. Významné jsou i již existující iniciativy na ochranu občanských práv lidí s fyzickými i duševními omezeními, jako jsou ratifikace Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením a Agenda 21 v Utrechtu,⁵ kde byla na lokální úrovni provedena opatření k zajištění práv lidí s handicapem a kde bylo upozorněno na to, že je dobré věnovat více pozornosti lidem, kteří jsou kvůli psychickým problémům dlouhodobě zranitelní.

4.2.2 Organizační záležitosti

V Holandsku se služby v oblasti péče o duševní zdraví mění velmi rychlým a dramatickým tempem a v oblasti organizace a financování dochází k různým přeskupením. Je možné vzít si poučení z procesů, které probíhají v Terstu a týkají se toho, jak může být organizována více ambulantní a komunitně zaměřená péče tak, aby přispívala k interpretaci hlavní myšlenky stojící za procesem ambulantní péče, tedy ke zintenzivnění zapojení a inkluze? V Terstu jsme viděli spoustu praktických věcí, jež mohou Holandsku sloužit jako příklad, aby se i zde zajistila lokálnější a regionálnější forma péče, která bude zaměřená na zapojení a začlenění.

- Tak především v Terstu fungují sociální družstva, s nimiž KCDZ spolupracují. Několik těchto družstev bylo založeno během revoluce, jejímž cílem byl posun od péče v léčebnách ke komunitněji založené péči. Družstva nabízejí kromě základního příjmu i pracovní místo, kde mohou lidé s handicapem pracovat na rovnocenné bázi společně s lidmi bez jakýchkoli omezení. Sociální družstva se liší od mnoha sociálních pracovních míst v Holandsku, protože tam pracují také lidé bez jakéhokoli handicapu a družstva mají jak sociální, tak ekonomický účel. I v Holandsku se objevují iniciativy se snahou investovat více do sociálních podniků, aby se vytvořila pracovní místa pro lidi s handicapem. Kromě zaměření na podporované zaměstnání nebo na IPS (Indi-

⁵ V Utrechtu již vypracovali koncept dokumentu Policy Agenda 22 pro roky 2012–2018. Vychází se v něm ze dvaadvaceti standardních pravidel OSN pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením (www.utrecht.nl).

vidual Placement and Support) může být rozšíření takových iniciativ v Holandsku hodnotné pro lidi s dlouhodobými problémy s duševním zdravím.

- Mikrooblasti v Terstu by se daly přirovnat k malým a dobře dosažitelným týmům sociální komunitní péče. Členové těchto týmů jsou přítomní v dané komunitě, jsou v kontaktu, znají své okolí a vzájemně kontaktují místní lidi, takže mají funkci jakési „světelné signalizace“ a slouží jako snadno dostupné kontaktní místo. Koordinace a spolupráce s KCDZ probíhá na základě sdíleného pohledu na psychiatrické problémy a závislosti: izolaci je třeba předcházet posilováním sociálních vazeb a sítí. V Holandsku v současné době dochází k podobnému vývoji ve formě RACT (Resource Assertive Community Treatment), kdy jde o využívání zdrojů a kontaktů z nejbližšího okolí klienta.
- V Terstu jde snaha o používání humánnější psychiatrie ruku v ruce s jiným způsobem organizace péče, kdy došlo k přesunu z léčeben do jednotlivých oblastí. V devadesátých letech dvacátého století došlo k dalšímu vývoji na základě organizace péče založené na teritoriální zodpovědnosti. Každé komunitní centrum nese zodpovědnost za kohokoli ve „spádové oblasti“ centra od jeho vstupu a prevence až po léčbu, reintegraci a prevenci vzniku krizí. Za poradenství i léčbu klientů odpovídá jeden tým. Komunitní centra mají také na starosti krizovou jednotku v nemocnici. To umožňuje poskytovat integrovanou péči. Přispívá k tomu i finanční struktura — finanční stránka je propojená s komunitami. I v Holandsku vznikají na lokální či regionální úrovni některé pilotní projekty, jejichž cílem je vytvořit integrovanější přístup ve spolupráci s různými zdravotními odbory a poskytovateli zdravotní péče. Terstská zkušenost může být pro nás cenná a stojí za to ji sledovat. V dokumentu *Over de brug* se také píše o potřebě vytvořit regionální síť, v jejíchž rámci by se měla organizovat péče o lidi s vážným duševním onemocněním.
- Revoluční přesun z psychiatrických léčeben do KCDZ proběhl v Terstu v sedmdesátých letech jako radikální změna; nebylo to tak, že by se lůžka v léčebnách přestala pomalu a postupně používat, jednalo se o rozhodnou volbu přejít ke komunitní péči, jejímž důsledkem byl imperativ vyhnout se práci za „zavřenými dveřmi“. V praxi to vlastně zna-

menalo téměř ulehčení, protože náhle bylo nezbytně nutné zorganizovat péči tak, aby se soustředila na inkluzi, nikoli na izolaci. Nedostatek zařízení, v nichž klienti pobývají v izolaci, neustále podněcuje personál KCDZ ke kreativě ve vymýšlení různých způsobů, jak pracovat v době krizí a vystupňovaných problémů.

- Viděli jsme, že v Terstu se značně investuje do kontaktů s dalšími službami a komunitními iniciativami. Při vytváření osobního plánu v rámci case managementu například vždy existuje požadavek zapojit dvě relevantní externí strany. Úzká spolupráce mezi úřady rovněž zajišťuje jednotu vize a podnikaných kroků; všechny třetí strany, s nimiž jsme hovořili, podporovaly přístup k psychiatrickým problémům v rámci basagliovské tradice. Tato jednotná vize funguje prostřednictvím dlouhé tradice spolupráce, ale také díky tomu, že se do těchto vztahů neustále investuje. Příslušníci policie a personál pohotovostních služeb mají například společná školení.

4.3 Shrnutí a závěr

Tuto zprávu jsme pojali jako popis cesty, která začíná otázkou týkající se procesu změny ambulantní péče, který nyní v Holandsku probíhá. Při praxi v Terstu jsme se sami sebe otázali, jak se můžeme poučit z procesů, které tam probíhají, i z jejich současné praxe. Tato zpráva je založena na materiálu sebraném během dvou období terénní práce v Terstu, kdy jsme hovořili se zúčastněnými stranami v rámci KCDZ i mimo ně a s personálem při každodenní práci. Během našeho pobytu jsme zastávali ve všem otevřený přístup. Chtěli jsme získat vhled do praxe v Terstu tím, že jsme se zaměřili na každodenní praxi a obvyklé postupy ve dvou komunitních centrech, Barcole a Maddaleně. Účastnili jsme se každodenních schůzek týmu, návštěv u klientů doma, večerních směn v centrech a hovořili jsme i s jejich návštěvníky. Tato pozorování jsme doplnili rozhovory se členy personálu, s rodinami klientů, se členy sociálních družstev, s příslušníky policie, pracovníky péče o lidi bez domova a dalšími zainteresovanými stranami (viz Kapitola 2). Studovali jsme rovněž příslušnou literaturu. Tento široký přístup nám umožnil dobře porozumět, jak tato centra fungují v praxi.

Terénní práci jsme rozdělili do dvou návštěv, a proto jsme při té druhé mohli využít vztahy, jež jsme se zaměstnanci i klienty navázali v rámci prvního

pobytu, abychom s nimi mohli mluvit o dilematech a překážkách, které musejí zdolávat, a abychom lépe porozuměli tomu, co obnáší důsledná oddanost komunitní péči. Důležitá pro nás byla i návštěva terstského personálu v Holandsku, díky níž jsme došli ke vzájemnému pochopení, mohli se dostat dál než k obvyklým klíšé o rozdílech v systémech zdravotní péče a zahájili skutečný dialog. Domníváme se, že jsme tak lépe porozuměli terstské psychiatrii, jež je založena na komunitní péči a vychází z jasně daných hodnot.

Díky analýze získaných materiálů jsme si mohli klást i další otázky: Co přesně z našich pozorování se týká významu reciprocity ve vztazích? Podrobný výzkum toho, jak přesně se zvládají krizové intervence v Terstu a jak lze přistupovat ke klientům při nařízených příjmech, by mohl být také cenný. Jak tam jednají v krizových situacích a jak se poskytovatelé zdravotní péče snaží (pozitivním způsobem) zůstat v kontaktu se svými klienty?

Jaké závěry můžeme na konci tohoto projektu učinit? V Terstu jsme viděli mnoho podobností se situací v Holandsku, i u nás je doba velkých léčen dávno za námi a pracujeme na formování péče zaměřené na zotavení. V Itálii jsme však v praxi viděli i zásadně odlišný přístup, a to jak z organizačního hlediska (péče je plně ambulantní), tak z hlediska samotné podstaty. V tomto ohledu je nejvýraznější propojení základních hodnot a každodenní praxe a zaměření na občanská práva. To se odráží na všech úrovních: v organizaci péče, obsahu léčby a podpory, a dokonce i v oblasti jazyka terstského personálu, který — aby zdůraznil, že lidé s psychiatrickými problémy jsou v první řadě občané — nepoužívá termín „klienti“, nýbrž „utenti“. Přístup trvale zaměřený na člověka je zde stále hlavní, je základem pomoci a podpory, jež plní přání a potřeby lidí a napomáhá zlepšovat jejich schopnost plně se zapojit do společnosti.

V době, kdy měla změna podporu, došlo díky nadšenecké skupině psychiatrů a dalších zdravotníků v Terstu ke specifickému historickému vývoji. V holandském kontextu je důležité brát v úvahu specifické okolnosti a vývoj, ke kterému zde dochází, pokud chceme do své praxe zapojit řadu výše zmíněných principů. V Holandsku jsme svědky rostoucí podpory reorganizace péče (komunitně založené FACT týmy), ale také rostoucí oddanosti diskurzu zotavení a využívání lidí, kteří mají odborné znalosti na základě vlastní zkušenosti. Z poznatků získaných v Terstu víme, že by i u nás mohlo být vítané, kdybychom si více uvědomovali význam občanských práv a důležitost vztahového, holistického

pohledu. Rovněž by mohlo být cenné v diskusi otevřeněji přemýšlet o procesu ambulantní péče v Holandsku, o hodnotách a ideálech, jež chceme v tomto procesu dosáhnout. Doufáme, že v této oblasti usnadní naše zpráva první krůčky a poskytne materiál k diskusi.

KAPITOLA 5

OKLIKOU PO ČESKÝCH ZEMÍCH

Když jsme byli před lety poprvé v Terstu, byli jsme okouzleni tím, jak se místním kolegům z péče o duševní zdraví povedlo transformovat systém psychiatrické péče. Změnit ho nejen z hlediska vyprázdnění psychiatrické léčebny a vybudování služeb v komunitě, ale také z hlediska pohledu na lidi, kteří mají nějaké psychické obtíže. A nejvíc nás oslovilo, jak se změnil systém péče z hlediska hodnot, jež všichni, kteří v systému pracují, mají zvnitřněné, a také z hlediska jazyka — jak o tom celém (o psychiatrické péči) i o lidech, jimž poskytují podporu, naprosto samozřejmě mluví. I pro nás, kteří jsme už viděli hodně služeb po celé Evropě, byla první návštěva v Terstu něco jako iniciace do deinstitutionalizace péče o duševní zdraví. Něco, jak by to mohlo být i u nás. Každá další návštěva v Terstu pak byla dalším prozkoumáváním a upřesňováním našich představ a zároveň nabíjením pozitivní energií. Protože přestože jsme postupně začali být k některým věcem v Terstu i kritičtí, vnímání celého procesu změny a její výsledné podoby je hodně silný zážitek.

Ale jak to sdílet s lidmi u nás, kteří v Terstu nikdy nebyli? S tím jsme si nevěděli rady. Teprve když jsme od našich holandských přátel dostali *Freedom First*, knihu s jakýmsi jejich cestovním popisem toho, co je v Terstu zaujalo a inspirovalo, bylo nám jasné, že si tuhle příležitost nenecháme utéct. Tím, že nám Holanďani umožnili překlad a bezplatně poskytli práva na české vydání, darovali nám zároveň text popisující a srovnávající systém péče v Terstu a Holandsku. Nám už pak zbývalo jen vše okomentovat z hlediska toho, co je inspirativní pro systém péče v České republice. Sezvali jsme k tomu skupinu lidí, kteří v Terstu byli (někteří i několikrát) a měli kapacitu i chuť se na české kapitole podílet. Z původně zamýšlené multidisciplinární skupiny se stal tým, v němž byli zastoupeni sociální pracovník, zdravotní sestra, manažer, vedoucí svépomocného klubu, peer pracovník, většina z komunitních služeb, ale také zaměstnanci státní správy. Napříč těmito profesemi pak byli zastoupeni lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a rodinný příslušník. Každý z účastníků přispěl do této kapitoly svými postřehy a komentáři, nebylo tudíž vůbec jednoduché všechno učesat do jednoho textu; snad se nám to nicméně povedlo. I přes velmi rozdílné pohledy jednotlivých členů týmu jsme v textu této kapitoly nakonec došli ke shodě. Věříme, že to bude pro vás užitečné.

Autorský tým české kapitoly: Pavel Novák, Ondřej Skála, Ctibor Lacina, Daniel Šebek, Agáta Zajíčková, Eva Zajíčková, Zdeňka Kuvíková.

5.1 Aktuální kontext péče v České republice

Je vhodné si připomenout, že psychiatrické léčebny vznikaly v Evropě většinou ve stejné době — v 19. a na začátku 20. století, tedy i v Nizozemsku a Itálii. V Rakousku-Uhersku se všechny budovaly podle stejného architektonického střihu. A protože Terst byl tehdy součástí Rakousko-Uherska, ten, kdo se vyzná v nějaké psychiatrické léčebně u nás, vyznal by se i v té terstské. Později, zejména po 2. světové válce, šel vývoj péče o duševní zdraví v každém z těchto třech míst jinou cestou. V Československu se začal odlišovat zejména po komunistickém převratu. Čtyřicet let totalitního komunistického státu výrazně rozbilo přirozená komunitní společenství a schopnost sousedské pomoci, rozbilo přirozené občanské aktivity. Krédo, že vše zařídí stát (který zároveň vše kontroloval), podvázalo přirozenou odpovědnost lidí za sebe samé i za společnost. Období komunismu v Československu neustále vyprazdňovalo pojem hodnot, pojem lidských a občanských práv.

Do demokracie vstupovalo v roce 1989 Československo s neblahým dědictvím velkých institucí, nejen pro lidi s duševním onemocněním, ale také pro ty s mentálním či zdravotním postižením i pro děti i seniory. Péče v těchto institucích, obvykle se stem až pěti sty lůžek (psychiatrické nemocnice byly a jsou ještě větší, i s více než tisícem lůžek v jednom areálu), byla v totalitě brána jako normální, jako žádoucí — stát se přeci postará lépe než rodina... Člověk s postižením v komunitě byl spíš výjimkou. To se začalo měnit velmi postupně a vlastně nebylo nikdy jasně řečeno, že péče v těchto institucích není pozitivní a žádoucí.

Po roce 1989 se v ČR postupně nově nastavovaly systémy zdravotní a sociální péče. Začal vznikat silný sektor privátních psychiatrických ambulancí a postupně také neziskové organizace, které budovaly služby v systému chybějící. V oblasti péče o duševní zdraví se neziskové organizace snažily od 90. let 20. století vytvářet služby v komunitě zaměřené na bydlení, pracovní uplatnění, rehabilitaci. Vzhledem k omezením ze strany zdravotních pojišťoven nebylo možné budovat nové formy služeb ve zdravotní oblasti. Aktivity neziskových organizací tak směřovaly převážně do sociálních služeb. Paralelně však neziskové organizace usilovaly o přeměnu celého systému péče, zejména o deinstitutionalizaci psychiatrických nemocnic a sociálních ústavů.

Pozitivní změny po roce 2000 zahájila reforma sociálních služeb, která vyvrcholila schválením zákona o sociálních službách, standardů určujících

kvalitu a jasně daných pravidel pro restriktivní opatření při poskytování sociálních služeb. Bílá kniha sociálních služeb stanovila jak hodnotový rámec sociálních služeb, jako jsou nezávislost a autonomie, individualizace, partnerství, důstojnost, respekt, kvalita aj., tak jejich cíl: podporu při začlenění do běžného života. Nicméně samotná implementace těchto principů a cíle se postupně zastavila. Projekt Transformace pobytových sociálních služeb, který měl směřovat k nahrazení sociálních institucí, byl zaměřen pouze na skupinu osob se zdravotním nebo mentálním postižením, netýkal se lidí s duševním onemocněním ani seniorů.

Ve zdravotnictví — i přes několik snah o koncepční řešení na úrovni Ministerstva zdravotnictví či Psychiatrické společnosti — nebyla vůle deinstitucionalizovat psychiatrickou péči. K určité redukci psychiatrických lůžek od roku 1989 do roku 2019 došlo, avšak bez jasného koncepčního záměru, spíš jen mírným tlakem na ekonomiku a na zlepšení „komfortu“ pobytu. V roce 2019 je v ČR nadále vysoké množství psychiatrických lůžek ve specializovaných psychiatrických nemocnicích (tři z nich jsou pouze pro děti), a poměrně málo v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. Počet psychiatrických lůžek na 100 000 obyvatel máme dnes srovnatelný s Nizozemskem (v Evropě jsme mezi osmi zeměmi s největším počtem lůžek), ale zarážející je, že máme v průměru největší psychiatrické nemocnice v Evropě se zhruba pěti sty lůžek na jednu nemocnici; několik nemocnic má dokonce stále více než 1000 lůžek. Ze studie Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení, zpracované v roce 2012, je psychiatrická péče v Česku svou strukturou a rozvinutím služeb v komunitě nejbližší zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu a nejvzdálenější vyspělým zemím západní Evropy.

Komunitní služby, které od roku 1989 rozvíjely neziskové organizace, se snažily reagovat na potřeby uživatelů, zdůrazňovaly lidskoprávní problematiku a vznik na základě partnerství a individualizace, a postupně měnily jazyk i přístup k lidem s duševním onemocněním s cílem začlenit klienta do komunity. Výrazně se inspirovaly zahraničím, zejména službami ve Spojeném království či v Nizozemsku, zčásti i v blízkém Rakousku. Díky neziskovým organizacím vznikla místa, kde bylo možné získat velkou podporu pro sociální začlenění. Nicméně z důvodu absence dobré spolupráce s lůžkovými psychiatrickými zařízeními a částečně i s ambulantními psychiatry nebyly komunitní služby schopny zabezpečit pomoc klientům v době výrazného zhoršení zdravotního stavu. Ti pak končili často několikaměsíční hospitalizací v psychiatrické

nemocnici s následnou složitou rehabilitací. Z toho plynou jednak vysoké počty dlouhodobě hospitalizovaných lidí, jednak často velmi dlouhé hospitalizace v psychiatrických nemocnicích.⁶ Zároveň však dosud nebyly komunitní služby dostatečně systematicky rozvíjeny, celkově mají malou personální kapacitu a v některých regionech ČR nejsou dostupné vůbec. Systém se stále opírá o institucionální péči a tu také finančně i jinak preferuje.

K emancipaci uživatelského svépomocného hnutí nedocházelo ani cestou některých velmi aktivních skupin uživatelů či rodičovských aktivit.

V roce 2012 byla pod garancí Ministerstva zdravotnictví zahájena **Reforma psychiatrické péče**, schválena Strategie reformy psychiatrické péče a byly získány Evropské fondy na její naplnění. Tato reforma se postupně rozšiřuje a směřuje k opravdové změně systému. V aktuálně schvalovaném Národním akčním plánu pro duševní zdraví pro období nejbližších deseti let jsou nastaveny ambiciózní cíle: redukce lůžek následné péče o dvě třetiny, vybudování stovky center duševního zdraví pro celou ČR, vybudování kapacit bydlení pro lidi s duševním onemocněním, důraz na lidská práva a na začleňování osob s duševním onemocněním do komunity, důraz na posilování partnerského přístupu a podporu zotavení, na potřebnou destigmatizaci apod. Že bude Reforma péče o duševní zdraví běh na dlouhé trati, je ovšem zřejmé, protože věci, procesy, způsoby práce i postoje lidí se u nás mění jen pomalu.

Centra duševního zdraví by měla být uzlovou službou, odpovědnou za spádovou oblast se 100 tisíci obyvatel, postavenou multidisciplinárně z pracovníků profesí sociálních i zdravotních v jednom týmu pracujícím převážně v terénu. Při tvorbě standardu a metodiky CDZ jsme se významně inspirovali jak nizozemským modelem FACT týmů, tak terstským modelem komunitních center duševního zdraví (KCDZ). Zároveň Reforma psychiatrické péče klade důraz na regionální zakotvení těchto služeb a na plánování sítě služeb na úrovni krajů či obcí. To je v podstatě nové pojetí — zatím v ČR existuje oddělený systém zdravotních služeb, které jsou financovány ze zdravotního pojištění, a sociálních služeb financovaných prostřednictvím krajů ze státního rozpočtu. Podíl finančních prostředků na zdravotní psychiatrickou péči z celkového ob-

⁶ V roce 2018 bylo téměř 3000 lidí hospitalizováno déle než šest měsíců, z toho skoro 1400 lidí se závažným, převážně psychotickým onemocněním; 550 lidí bylo hospitalizováno déle než pět let.

jemu prostředků pro zdravotnictví je téměř nejnížší v Evropě. Objem prostředků na sociální služby pro lidi s duševním onemocněním není sledován ani vyhodnocován. I přes určité navyšování objemu peněz v posledních letech je zřejmé, že nestačí na budování dostupných a kvalitních služeb v komunitě. Národní akční plán pro duševní zdraví předpokládá masivní finanční podporu pro jeho implementaci.

5.2 Od občanských práv k občanství

„Od občanských práv k občanství — chápeme z historického hlediska jako nalezení nového smyslu života vně léčebny, vytváření nových vztahů, uplatnění v práci a možnost sebezvoje pomocí dalšího vzdělávání, možnost podílet se na chodu společnosti.“

V ČR nejsou lidská práva společností vnímána jako něco klíčového, důležitého. Po „sametu“ brala většina lidí obnovení svých občanských práv jako samozřejmost, ale vůbec je neznepokojovalo, že lidé s duševním onemocněním byli a jsou právě v těchto právech nejvíce kráceni. Jsou například znevýhodněni při posuzování nároku na příspěvek na péči, při žádostech o sociální byt, v dostupnosti běžné zdravotní péče, v přístupu na běžný pracovní trh apod. O občanských právech se mluví spíš v obecné rovině, na konkrétní úrovni v komunitě toto téma zviditelňujeme nedostatečně.

Je pro nás velmi inspirativní, že občanství, resp. naplňování sociálních práv je v Terstu vnímáno jako uplatňování skrze vlastní kompetence a sociální vztahy, skrze uplatnění a účast v nejbližší komunitě. U nás stále není zvykem žít komunitně, zapojovat se do života obce, blízké komunity. Možná více na venkově či například v částech města, kde tento způsob života prosazují mladí.

Málo (nebo vůbec) si uvědomujeme, co je komunitní život, co jsou běžné zdroje komunity: aktivity, které nejsou formálně či oficiálně organizovány, institucionalizovány. Tyto zdroje, které by měly pomáhat zapojení do sociálních sítí a vztahů a měl by jich být dostatek, jsou u nás nahrazovány formálními institucionalizovanými zdroji, jako jsou např. sociální komunitní služby. Ale ty jsou málokdy dostatečně na komunitu navázány, v místě často sídlí a působí spíš uměle, než že by tam byly vrostlé do prostředí. Komunitní služby umí pro klienty udělat příjemné akceptující prostředí, které klienti jinde než tam nezažívají. Tím se ale komunitní služby stávají zároveň rizikem

opravdového zapojení do komunity, často vytvářejí u klientů závislost na službě. Nicméně to může být problémem i v Terstu, kde pro klienty, kterým se nedaří zapojit se do běžných komunitních aktivit ani do klubových aktivit organizovaných asociacemi, může být KCDZ i jediným skutečným zázemím. A to přesto, že se v Terstu snaží hodně spolupracovat s rodinou a blízkými klientů a v poslední době i více zapojují dobrovolníky, kteří mohou být další spojkou do komunity.

Terstská KCDZ jsou pro nás příkladem zejména v tom, jak respektují princip teritoriální odpovědnosti, když vyrůstají z místní komunity, jak jsou na místní komunitu přímo a úzce navázány. Tím, jak pomáhají místní komunitě zvládat situace týkající se problémů v oblasti duševního zdraví, si budují důvěru, která jim pomáhá při integraci klientů.

Součástí občanských práv je i možnost získat zaměstnání. V Terstu v průběhu deinstitucionalizace psychiatrické léčebny vznikla sociální družstva. Byla založena pro možnost uplatnění práv pacientů na odměnu za práci, kterou vykonávali v léčebně. Dnes jsou pro nás inspirativní obzvláště tím, že z nich nejsou ghetta, kde by byli koncentrováni pouze lidé s psychiatrickou diagnózou, jako se to děje v sociálních firmách u nás — jsou etablovanými podniky, které mají sociální přínos pro místní komunitu. V Itálii stát sociální družstva cíleně podporuje, protože se to společnosti vyplácí.

Mít zaměstnání a uspokojivý sociální život není něco navíc, ale to, co potřebuje každý nebo by alespoň měl mít možnost toho dosáhnout. Člověk se může chtít začlenit do společnosti, ale často musí překonat stigma. Proto jsou důležité destigmatizační aktivity jako u nás Studio 27 nebo v Terstu Radio Fragola.

Dnes již v Terstu nemluví ani o pacientech, ani o klientech jako u nás, ale prostě o lidech. Nemluví se o léčbě, ale o životním projektu. V Terstu si uvědomují, jak jazyk velmi dobře zrcadlí samotnou praxi. Jazyk vytvořený za doby Basagliovy revoluce, je stále živý, stejně jako Basagliův odkaz. Ve službách v Terstu nepoužívají diagnózy, mluví o problémech, se kterými se lidé potýkají, protože si uvědomují, že je důležité vidět nejdřív člověka s jeho obtížemi, a ne diagnózu, za kterou již často není vidět člověk. V České republice se v sociálních službách začal jazyk měnit postupně a vlivem Standardů kvality pak poměrně skokově. Pouze výjimečně zažíváme, že by v sociálních službách někdo mluvil o „schizofrenikovi“ či „psychotikovi“, mluví se o člověku či klientovi s duševním onemocněním, s psychózou. Ve zdravotních službách, resp. v psychiatrických nemocnicích však diagnostické nálepkování stále zůstává spíše pravidlem. A ještě hůře stereotypy a mýty o duševních nemocech omílají česká média.

To posiluje stigma duševní nemoci, stigma lidí s duševními obtížemi. A stigma tyto lidi dále omezuje v jejich přístupu k občanským právům.

Tak jako v Terstu by i v naší Reformě mělo být hlavním tématem **jazyk — plnění potřeb člověka — podpora v uskutečňování „životního projektu“**.

5.3 Svoboda především

La liberta e terapeutica.

Svoboda uzdravuje.

Základní slogan terstských služeb od dob Franca Basaglii předznamenával morální imperativ nezavírat lidi, kteří trpěli duševní nemocí či nějakou psychickou strážní, ale naopak jim poskytovat svobodu jako klíčovou potřebu pro jejich uzdravení. Basagliův odkaz Svoboda především je stále živoucím procesem, ne jen historickým odkazem. Je to filozofie, kterou se stále snaží naplňovat.

Pouze na/vě svobodě je možné obnovit sociální vztahy. Pro naplnění potřeb a tužeb je třeba mít nejprve svobodu a ne žít za zdmi nemocnice. Ale ani na svobodě nemusí docházet k obnově sociálních vztahů, někdy naopak. Izolace může vznikat i bizarním chováním lidí a sociální reakcí jejich okolí, kvůli kterému vlastně zavírání lidí zřejmě začalo. Tím, že je pouze propustíme, problém nezměníme. **Svoboda je první a výchozí krok.** Pak je však třeba dělat něco dál. Klienti sociálních služeb v ČR si svobody váží, a i když to třeba neřeknou, nemají rádi, když jim někdo stále stojí za zády a hlídá je. Pokus o začlenění do společnosti ale řada z nich buď nezvládne, nebo neví, proč by tak měli činit — jsou přece rádi, že jsou volní a svobodní, proč tedy najednou povinnosti a odpovědnosti? Tak se někteří ptají. I lidé se zkušeností s duševním onemocněním jsou ale součástí české společnosti. S minulostí, která nás příliš neučila aktivně čelit potížím ani činit odpovědná rozhodnutí.

S nabytou svobodou jsou lidem v Terstu nabízeny podpora komunitního centra, pracovní příležitosti v sociálních kooperativách, sociální byty. U nás až v posledních letech mluvíme o sociálních bytech, o „housing first“ či o „rapid rehousing“ jako o možnostech integrace do běžného života i pro lidi, kteří mají malý finanční příjem, žijí na ulici nebo v instituci. Nicméně množství těchto sociálních bytů je stále nedostatečné a získá ho pouze zlomek lidí. Důležitým nástrojem posilujícím svobodu lidí s duševním onemocněním jsou v Terstu také individuální rozpočty. Ty umožňují finanční a osobní nezávislost klientů a po-

máhají jim dosáhnout na vhodné bydlení či se lépe integrovat do komunity, poskytují jim možnost realizovat jejich životní projekt.

Klíčovým prvkem služeb v Terstu je **princip „otevřených dveří“**, který znamená, že klienti nejsou v žádných psychiatrických zařízeních drženi proti své vůli, ale také, že nic by nemělo být rozhodováno za klienta a bez klienta. Princip otevřených dveří se jeví jako velmi sympatický a to, že se ho podařilo realizovat, je opravdu obdivuhodné. Nelze však odhlédnout od toho, že se jedná především o tělesnou, fyzickou svobodu, nikoli o svobodu myšlenkovou, která je umožněna čistou hlavou bez medikace. Tady máme možnost porovnat Terst s revolucí psychiatrické praxe v Norsku, kde ministerstvo zdravotnictví jednotlivým regionům nařídilo vytvořit podmínky pro to, aby lidé, kteří nechtějí brát medikaci, k tomu nebyli nuceni.

V pojetí „otevřených dveří“ bychom se měli v Terstu inspirovat. U nás jsou zatím v psychiatrických nemocnicích stále uzavřená oddělení, a ani ta „otevřená“ ještě automaticky neznamenají svobodné rozhodnutí například o opuštění nemocnice nebo vyhnutí se léčbě. U nás se nadále používají omezovací opatření, jako jsou izolace a kurty. A pacienti nemocnic často nemají informace o léčbě, o medikaci, o tom, jak může jejich rehabilitace a zotavení pokračovat.

Nicméně v rámci Reformy proběhla v letech 2017—2018 ve všech psychiatrických nemocnicích hodnocení, jak naplňují Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva, jejíž obsah byl inspirován italským zákonem 108, který inicioval Franco Basaglia, byla přijata Organizací spojených národů a od roku 2010 se stala součástí právního řádu ČR. Ve shrnutí zprávy z tohoto mapování je uvedeno: „Mezi nejproblematictější oblasti patřilo zohledňování plánů na zotavení, formulovaných spolu s uživateli péče, zohledňování preferencí uživatelů péče co do místa a způsobu léčby, používání alternativních metod pro de-eskalaci krizových situací namísto izolace a omezujících prostředků, a v neposlední řadě také naplňování přístupu k edukačním a zaměstnaneckým příležitostem.“ Je zřejmé, že stávající systém péče v českých psychiatrických nemocnicích nepodporuje pacienty v návratu do běžného života, neumožňuje jim zotavení.

Zatímco v Terstu nemají žádná klasická forenzní lůžka (detence ve forenzní vězeňské nemocnici byla pro Terst již uzavřena) a v komunitních zařízeních zřizují 6 míst (ve 3 lokalitách vždy pouze pro 2 klienty) pro nařízenou léčbu bez jakýchkoli restrikcí, pouze s dohledem, u nás narůstá počet lidí, kterým

je soudně nařízena ústavní léčba, která znamená detenci ve velkých detenčních ústavech nebo v psychiatrické nemocnici prakticky bez možnosti ji opouštět.

Jako klíčový nám připadal jeden komentář pracovníka krizového oddělení všeobecné nemocnice v Terstu: „Jsme přesvědčeni, že lékaři a zdravotní sestry nemají dělat bachaře, ale starat se o léčbu.“ To však znamená efektivně a po- učeně zapojit do spolupráce policii, jak se to ostatně v Terstu daří. U nás jsme v rámci Reformy začali policisty alespoň vzdělávat.

5.4 Jednání na základě hodnot

Stejně jako naši holandští kolegové můžeme i my z našich návštěv v Terstu potvrdit, že proces deinstitucionalizace z počátku sedmdesátých let je stále jakýmsi referenčním bodem, ke kterému se současný personál neustále vrací a poměřuje svou praxi s klíčovými principy tohoto procesu. Dokládají to všudepřítomné mapy areálu původní psychiatrické nemocnice San Giovanni (nejen v KCDZ, ale také např. v sociálních družstvech). Umožňuje to také přítomnost pamětníků a souputníků či žáků Franca Basaglii (Rotelli, Dell'Acqua, Mezzina, Toresini a jiní) jak ve službách, tak při některých akcích a konferencích a jejich schopnost aktuální dění a služby komentovat. Nicméně jako zásadní nám připadá reflexe při setkání týmu nad konkrétními klienty a jejich potřebami. Popis kolegů z Nizozemska je v tomto přesný a je evidentní, že taková **reflexe** je nejen edukující, ale také normativní a určující pro další praxi.

V Čechách nemáme takový referenční bod jako v Terstu, musíme v rámci týmů vyjednat principy a hodnoty, k nimž se tým vztahuje. V nově budovaných CDZ, která jsou obvykle stavěna ze dvou částí — ze zdravotní nemocniční a ze sociální komunitní, to navíc komplikuje odlišná kultura mateřských organizací a rozdílný imprinting jednotlivých členů i určitá rozdílná „moc“, jíž jsou jednotlivé profese zastoupené v týmu vybaveny. Oproti Terstu si navíc nejsme ochotni připustit, že princip Svoboda především by měl být určující, jinak bychom přeci už dávno nemohli mít psychiatrické léčebny, uzavřená oddělení, restriktivní opatření apod. V tom jsme možná na tom podobně s kolegy z Nizozemska.

Současný diskurs v České republice ale není o tom, zda by psychiatrické nemocnice měly vůbec existovat, ale o tom, kolik v nich má (či může) být lůžek, případně za jakou dobu by se počet lůžek v psychiatrických nemocnicích měl snížit a o kolik. I přesto, že se v Národním akčním plánu pro duševní zdraví jasně plánuje přesun lůžek z nemocnic psychiatrických do všeobecných.

Zajímavé je, že na rozdíl od Terstu my (i Holanďani) máme v týmech CDZ zastoupeny lidi s vlastní zkušeností — to by mělo být naší výhodou. Ale je zřejmé, že proces deinstitucionalizace nemocnice v Terstu byl tak silný, že se jim podařilo její hodnotový rámec zvnitřnit, zatímco my jej teprve tvoříme a vyjednáваме.

Nicméně i my jsme v Terstu občas zaslechli hlasy, že je jejich systém příliš rigidní a KCDZ jsou příliš uzavřená. Je zřejmé, že i péče v Terstu má své limity. V diskusi s kolegy, zejména s vlastní zkušeností s psychickým onemocněním, z naší strany zaznělo, do jaké míry se v Terstu jedná o službu „represivní“ a do jaké míry o podpůrnou. A to zejména v dilematu dlouhodobé podpory versus zplnomocňujícího propouštění na cestě k emancipaci klienta. Hlavně někteří kolegové s vlastní zkušeností reflektovali to, že problémem jak v Terstu, tak v Nizozemsku, je rozpor mezi respektováním autonomie klienta a „konáním dobra“ v jeho zájmu. Je třeba si uvědomit, že každý systém — tedy i ten, který je silně zarámován pozitivními hodnotami — může po čase zrigidnět. Na druhou stranu je třeba říci, že v Terstu před třemi lety zahájili projekt Recovery house, kde pracují s hlasy, bludy a traumaty, a přitom omezují medikaci, protože ta ztěžuje schopnost slyšet tyto „posly informací“ (hlasy, bludy). Britský expert, který tento projekt pomáhal rozběhnout, nám sdělil, že byl odborným ředitelem služeb Robertem Mezzinou požádán, aby byl projekt Recovery house tím, co systémem péče v Terstu zatřese a vnese do něj nové prvky. Funkční systém péče by měl mít jakési monitorovací a sebečisticí mechanismy.

Kreativita v poskytování služeb je nezbytná, příklady uvedené v knize jsou určitě inspirativní. U nás se dostatečně využívá zejména v komunitních službách, ale i zde ji brzdí pravidla. O to víc pak ve zdravotnictví. Z návštěv služeb v Terstu a z hovoru s tamními pracovníky je vidět, že se vždy snaží najít nějaké řešení, a pokud jedno nebo druhé nezafunguje, hledají další.

Zato **reciprocita** u nás není příliš využívána — nevejde se do kolonky sociální, natož zdravotní služby. Při uvažování o recipročním řešení navíc vítězí určitá opatrnost, aby nebyla z jedné strany zneužita. Asi je k tomu potřeba dobrá znalost lidí žijících v komunitě a vybudování vzájemné důvěry.

Program, který vychází z reciprocity, je **Mikroregion** („Microarea“). Je zaměřen cíleně na místní, fungují v něm vzájemná propojenost a solidarita lidí, kteří jsou jejich součástí, a velmi dobře odbourává stigma. To je projekt, který by bylo užitečné vyzkoušet.

5.5 Autonomie a dobrá péče

V rámci Reformy péče o duševní zdraví u nás řešíme zejména to, aby ti, kteří potřebují nějakou pomoc, ji vůbec dostali a dále aby ji dostali pokud možno v místě, kde žijí. To souvisí se stávající nízkou kapacitou veškerých služeb, především v komunitě. Při budování kapacit komunitních služeb se zároveň snažíme domlouvat o tom, co je podstata dobré péče. Obecně i u nás už panuje shoda, že by to měla být podpora při celkovém zotavení. Pokud bychom se na člověka podívali jako na bio-psycho-socio-spirituální bytost, pak by to byla pomoc při naplnění všech zmíněných oblastí života jedince.

Snažíme se vytvářet síť dostupných služeb, ale neshodneme se na tom, v jaké míře by tyto služby měly zajišťovat i kontrolu a dohled nad lidmi s duševním onemocněním, resp. nad kterými: Nad těmi, kteří mají soudně nařízenou léčbu, určitě — ale nad těmi, kde je aktuální a reálné riziko zhoršení zdravotního stavu a případné hospitalizace také? A máme poskytovat pomoc i lidem, kteří ji odmítají? Jakou míru asertivity by měly mít služby v komunitě? Jak by měla být nastavena kontinuita péče? Měli bychom vůbec budovat a podporovat denní centra, například jako součást CDZ, budovat kluby specificky pro lidi s duševním onemocněním? Nebo je i pro tuto skupinu lepší snažit se jen o využívání běžných aktivit?

Kolegové z Nizozemska popisují, že systém péče KCDZ v Terstu má „dlouhé ruce“, protože se dotýká všech oblastí života klientů, a rovněž z časového hlediska trvá dlouho. Je pro nás a v naší současné situaci tento systém vhodný následování, nebo máme být opatrní, aby u nás nezačal „dusit“ a bránit zotavení? Je způsob propojování KCDZ a spolupráce s co nejvíce institucemi a organizacemi (například s obcí, policií, sociálními podniky, zaměstnavateli, svépomocnými organizacemi, školou, rodinou aj.) u nás žádoucí a užitečný, nebo vytváří příliš velké riziko kontroly nad životy lidí?

Lidé s duševním onemocněním se obávají přílišné kontroly ze strany nových prvků komunitních služeb, jako jsou centra duševního zdraví, nicméně od zadavatelů péče, tedy těch, kteří systém financují, vnímáme důraz právě na kontrolu a na to, aby z péče nevypadávali lidé, kteří ji potřebují.

Domníváme se, že systém péče i jednotlivé služby potřebujeme nastavit s vysokou citlivostí právě k přemíře kontroly a dohledu a následnému narušování autonomie uživatelů. Zároveň je užitečné se z Terstu inspirovat i výrokem „zamýšlíme se i nad potřebami, které jsou za nemocí“ a důrazem na zaměření

na celou osobu, nikoli jen na nemoc. To znamená věnovat pozornost potřebám člověka z historického i osobního hlediska, brát ohled na životní příběh člověka a zaměřit se na osobní cestu k zotavení.

A usilovat také o využívání obecných komunitních zdrojů podpory, nikoli o pouhé budování profesionálních služeb. Přístupy zvolené v Terstu výborně zrcadlí to, co je důležité: Člověk je nositelem svého příběhu a má svou minulost, současnost i budoucnost. Člověk není diagnózou a nežije ve vzduchoprázdnu. Je pro něj důležité fungovat v rámci nějaké sociální sítě a být občanem se všemi právy a povinnostmi, zažívat svobodu i naději.

5.6 Závěr

V roce 1971, kdy bylo v psychiatrické léčebně San Giovanni v Terstu 1182 pacientů, zde s příchodem Franca Basaglii začala zásadní změna systému péče. V roce 1978 začal v Itálii platit Zákon 180, který stanovil, že psychiatrické léčebny budou zavřeny a nahrazeny ambulantní péčí. V roce 1980 byla psychiatrická léčebna v Terstu uzavřena a zbylo v ní asi 50 pacientů ve skupinových bydlecích. Nyní zde již nejsou žádní pacienti. Mezitím začal být areál psychiatrické léčebny využíván pro jiné účely a pro místní komunitu. Působí zde univerzita, jsou tu školy, restaurace... Samotná péče o duševní zdraví se mezitím přesunula do komunity a zapustila v ní kořeny.

Stále to pro nás může znít jako nedosažitelná pohádka, ale i u nás se již hodně věcí daří. Máme už i na co navazovat — komunitní služby u nás působí od roku 1990, existují svépomocné organizace, kluby, dobrá praxe mnoha služeb.

Od roku 2012 se u nás pomalu, ale jistě rozbíhá projekt Reformy péče o duševní zdraví, sestavuje se národní strategie a akční plán. Lidé pracující ve službách pro duševní zdraví se jezdí inspirovat do zahraničí (nejen do Terstu a do Nizozemska, ale také do Velké Británie, Francie, Finska či Španělska) a přinášejí aplikovatelné poznatky a metody práce. A také postupně začínají měnit své postupy práce i svoje postoje.

Jsme na cestě ke změně systému péče o duševní zdraví, a nebude to cesta jednoduchá.

Pracovníci služeb v Terstu vždy říkají: „Někdy je to složité, vypadá to bezvýchodně, ale vždycky hledáme způsob, jak to jde.“



PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1:

KLÍČOVÁ ČÍSLA V TERSTU A ZÁKLADNÍ INFORMACE

Město Terst patří do regionu FVG: Friuli – Venezia – Giulia. Financování péče o duševní zdraví je v Terstu podobné jako v jiných sektorech zdravotnictví: existuje celostátní rozpočet a standardní balíček určený pro každý region. Ten neobsahuje žádné specifikace toho, jaký druh péče má být poskytován, což jednotlivým organizacím poskytuje volnost zorganizovat si péči podle sebe. Je zajímavé zmínit, že region FVG, do něž Terst patří, je jedním z pěti takzvaných „autonomních“ regionů Itálie. To znamená, že tam mají větší kontrolu nad místní správou a financemi a také více autonomie, například v oblasti zdravotní péče a vzdělávání. Region je rozdělen na tři provincie a Terst je hlavním městem provincie Terst.

Organizace

Město má 236 000 obyvatel, a pokud jde o zdravotní péči, je rozděleno do čtyř oblastí. Péči v jednotlivých oblastech má na starost Agentura pro zdravotní péči, která má tři oddělení (duševní zdraví, závislosti, prevence) a dvě specializovaná centra (kardiovaskulární, onkologické). Každá oblast je spádovou oblastí pro zhruba 60 000 lidí a je v ní jedno komunitní centrum duševního zdraví. V KCDZ je celkově zaměstnáno 253 lidí: 26 psychiatrů, 10 psychologů, 9 sociálních pracovníků, 136 sester, 10 rehabilitačních pracovníků, 27 sociálních pracovníků, 15 administrativních pracovníků a 20 členů sociálních družstev/instruktorů. Týmy KCDZ zodpovídají za celé spektrum péče o duševní zdraví, včetně chráněného bydlení a péče o lidi v krizi. Péče poskytovaná centry je podrobně popsána v Kapitole 2.

Klíčová čísla

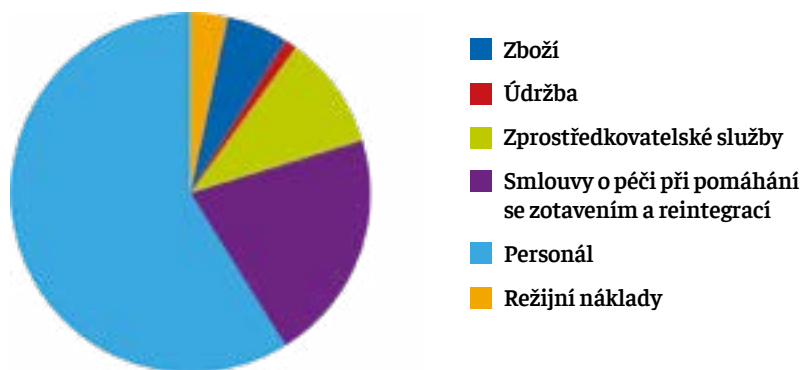
V roce 2013 bylo u týmů KCDZ registrováno celkem 4908 klientů. Každé komunitní centrum má tedy zhruba 1000 až 1300 registrovaných klientů. V roce 2013 bylo přijato 311 klientů buď do komunitních center, nebo na

krizové oddělení ve všeobecné nemocnici (celkově 643 příjmů) s průměrnou dobou pobytu 12 dní. Lidé, kteří mají nařízenou léčbu, sem byli přijímáni dvakrát častěji. V roce 2013 bylo přijato 18 klientů k nařízené léčbě do nemocnice a 15 do jednoho z KCDZ. Z celkového počtu 4908 klientů jich bylo 802 (16,3 %) klasifikováno jako klienti s potřebou vysoce intenzivní péče. Jde o takové osoby, které potřebují více péče a jsou v častějším kontaktu s personálem KCDZ. V roce 2013 bylo označeno 2275 klientů (46,4 %) za chronické klienty KCDZ.

Náklady

Celkové náklady na služby KCDZ v Terstu v roce 2013 byly 18 395 379 €. Tyto peníze byly rozděleny následovně:

Rozdělení nákladů na služby v oblasti duševního zdraví v Terstu (2013)



Náklady na personál tvoří v Terstu největší část výdajů na služby KCDZ. V interním srovnání služeb v oblasti duševního zdraví v Terstu se porovnávaly náklady na psychiatrickou léčebnu v roce 1971 s náklady na péči o duševní zdraví v roce 2011. Bylo zjištěno, že náklady se proporcionálně snížily z 28 milionů eur v roce 1971 (tehdy 5 miliard lir) na 18 milionů eur v roce 2011 (Mezzina, 2012, powerpointová prezentace). Zdá se tedy, že komunitní péče o duševní zdraví je levnější než práce ve velké psychiatrické léčebně. Upozor-

ňujeme zde ale, že nemáme údaje, na jejichž základě bychom mohli spočítat náklady na jednoho klienta. Mezzina (2014) ukazuje, že 94 % rozpočtu na péči o duševní zdraví se utratí v KCDZ a 6 % jde na krizové oddělení ve všeobecné nemocnici.

Výsledky

Mezzina (2014) v jednom ze svých článků uvádí, že kvůli vzájemné propojenosti intervencí nejsou dostupné žádné studie efektivity jednotlivých intervencí, ale bylo provedeno mnoho průzkumů a studií výsledků. Ze studie o krizové intervenci vyplývá, že je při prevenci krize a relapsu efektivní (Mezzina & Vidoni, 1995). Celostátní studie ukazuje, že krizová péče v týmu KCDZ je efektivnější po dvouleté následné péči, zejména pokud je spojená s dobrým vztahem, flexibilitou péče a integrovanou péčí (Mezzina, 2014). Při interním průzkumu u 27 klientů, kteří vyžadovali vysoce intenzivní péči a byli sledováni pro dobu pěti let, byly zjištěny 20% pokles symptomů (měřeno BPRS) a také velké zlepšení v oblasti sociálního fungování. Děvět klientů z této skupiny si našlo stálou práci a dvanáct jich bylo schopno bydlet samostatně. Došlo také k 70% poklesu délky hospitalizace (jeden klient léčbu nedokončil). Ze studie o dodržování medikace (Palcic a kol., 2011; Mezzina, 2014) vyplývá, že dodržování léčby dosahuje u antipsychotik 75 %.

Srovnání Utrechtu a Terstu v hlavních číslech

V naší studii jsme se rozhodli porovnat výsledky hlavních rysů v Utrechtu a v Terstu, abychom dokázali snáze zasadit pozorování a výsledky italské praxe v péči o duševní zdraví do holandského kontextu. Utrecht byl nejlogičtější volbou, jelikož iniciátor této studie (Lister) je organizace zajišťující chráněné bydlení právě tam. Studie popisovaná v této zprávě je hlavně kvalitativní, ale čísla, která zde představujeme, poskytují rámec, do něž lze naše pozorování a závěry umístit. Měli bychom však zdůraznit, že vzhledem k rozdílům v organizaci a financování, ale také kvůli způsobu, jímž byla čísla získávána, jsou možnosti srovnání omezené, a proto by zde prezentovaná čísla měla být brána s jistou rezervou. Navzdory všem omezením však tato data poskytují jistý obrázek o tom, jaké jsou mezi těmito dvěma městy podobnosti i rozdíly. Čísla v následující tabulce pocházejí z roku 2013, pokud není uvedeno jinak. Zdrojem čísel z Terstu jsou údaje tamní Agentury pro zdravotní péči v roce 2013 (pokud není uvedeno jinak).

Tabulka 1a: Klíčová čísla z Utrechtu a Terstu (2013)

Místo	Počet obyvatel
Terst	236 000
Utrecht	321 916
Holandsko	16 779 575

Tabulka 1 b: Klíčová čísla z Utrechtu a Terstu (2012—2013)

Místo	Počet lidí v péči o duševní zdraví	Počet lidí v péči o duševní zdraví na 100 000 obyvatel
Terst	4908	2080
Utrecht	asi 17 000*, z čehož je 14 939 EPA***	5000 à 6000, z čehož je 1534 EPA***
Holandsko	asi 900 000**, z čehož je 160 000 EPA***	5000 à 6000, z čehož je 954 EPA***

* Na základě celostátního odhadu je to 17 000 na region s 320 000 lidmi. Měli bychom také upozornit, že rozšíření péče je v tomto městském regionu v praxi o něco vyšší než průměr. V Terstu ani v Holandsku čísla nezahrnují péči o duševní zdraví mládeže.

** Odhad počtu jednotlivých klientů v akutní a krátkodobé péči v nemocnici a dlouhodobých pobytech. (Zdroj: Péče o duševní zdraví v tabulkách, 2014; data z roku 2012)

*** Skupina SMI: Lidé mezi 18 a 65 lety věku s vážným duševním onemocněním. (Zdroj: analýza zprávy o vážných duševních onemocněních)

Jak je vidět z tabulky, v Utrechtu žije více lidí než v Terstu. Navíc patří Utrecht v Holandsku k velkým městům a Terst je na italské poměry docela malé město. V obou městech sídlí univerzita.

V uvedených tabulkách najdete holandská čísla znázorňující počet klientů s vážným duševním onemocněním a celkový počet klientů KCDZ. Důvodem je to, že v Holandsku je procento lidí s duševní poruchou, kterým se v určité chvíli dostane formální či neformální pomoci, ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi relativně vysoké. To platí pro všechny diagnostické skupiny. (Péče o duševní zdraví v tabulkách, 2014) Udělat přesné srovnání počtu klientů v péči v Terstu a Holandsku je proto obtížné.

Tabulka 2: Kapacita nemocniční péče o duševní zdraví v roce 2013

Celkem			Příjmová zařízení v Holandsku: akutní a krátkodobé pobyty v nemocnici Terst: KCDZ a krizové oddělení	
	Počet míst	Na 100 000 obyvatel	Počet míst	Na 100 000 obyvatel
Terst	77	32,6	32	13,5**
Utrecht*	712,3	221	273,5	85
Holandsko	37198	222	11069	66
Příjmová zařízení Dlouhodobá péče			Chráněné bydlení	
	Počet míst	Na 100 000 obyvatel	Počet míst	Na 100 000 obyvatel
Terst	—	—	45	19
Utrecht*	37,5	12	401,3	125
Holandsko	8181	49	1795	107

* Celostátní monitor nemocniční péče o duševní zdraví (LMIG), 2. měření, 2013. Počet míst se počítá podle skutečných dnů pobytu za rok a převádí se na čísla za použití tohoto vzorce: 365 dní pobytu je jedno místo. Protože lůžka někdy nejsou obsazena, počet fyzických míst/lůžek v Holandsku bude vyšší. Pro Itálii nemáme údaje zobrazené ve dnech strávených v nemocnici a počet lůžek je vypočítán na 100 000 obyvatel.

** Je to 26 míst rozmístěných ve 4 KCDZ a 6 lůžek na psychiatrickém oddělení pro krizové situace ve všeobecné nemocnici.

V Terstu mají 45 lůžek v bytech/skupinovém bydlení oproti 401,3 míst v chráněném bydlení (na základě počtu dnů pobytu) v Utrechtu. To je zhruba desetinasobný rozdíl. Poměr lůžek na příjmových odděleních je srovnatelný: V Terstu je 26 postelí ve čtyřech centrech a krizové oddělení ve všeobecné nemocnici má 6 lůžek. Těchto 32 lůžek v Terstu je rovněž zhruba desetkrát méně než celkových 311 míst pro akutní a krátkodobé pobyty v nemocnici plus dlouhodobé pobyty v Utrechtu. V Holandsku je 25 % dostupných příjmových míst (akutní a krátkodobá nemocniční péče a dlouhodobé pobyty) umístěno na uzavřených odděleních. V Terstu se za zavřenými dveřmi vůbec nepracuje. Je tu také velký rozdíl

v typech nabízených lůžek — v Terstu například nejsou žádná lůžka podobná „dlouhodobým pobytům“ (> 1 rok), jaká známe v Holandsku.

Z výše uvedené tabulky můžeme usoudit, že v Terstu ve srovnání s holandskou péčí o duševní zdraví:

- pracují jen s 20 % počtu příjmových lůžek v Holandsku;
- pracují jen s 18 % počtu míst v chráněném bydlení v Holandsku;
- nemají žádná lůžka pro dlouhodobé pobyty;
- pracují výhradně s otevřenými dveřmi ve srovnání s 25 % příjmových míst na uzavřených odděleních v Holandsku.

Tabulka 3a: Počet příjmů do zařízení pro péči o duševní zdraví v roce 2013 (na 100 000 obyvatel)

Místo	Počet příjmů
Terst	272
Holandsko	přibližně 420*

* Čísla z Celostátního monitoru nemocniční péče o duševní zdraví (LMIG): 60 000 příjmových období v 80 % zúčastněných zařízení. Pro Holandsko je odhad na tomto základě zhruba 70 000 příjmových období.

Tabulka 3 b: Délka pobytu v nemocnici podle typu zařízení (2013)

	Celkem	Příjmová zařízení v Holandsku: Akutní a krátkodobá péče v nemocnici / Terst: KCDZ a krizové oddělení ve všeobecné nemocnici	Příjmová zařízení Dlouhodobá péče
Terst	—		
Holandsko*	185	50 % < 1 měsíc	56 % > 4 roky
	Komunitní centra v Terstu	Krizové oddělení v Terstu	Chráněné bydlení
Terst	ø 12 dní	ø 3 dny	není známo
Holandsko*			40 % > 4 roky

* Celostátní monitor nemocniční péče o duševní zdraví (LMIG), 2. měření, 2013.

Kromě mnohem menšího počtu lůžek je zajímavé, jak krátký je pobyt klientů přijatých v Terstu. Doba pobytu v chráněném bydlení v Terstu není známa. Dá se předpokládat, že tyto pobyty jsou dlouhodobé, protože tam je výrazná snaha pomáhat lidem žít co nejsamostatněji. Lidé ve skupinovém bydlení mají tak vážné problémy, že pro ně samostatné bydlení není v krátkodobé perspektivě možné. Navštívili jsme i rezidenční zařízení v bývalé léčebně, kde žijí senioři, kteří mají kromě psychiatrických problémů i výrazné fyzické a kognitivní handicapy.

Tabulka 4: Nařízená léčba v roce 2013 (na 100 000 obyvatel)

Místo	Počet nařízených terapií
Terst	11
Utrecht	213* (RM a IBS)
Holandsko	136** (RM a IBS)

* Zdroj: RIVM (Národní institut pro veřejné zdraví a životní prostředí), 2009. Výpočet tohoto čísla je založen na počtu nařízených příjmů v roce 2009 v Utrechtu — spočítali jsme procento z celkových nařízených příjmů (IBS a RM) v roce 2009 ve městě Utrecht (3 %). Toto procento pak bylo použito k odhadu počtu nařízených příjmů v utrechtském regionu v roce 2013 (za předpokladu, že v Utrechtu byl stejný podíl RM/IBS jako v roce 2009).

** Zdroj: Rada pro soudnictví.

Ačkoli se v Terstu snaží nařízeným příjmům co nejvíce vyhýbat, je to někdy také jeden ze způsobů, jak odvrátit vážné nebezpečí zhoršení stavu. K nedobrovolným příjmům došlo v jednom z KCDZ nebo na krizovém oddělení v nemocnici. Z tabulek 3 a 4 lze vyvodit, že ve srovnání s holandským systémem péče o duševní zdraví:

- V Terstu mají ročně příjmů o 40 % méně a doba pobytu je mnohem kratší.
- V Terstu pracují jen s 8 % holandského počtu nařízených příjmů.

Tabulka 5: Sebevraždy na 100 000 obyvatel (2013)

Místo	Počet	Zdroj
Terst	10,6*	Mezzina, 2014
Utrecht	15,45**	G4/Uživatel (2012, věk. skupina 15+)
Holandsko	11,04***	CBS/Statlin

V Terstu vytvořili projekt Amalia zaměřený na snížení počtu sebevražd. Na Terst připadá průměrně 10,6 sebevražd na 100 000 obyvatel. V celé Itálii to v roce 2012 bylo 6,67 sebevražd na 100 000 obyvatel (zdroj: Eurostat). Dell'Aqua v roce 2003 informoval, že počet sebevražd v Terstu byl za dvacet let snížen z 25 na 12 na 100 000 obyvatel (Dell'Aqua/Mezzina, 2014).

Tabulka 6a: Výdaje na péči o duševní zdraví (v eurech, 2012)

Místo	Celkem	Per capita	Na pacienta v péči
Terst	18 395 379,02*	79,4	3748
Holandsko	5 820 000 000**	347	—

* Zdroj: Databáze Oddělení duševního zdraví v Terstu a prezentace A Cassin, 10. prosince 2014.

** Zdroj: CBS.

Údaje o celkových výdajích na péči o duševní zdraví v Utrechtu nemáme k dispozici, ale známe náklady na klienty s vážným duševním onemocněním (SMI) za rok 2013:

Tabulka 6 b: Náklady na klienty s vážným duševním onemocněním v Utrechtu (v eurech, 2013)

	Náklady celkem	Per capita	Na 1 klienta s vážným duševním onemocněním
Utrecht	85 057 552	264	17 222

Z uvedené tabulky lze vyvodit, že v Terstu pracují ve srovnání s holandským systémem péče o duševní zdraví jen s 23 % rozpočtu (per capita).

Klienti ve vězení a péče o lidi bez domova

Ani pro Holandsko, ani pro Terst nemáme žádná přesvědčivá čísla o rozšíření psychiatrických problémů u zadržených osob. Z rozhovorů s personálem ve vězeňském programu, který organizuje Oddělení duševního zdraví v Terstu, jsme se dozvěděli, že psychiatrické problémy má odhadem 30 % zadržených. Mohou to být klienti, kteří během léčby byli ve vyšetřovací vazbě, nebo ti, u kterých se psychické problémy objevily až ve vězení. Členové vězeňského personálu absolvuují školení vedená lidmi z KCDZ, aby takové případy dokázali lépe rozpoznat.

Jak jsme popisovali v Kapitole 2, má Oddělení duševního zdraví program, v jehož rámci jsou klienti ve vězení navštěvováni a dostávají se jim léčby. V každém centru se touto činností zabývá 4 nebo 5 poskytovatelů zdravotní péče. Kromě toho v Itálii existují vězeňské psychiatrické léčebny. V současné době v takovém zařízení nikdo z Terstu nepobývá. Vězeňský sektor nyní prochází reorganizací.

Podle výzkumů provedených v Holandsku trpí asi 4—6 % zadržených osob psychotickými poruchami, 17 % má nějaké mentální postižení, 14—35 % trpí poruchami nálady a 30 % má poruchy přizpůsobení a splňuje kritéria pro diagnózu závislosti na návykových látkách. Mezi vězni jsou rovněž hojně rozšířené poruchy osobnosti. Rada pro sociální rozvoj (2007) odhaduje, že celkově zhruba 70 % vězňů má nějaké psychické nebo psychiatrické problémy.

Péče o lidi bez domova

V Terstu organizuje péči o lidi bez domova městský úřad, který tuto práci zadává různým charitativním organizacím (Campo San Martino, ICS a Caritas). Existují tu tato zařízení:

- 23 lůžek v noclehárně;
- 40 lůžek pro dlouhodobý pobyt v Caritas;
- 12—15 lůžek pro delší pobyty od městského úřadu.

Po pobytu v jednom z těchto zařízení je prostřednictvím asociace sociálního bydlení Alter možné získat bydlení. Tato asociace má poskytovat bydlení „speciálním skupinám“. Pracovníci péče o lidi bez domova nemají žádná přesná čísla, pokud jde o celkový počet bezdomovců, ale mají údaje o počtu lidí využívajících tato zařízení (ze zprávy sociálních služeb městského úřadu).

Tabulka 7: Péče o lidi bez domova v Terstu (2012—2013)

Noclehárna	627 lidí	12 % italského původu	75 % méně než 9 nocí
Denní útulek	785 lidí	5 % italského původu	Také opatření pro chladné zimy: 12 lůžek pro velmi krutou zimu
Delší pobyty v Caritas a zařízeních městského úřadu	52—55 lůžek		

Zdroj: Výroční zpráva 2012—2013 Campo San Martino

Naše kontaktní osoba z péče o lidi bez domova nám řekla, že počet lidí, kteří skutečně žijí na ulici, je v Terstu nízký, ale že mnoho lidí, kteří využívají poskytování denní péče, nemá „použitelné“ bydlení (žádná voda, elektřina apod.). Lidem v péči KCDZ v Terstu se také dostává podpory, pokud mají problémy s bydlením, a je-li to nutné, poskytnou jim dočasně ubytování přímo v KCDZ. Na základě této strategie se tvrdí, že v Terstu mezi klienty neexistuje bezdomovectví (Mezzina, 2014). Z našich rozhovorů s pracovníky, kteří pečují o lidi bez domova, však vyplývá, že mezi bezdomovci je malá skupinka, která bojuje s psychickými problémy, ale (zatím) se jí nedostává žádné péče. Podle pracovníků pečujících o lidi bez domova by pro tuto skupinu lidí mohla KCDZ dělat více aktivní práce v terénu. Náš zdroj poukázal zejména na to, že obzvláště péče o lidi s psychiatrickými problémy i závislostí (duální diagnózy) by se dala zlepšit. Většina lidí z této skupiny má střechu nad hlavou: v noclehárně není nedostatek lůžek a Oddělení duševního zdraví spolupracuje na projektech poskytovaných městským úřadem a organizacemi pro lidi bez domova a uprchlíky. Vysvětluje se to tím, že v centrech není dostatek času ani peněz. Týká se to také lidí, kteří se často jakékoli péči vyhýbají.

V Utrechtu se v rámci projektu Binnenplaats intenzivně snaží najít přístřeší podstatné části lidí bez domova. V roce 2002 byla mezi městským úřadem v Utrechtu, zdravotní pojišťovnou Agis a všemi stranami zapojenými do péče o lidi závislé na návykových látkách, do sociální péče a péče o duševní zdraví uzavřena dohoda nazvaná Za zdravější Utrecht. Různí poskytovatelé zdravotní péče, včetně SBWU (dnes Lister) dostali za úkol založit ubytovny — zařízení k trvalému ubytování, kde by mohli přebývat dlouhodobě závislí lidé bez domova a kde by mohli na pokojích užívat drogy. Péče byla zaměřena na to, že každému bude nabídnuta osobní cesta. Hodnotíme-li dnes tento přístup, je jasné, že mimo jiné vede i k poklesu a stabilizaci užívání drog a k redukci problémů se zákonem (Vermeulen a kol., 2005).

Klienti s pracovními/denními aktivitami

V Terstu se klade důraz na zaměstnání v sociálních družstvech, na pracovní granty a na výcvik v rámci pravidelné práce. V roce 2013 mělo celkem 176 dospělých (83 žen a 93 mužů) zažádáno o službu zprostředkující umístění do zaměstnání. Většina z těchto lidí spadala podle ICD-10 do diagnostických kategorií F20 – F29 (schizofrenie, schizotypní a poruchy s bludy, 50 % klien-

tů). V Terstu zaměstnávají sociální družstva 600 lidí, z nichž má 70 % nějaký handicap. Ročně tam má 200 lidí pracovní grant a zhruba 10 % z nich se po dvou letech přesune do normálního zaměstnání. Před nástupem krize to však bylo 20—25 %.

Z výsledků průzkumu iniciovaného holandským panelem Psychisch Gezien (Z psychologického hlediska) vyplývá, že v Holandsku má práci (více než 12 hodin) 17 % respondentů ve věku mezi 15 a 64 lety. Klienti, kteří se léčí v zařízení, jež zajišťují péči o lidi s problémy v oblasti duševního zdraví, pracují méně často než lidé, kteří bojují s dlouhodobými duševními problémy, avšak nedostává se jim žádné takové péče (16 % oproti 24 %).

Závěr

Tato studie se zaměřila na kvalitativní analýzu terstské praxe a na to, jak se můžeme z této praxe v Holandsku poučit. V této příloze jsme uspořádali do tabulek některá čísla z Utrechtu a z Terstu, abychom pro prezentovanou analýzu vytvořili určitý rámec. Ačkoli jsou možnosti srovnávání systémů péče o duševní zdraví v holandském Utrechtu a italském Terstu omezené, některá hlavní čísla si zaslouží zvláštní pozornost. Jedná se zejména o poměr počtu lůžek na psychiatrických odděleních a v rámci chráněného bydlení, který je v Terstu v obou případech desetinásobně nižší. Navíc je tam významně nižší počet lidí, kteří musejí podstoupit nedobrovolnou léčbu. Neexistují žádné náznaky, že by v Terstu o hodně víc lidí pobývalo v alternativních zařízeních, jako jsou vězení, forenzní péče a péče o lidi bez domova. Zdá se však, že tam jsou určité nedostatky v aktivní terénní práci pro lidi bez domova.

Nemáme k dispozici žádné údaje z oblasti soukromé péče o duševní zdraví. Na základě rozhovorů s personálem KCDZ a klienty se však dá usuzovat, že ačkoli soukromé praxe existují a poskytují terapii, nenabízejí žádná zařízení, kde by mohli lidé s vážným duševním onemocněním zůstat delší dobu.

PŘÍLOHA 2:

PROGRAM NA PODPORU RODIN

Zátěž členů rodiny lidí s duševním onemocněním **Informace, organizace, sítě, vzájemná podpora**

Program 2014

Od roku 1987 podporuje KCDZ v Terstu iniciativy zaměřené na informování, vzdělávání a aktivní zapojení rodinných skupin. Lepší informovanost členů rodiny a vytváření konkrétních programů zaměřených na vzájemnou pomoc (peer podpora) jsou některé ze služeb, jež mají podporovat rodiny a využívat jejich zkušenosti k tomu, aby dokázaly pomáhat sobě i ostatním.

Léčba a zotavení lidí, kteří mají problémy v oblasti duševního zdraví, jsou bez aktivního zapojení rodiny nemožné. Význam účasti rodiny pro práci KCDZ je dnes už víc než jasný. Průběh duševního onemocnění se významně změní, když se podaří vytvořit pozitivní atmosféru v rámci rodiny a když všechny zainteresované strany dostanou správné nástroje a mají náležitá vědomosti, aby dokázaly zasadit problémy do kontextu a pohlížet na ně v pozitivním světle. Díky takovému přístupu je pak spolupráce a synergie mezi členy rodiny, osobou, jež se péče týká, a KCDZ mnohem snazší.

Podpora rodiny vychází z potřeby rodin vypořádat se pomocí organizované podpory s emočními a psychickými problémy a s obavami, jež zažívají v kontaktu se členem rodiny, který trpí duševním onemocněním.

Rodinný program je pojat jako integrální součást léčebných služeb pro klienty (utenty) a jejich rodiny. Setkání rodin mají zvýšit povědomí o duševních onemocněních, podporovat dialog na téma názorů a přesvědčení a má se na nich diskutovat o tom, jak iracionální mohou někdy prožitky s duševním onemocněním být. Zároveň je to příležitost začít tyto zážitky vnímat jako šanci k růstu a změně. Program tak chce nabídnout rodičům prostředky, díky nimž by mohli vystoupit z „tunelu pocitů viny“ tak, aby mohli být skutečnou oporou pro své blízké a napomáhat jejich léčbě a zotavení.

Obecné cíle rodinného programu 2013—2014

- Zvýšit povědomí rodičů o duševním onemocnění a o tom, jaká mohou mít očekávání a jaké jsou limity léčby ve vztahu ke kapacitě, zdrojům a cílům KCDZ.
- Redukovat stres, pocity úzkosti a tenze tím, že se skupina podělí o své vlastní zkušenosti i o břemeno, jež na rodině leží, a že spolu budou mluvit, diskutovat a vzájemně si naslouchat.
- Posílit sociální síť a rozšířit a posílit kontakt mezi členy rodiny a ostatními skupinami (kultura, politika, sport, volnočasové aktivity aj.). Tím se posilují vzájemná pomoc a interpersonální vztahy.
- Aktivně zapojit rodinnou skupinu do obrany základních práv lidí trpících duševním onemocněním a zapojit jejich rodiny a adekvátní zdroje přispívající k léčbě a zotavení.
- Zajistit kontakt s vládou, aby se na celou problematiku více zaměřila a lépe si ji uvědomovala.

Zapojení rodin do vzdělávacích a informačních programů má tyto výsledky:

- zlepšení kvality života osoby trpící duševním onemocněním i její rodiny;
- redukce či absence krizí a relapsů;
- lepší fungování lidí s duševním onemocněním ve společnosti.

Účast rodičů a členů rodiny v těchto programech není jen užitečná, ale pro zlepšení výsledků léčby dokonce absolutně nezbytná.

Aktivity pro rodinné příslušníky 2014

KCDZ organizuje jednou za čtrnáct dní společný informativní program sestávající ze tří modulů. V prvním se rozebírají role rodiny a zdroje, jež jí umožní lépe porozumět prožitkům jejích blízkých. Druhý modul je zaměřený na zlepšení komunikačních stylů a strategií. Při práci ve skupině se rozebírá „vztah“ k blízkým osobám a účastníci dostávají konkrétní tipy, jak zlepšit komunikaci v rámci rodiny. Ve třetím modulu se zodpovídají obvyklé otázky ohledně krize, každodenního programu, toho, co může KCDZ nabídnout, účinku léků a facilitace zotavení. Lidé se tohoto programu mohou zúčastnit na pozvání Centra duševního zdraví (komunitní centra). Jedná se o součást celkového léčebného plánu.

Program vytvořili odborníci a je zaměřen na rodinné příslušníky, kteří žijí společně s lidmi, již mají zkušenost s psychotickou poruchou. Setkání jsou organizována centrálně a jsou otevřená pro rodinné příslušníky klientů všech KCDZ. Program probíhá v budově Ředitelství Oddělení duševního zdraví na Via Weiss 5.

Kromě toho se konají ještě tyto akce:

1. Čtyři informační schůzky pro rodinné příslušníky dětí s první psychotickou epizodou. Jejich cílem je rychle poskytnout co nejvíce informací a pracovat se strachem a úzkostmi spojenými s první krizí.
2. Obecně informativní setkání pro členy rodiny a místní obyvatele.
3. Skupinová setkání pro rodinné příslušníky nejméně jednou či dvakrát za měsíc. Jejich účelem je výměna informací a vzájemná podpora.

PŘÍLOHA 3:
FORMÁT LÉČBY

Centrum duševního zdraví (Centro Salute Mental) Terst

Návrh léčby zaměřený na osobní rozpočet
(Individuální léčebný plán)

Datum:

Popis situace, okolnosti/pozadí, historie, příčina problémů:

Osobní údaje

Příjmení			
Jméno		Věk	
Jsou v záznamech obsaženy socio-demografické údaje? (1 = Ne 2 = Ano)			
Pokud tam tyto údaje nejsou, zjistěte údaje o následujících skutečnostech:			
Národnost 1 = italská 2 = občan EU 3 = není občan EU, ale má povolení k pobytu nebo turistické vízum 4 = není občan EU a nemá povolení k pobytu			
Rodinný stav 1 = svobodný/á; neženatý/neprovdaná 2 = ženatý/vdaná 3 = žijící odděleně 4 = rozvedený/á 5 = vdovec/vdova			
S kým žije 1 = sám/sama 2 = s rodinou (rodiče/sourozenci) 3 = jen s manželem/manželkou či partnerem/partnerkou 4 = jen s dětmi 5 = s partnerem/partnerkou a dětmi 6 = s jinými příbuznými nebo přáteli (jinými než partner/ka, rodiče, sourozenci) 7 = ve skupinovém bydlení (skupina klientů, kteří bydlí společně) 8 = v domově důchodců nebo v jiné instituci nepsychiatrického charakteru 9 = bez stálého místa pobytu 10 = jiné			
Vzdělání 1 = alfa/beta bez diplomu 2 = první stupeň základní školy 3 = základní škola 4 = střední odborná škola/učiliště 5 = střední škola s maturitou 6 = univerzitní diplom 7 = postgraduální studium			

Pracovní situace 1 = trvalé zaměstnání 2 = dočasné zaměstnání 3 = výcvikový kurz/zácvik 4 = nezaměstnaný/á 5 = hledá první zaměstnání 6 = nemá práci 7 = student 8 = v domácnosti 9 = v invalidním důchodu 10 = jiné		
Povolání 0 = žádné 1 = podnikatel/ka 2 = profese vyžadující magisterský titul 3 = profese vyžadující bakalářský titul 4 = obchodník (trvalé místo) 5 = řemeslník 6 = práce v terénu 7 = administrativní pracovník/pracovnice 8 = recepční, práce v pohostinství 9 = kvalifikovaný dělník/dělnice 10 = nekvalifikovaný dělník/dělnice 11 = v zemědělství 12 = jiné		
Příjem 1 = vlastní příjem 2 = rodinný příjem 3 = jiné		

Vztah s Centrem duševního zdraví (CDZ) a typ intervence

Jak často navštěvuje CDZ? Vycházejte zde z období, kdy se cítí dobře, nikoli ze situace, kdy prožívá krizi. 1 = téměř denně 2 = 2 až 3× týdně 3 = 1× týdně 4 = 2 až 3× měsíčně 5 = 1× měsíčně 6 = méně než 1× měsíčně		
Proč chodí do CDZ? 1 = farmakologická léčba 2 = podpůrné pohovory 3 = intervence zaměřené na zotavení a zapojení / A.A.R.S, A.F.L. — jedná se o určitý druh „pracovních grantů“ pro lidi s handicapem 4 = rozhovory s příbuznými, sousedy, přáteli, pracovní prostředí 5 = finanční podpora		
Je přítomna organická patologie? 1 = ne 2 = ano 99 = není známo		
Pokud ano, jakou látku nejčastěji užívá?		
Je přítomno zneužívání alkoholu? 1 = ne 2 = ano		
Je přítomno zneužívání psychotropních látek? 1 = ne 2 = ano		
Pokud ano, jakou látku nejčastěji zneužívá? 1 = opiáty, marihuana, kokain, extáze a podobné látky, amfetamin 2 = benzo- diazepin 3 = antidepresiva 4 = jiné psychotropní látky — specifikujte jaké:		
Závažnost/Obtížnost Tým hodnotí vztah s daným člověkem na základě jeho postoje a chování vůči centru. 1 = neustálé problémy s chováním kvůli špatnému dodržování terapeutických doporučení 2 = pravidelné problémy s chováním kvůli špatnému dodržování terapeutických doporučení 3 = občasné problémy s chováním 4 = méně závažné problémy s chováním 5 = má dobrý vztah s centrem		

Kritéria pro začlenění do Individuálního plánu péče

Přítomnost těžkého duševního onemocnění 1 = schizofrenie, schizotypní syndromy a bludy včetně psychotických poruch zapříčiněných užíváním drog 2 = poruchy osobnosti 3 = poruchy nálady		
Proč se uplatňuje Individuální plán péče? 1 = nedostatečné životní dovednosti vzhledem k věku a pohlaví 2 = omezená schopnost vypořádat se s nemocí 3 = nedostatečná a/nebo slabá sociální či rodinná síť 4 = jiné (například nutnost zvládnout závěrečné zkoušky)		

Datum zahájení Individuálního plánu péče:

Zapojení odborníci z lékařského a sociálního sektoru a ze sociální sítě

Podílí se na péči jeden či více psychiatrů a/nebo psychologů? 1 = ne 2 = ano		
Pokud ano, specifikujte 1 = psychiatr 2 = psycholog		
Existuje jedna osoba odpovědná za Individuální plán péče? 1 = ne 2 = ano		
Pokud ano, jaká je jeho/její odbornost? 1 = zdravotní sestra 2 = sociální pracovník/pracovnice 3 = specialista na rehabilitaci		
Uveďte jeho/její jméno a příjmení		
Existuje určený case manažer jiný než vedoucí a/nebo osoba zodpovědná za Individuální plán péče? 0 = ne 1 = ano		
Pokud ano, jaká je jeho/její odbornost? 1 = sestra 2 = sociální pracovník/pracovnice 3 = specialista na rehabilitaci 4 = profesionální pečovatel/ka		
Uveďte jeho/její jméno a příjmení		
Jsou nějakí lidé ze sociální sítě mimo instituce zapojeni do Individuálního plánu péče? 1 = ne 2 = ano		
Pokud ano, specifikujte 1 = rodina 2 = sousedi 3 = přátelé, kolegové 4 = jiné osoby		

Ve kterých oblastech Individuálního plánu péče je třeba využívat kontaktní osobu z CDZ? (Uveďte jméno a příjmení kontaktní osoby.)

1 Mladí lidé	
2 Výcvik a práce	
3 Sociální integrace a zapojení	
4 Rodina	
5 Sociální management	
6 Péče o osobní rozpočet a integrovaná péče	
7 Pomoc s bydlením	
8 Ženy	
9 Poruchy příjmu potravy	
10 Transkulturalismus	
11 Medikace	
12 Vězení	
13 Mikrooblast (sousedský tým)	
14 Zdraví / Právo na zdraví	
15 Jiné	

Jsou zapojeny jiné služby a/nebo odborníci? (Zakřížkujte.)

1 Praktický lékař	
2 Oblast	
3 Péče o lidi se závislostí	
4 Mikrooblast (sousedský tým)	
5 Městské sociální služby	
6 Jiné služby: škola apod.	
7 Administrátor	
8 Sociální družstvo	

Spolupráce s jinými službami a odborníky

Má koordináční konzultační pracovní skupina naplánovanou spolupráci s jinými sociálními a zdravotními službami a/nebo odborníky?

1 = ne | 2 = ano

Pokud ano, specifikujte frekvenci a služby a/nebo odborníky

1 = 1× týdně | 2 = 2× měsíčně | 3 = 1× měsíčně | 4 = v případě potřeby | 5 = jinak

Následná péče

Má pracovní skupina naplánovaná následnou péčí v rámci Individuálního plánu péče?

1 = ne | 2 = ano

Pokud ano, specifikujte frekvenci

1 = 1× týdně | 2 = 2× měsíčně | 3 = 1× měsíčně | 4 = v případě potřeby | 5 = jinak

Kritéria pro zavedení case managementu:

- hlavní problém se týká duševního zdraví;
- došlo k velké změně, s níž se klient musí naučit vypořádat;
- existuje určující multidisciplinární plán se společnými cíli;
- existují nejméně dvě oblasti intervence (kontakty v rámci centra);
- existuje nejméně jedna příslušná služba mimo oblast Oddělení duševního zdraví.

Užitečné kontakty a čísla

Zhodnocení probíhajícího Individuálního plánu péče

Jak si klient uvědomuje nemoc

- 1 = Nechápe, z čeho pramení jeho pocit stísněnosti, nespojuje si jej s duševní nemocí a neuvědomuje si, jaký dopad to má na kvalitu jeho života
- 2 = Nechápe, z čeho pramení jeho pocit stísněnosti, nespojuje si jej s duševní nemocí
- 3 = Chápe, že jeho pocit stísněnosti může být zapříčiněn duševní nemocí, ale připisuje to výhradně událostem, jež se odehrály v jeho životě
- 4 = Chápe, že jeho pocit stísněnosti je zapříčiněn duševní nemocí, jež do značné míry ovlivňuje to, co se odehrává v jeho životě
- 5 = Uvědomuje si, že trpí duševní nemocí, i to, jaký vliv na ni měly události v jeho životě

Zvládání nemoci

- 1 = Nulová autonomie při zvládání nemoci, částečně kvůli absenci uvědomování si nemoci
- 2 = Málo autonomie při zvládání nemoci a/nebo nemá stanovené žádné osobní cíle
- 3 = Stanovuje si cíle a hledá způsoby, jak se s nemocí vypořádat, ale většinou to nefunguje
- 4 = S nemocí se vyrovnává efektivně (dokáže odhalit a rozpoznat známky krize, efektivně uplatňuje kontrolní strategie a reguluje symptomy), dává si životní cíle a snaží se je plnit, třebaže s určitými problémy, jež jsou patrné jen pro lidi, kteří ho dobře znají (personál centra, rodina, sociální síť)
- 5 = Totéž jako v bodě 4, ale bez problémů

Každodenní péče o sebe

- 1 = Není schopen/schopna zvládat nebo má velké problémy v jedné až dvou nebo téměř ve všech oblastech (oblékání, koupání/mytí, používání toalety a sprchování, péče o vzhled, výběr jídla)
- 2 = Zjevné problémy v jedné až třech oblastech, ale nejedná se o úplnou nezpůsobilost
- 3 = Nápadné obtíže, snadno rozpoznatelné, avšak ne kritické
- 4 = Problémy se vyskytují, ale nejsou očividné (například dokáže si každý den umýt obličej, ale zdráhá se sprchovat)
- 5 = Autonomie v péči o vlastní osobu v souladu s jeho/jejím věkem, pohlavím a sociální rolí

Autonomie v každodenních aktivitách

- 1 = Není schopen/schopna zvládat nebo má velké problémy s jednou až dvěmi činnostmi nebo zjevné problémy s téměř všemi činnostmi (hospodaření s penězi, nakupování, používání veřejné dopravy, používání telefonu, péče o vlastní životní prostor)
- 2 = Jasně problémy s jednou až třemi činnostmi, nikoli však vážné
- 3 = Jasně potíže, snadno rozpoznatelné v jedné či více činnostech
- 4 = Žádné zjevné problémy s každodenními činnostmi
- 5 = Normální autonomie v oblasti každodenních aktivit, jež je třeba plnit, v souladu s věkem, pohlavím a sociální rolí

Práce, studium a aktivity považované za společensky užitečné

- 0 = Pokud je v sekci „Osobní údaje“ zaznamenáno nezaměstnaný/á nebo hledá první zaměstnání
- 1 = Nedělá nic nebo téměř nic nebo je to, co dělá, považováno za silně neužitečné, či dokonce narušující
- 2 = Jasně problémy s plněním úkolů či ve vztahu s kolegy/nadřízenými v práci nebo ve škole, případně činnosti, jež jsou považovány za užitečné, vykonává jen nepravidelně
- 3 = Problémy s dochvilností a plněním úkolů nebo ve vztahu s kolegy/nadřízenými v práci či ve škole, které se vyskytují během většiny dne
- 4 = Nějaké problémy s dochvilností a plněním úkolů nebo ve vztahu s kolegy/nadřízenými
- 5 = Žádné významné problémy v práci, ve škole či při jiných aktivitách

Bydlení

- 1 = Bez stálého bydliště
- 2 = Závažné problémy s bydlením (např. bez topení, bez vody apod.)
- 3 = Zjevné problémy, nikoli však tak vážné jako v bodě 2 (např. bydlí na odlehlem místě nebo má problémy s údržbou bytu)
- 4 = Pár problémů (např. nevymalováno, potřeba vyměnit vybavení domácnosti, nemá sprchový závěs)
- 5 = Normální situace, dobré podmínky

Finanční situace

- 1 = Žádné příjmy
- 2 = Příjmy nedostačují na nákup jídla a/nebo oblečení (např. sociální dávky, invalidní dávky, minimální důchod apod.)
- 3 = Příjmy nedostatečné vzhledem k mimořádným výdajům (nákup domácích spotřebičů, vymalování, zvláštní výdaje)
- 4 = Příjmy nedostačují k pokrytí luxusnějších věcí nebo zvláštních výdajů (dovolená, provoz a údržba dopravního prostředku)
- 5 = Přiměřené příjmy, dobré podmínky

Sociální a rodinná síť**Volnočasové aktivity**

- 1 = Veškerý volný čas tráví nicneděláním
- 2 = Většinu volného času tráví nicneděláním
- 3 = Zhruba polovinu volného času tráví individuálními aktivitami, které mají minimální nebo žádný smysl (sledování televize, chození do města nebo chození na nákupy bez jasného účelu)
- 4 = Zhruba polovinu volného času tráví individuálními aktivitami, které nemají žádný jasný smysl, ale většinu zbývajících volného času tráví aktivními koníčky a zájmy
- 5 = Polovinu nebo víc volného času tráví aktivními koníčky a zájmy (sport, kino, čtení, vaření, procházky), společenskými aktivitami nebo dobrovolnickou prací

Sociální vztahy

- 1 = Úplná nebo téměř úplná sociální izolace
- 2 = Absence přátel a podpory
- 3 = Sociální vztahy jsou povrchní a je jich málo
- 4 = Jistý nedostatek přátelství a/nebo sociální podpory mimo rodinu
- 5 = Dobré sociální vztahy

Partnerské vztahy

- 1 = Žádný vztah nebo sexuální kontakt
- 2 = Zjevné problémy projevující se chabou komunikací nebo hrozícím rozpadem vztahu
- 3 = Jasně problémy; neshody nebo nedostatek podpory v partnerském vztahu
- 4 = Větší problémy, než je obvyklé
- 5 = Dobrý, stabilní vztah, v němž se partneři vzájemně podporují

Vztahy s rodinou

- 1 = Rodinná pouta zprůtrhaná, velké trhliny
- 2 = Konfliktní situace nebo nedostatečná komunikace
- 3 = Nedostatek rodinných pout či podpory od rodiny a spolubydlících
- 4 = Větší problémy, než je obvyklé
- 5 = Dobré rodinné vztahy, kde panuje důvěra a podpora

Ochota a schopnost neformálních sítí mimo instituci pomoci a spolupracovat

- 1 = Zcela chybí ochota pomoci, nebo jsou dokonce proti
- 2 = Mizivá ochota navzdory skutečnosti, že by byli schopni
- 3 = Ochotní, avšak z různých důvodů jsou problémy se spoluprací
- 4 = Neobyčejná ochota pomoci a nejméně jedna osoba je schopná pomáhat
- 5 = Jako v bodě 4 a účast v aktivitách podporovaných centrem

Zátěž pro rodinu

- 0 = Klient rodinu nemá nebo došlo k úplnému rozvratu rodinných vztahů
- 1 = Silná zátěž pro rodinu/spolubydlící ve prospěch dotyčné osoby
- 2 = Objektivní a/nebo subjektivní zátěž pro nejméně jednoho člena rodiny
- 3 = Častá nutnost si něco odepřít či potíže postihující nejméně jednoho člena rodiny
- 4 = Nepravidelná nutnost si něco odepřít (večírky či dovolené, jichž by se rodina účastnila, pokud by její člen netrpěl poruchou)
- 5 = Žádné zvláštní problémy

Celkový počet bodů

Cíle v dané oblasti	Body	Cíle	Podniknuté kroky	Očekávaná frekvence
Uvědomování si nemoci	1	Rozvíjení uvědomování si nemoci. Rozvíjení vztahu důvěry k centru. Uvědomování si užívání drog.	Během krize pobyt v CDZ, následovaný DH. Cílená psychoedukační sezení. Zapojení začátečníků a skupiny mladých lidí.	Denně
Zvládání nemoci	1	Dosažení dohody ohledně terapeutického plánu. Pochození důležitosti farmakologické léčby.	Cílené psychoedukační rozhovory.	Denně Týdně
Péče o sebe	5	Udržovat dobrou péči o sebe.		
Samostatnost v činnostech	3	Zmírnit nedůvěru v sebe sama. Zvyšovat sebeúctu a zlepšovat schopnost vyrovnávat se se stresem. Podporovat ve studiu a při organizování studia.	Rozhovory, péče o osobní životní prostor, podpora studií.	Denně
Práce, studium nebo aktivity, jež jsou považovány za společensky užitečné	4	Zlepšit soustředění. Zlepšit interpersonální vztahy a sítě. Zvýšit úsilí a přesnost. Podporovat studium. Složit závěrečnou státní zkoušku a dokončit střední/vysokou školu.	Podpora studia. Dobrovolnická práce v projektu Hubility a případně pracovní grant po skončení školy.	Podpora studia 2× týdně (6 hodin týdně). Každodenní organizace učení/studia. Projekt Hubility 2× týdně.
Bydlení	5			
Finanční situace	5			

Personál CDZ	Personál jiných služeb	Hodnocení harmonogramu	Výsledky-ukazatele
	Centrum pro drogové závislosti	Týdně	Akceptace přijetí do centra. Pochopení symptomů poruchy. Uznání aspoň 3 poskytovatelů zdravotní péče jako referenčních bodů.
		Řádně	Zvládání poruchy. Aktivní zapojení do přípravy terapeutického plánu.
			Udržování dobré péče.
Poskytovatelé zdravotní péče	Vzdělávací sociální družstvo/podnik	Týdně	Normální autonomie v požadovaných činnostech v souladu s věkem, pohlavím a sociální rolí.
	Rodiče	3 měsíce (škola) 6 měsíců (pracovní grant)	Složit závěrečnou zkoušku a získat diplom ze střední/vysoké školy. Žádné zjevné problémy v práci či ve studiu.

Cíle v dané oblasti	Body	Cíle	Podniknuté kroky	Očekávaná frekvence
Volnočasové aktivity	3	Část dne se zapojovat do strukturovaných a zacílených aktivit, opustit deviantní přátelství, zapojit rodinu.	Skupina mladých lidí. Zapojení do aktivit se sportovní klinikou.	3× týdně
Sociální vztahy	4	Zvýšit uvědomění potřeby mít zdravé přátelské vztahy.	Zapojení do sportovních aktivit organizovaných skupinou mladých lidí v rámci projektu Hubility. Rozhovory.	Denně
Partnerské vztahy	4	Naučit se vyrovnávat se s frustrací.	Poradenství	Týdně
Vztahy s rodinou	4	Zlepšit komunikaci mezi členy rodiny. Naučit se rozpoznávat vlastní potřeby a přání a umět je vyjádřit. Vypořádat se s vlastní rolí. Zlepšit schopnost zvládat vnitřní i vnější oblasti.	Společná sezení s rodinou. Individuální sezení. Sezení se členy rodiny.	Denně
Ochota a možnost neformálních sítí mimo instituci pomoci a spolupracovat	4	Větší zapojení rodiny a přátel při podpoře klienta ve zlepšování jeho životního stylu a návyků.	Sezení se členy rodiny. Individuální sezení. Setkání s přáteli.	Týdně
Zátěž pro rodinu	1	Zmírnění zátěže pro rodinu. Přesvědčit rodinu, aby vnímala obtíže, jež nemoc přináší.	Zapojení do rodinné skupiny. Individuální sezení se členy rodiny.	Týdně

Personál CDZ	Personál jiných služeb	Hodnocení harmonogramu	Výsledky-ukazatele
	Rodičovské dovednosti v centru pro závislosti (Sert)	3 měsíce	Trávit část času koníčky a zacílenými aktivitami.
	Rodiče	3 měsíce	Dobré sociální vztahy
		6 měsíců	Pozitivní a stabilní vztahy
	Vzdělavatel v centru pro závislosti (Sert)	6 měsíců	Dobré rodinné vztahy, kde panuje důvěra a podpora.
	Vzdělavatel	6 měsíců	Ochota rodiny a přátel zapojit se do určitých aktivit organizovaných centrem.
		6 měsíců	Zmírnění stresu a zátěže, aniž by se popírala specifika případu.

PŘÍLOHA 4:

KLÍČOVÁ ČÍSLA DOPLNĚNÁ O DATA Z ČR

Tabulky 1 až 6, otištěné na stranách 121—125, doplněné o data z naší země.

Tabulka 1a: Klíčová čísla z Utrechtu, Terstu a Česka

Místo	Počet obyvatel	Zdroj
Terst	236 000	
Utrecht	321 916	
Holandsko	16 779 575	
Praha	1 308 632	ČSÚ, 1. 1. 2019
Česko	10 649 800	ČSÚ, 1. 1. 2019

Tabulka 1 b: Klíčová čísla z Utrechtu, Terstu a Česka (2012—2013; 2017)

Místo	Počet lidí v péči o duševní zdraví	Počet lidí v péči o duševní zdraví na 100 000 obyvatel
Terst	4908	2080
Utrecht	asi 17 000, z čehož je 14 939 EPA	5000 à 6000, z čehož je 1534 EPA
Holandsko	asi 900 000, z čehož je 160 000 EPA	5000 à 6000, z čehož je 954 EPA
Praha	82 976 ¹² , z čehož je 6900 SMI ¹⁴	6341 ¹² , z čehož je 527 SMI ¹⁴
Česko	49 556 ¹¹ nebo 604 575 ¹² z čehož je 106 500 SMI ¹³	465 ¹¹ nebo 5677 ¹² , z čehož je 1000 SMI ¹³

¹¹ Počet hospitalizovaných osob v lůžkovém psychiatrickém zařízení v roce 2013, vyjma osob ve věku 0—18 let, ČSÚ, 2015

¹² Počet osob léčených v psychiatrické péči hrazené ze zdravotního pojištění, vyjma osob ve věku 0—18 let, MZ ČR, 2018

¹³ Odhad počtu osob s SMI pro zjištění potřebnosti služeb, Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2013

¹⁴ Odhad počtu osob s SMI (odlišná metodika), KOS, 2017

Tabulka 2: Kapacita nemocniční péče o duševní zdraví v roce 2013

Celkem			Příjmová zařízení v Holandsku a ČR: akutní a krátkodobé pobyty v nemocnici Terst: KCDZ a krizové oddělení	
	Počet míst	Na 100 000 obyvatel	Počet míst	Na 100 000 obyvatel
Terst	77	32,6	32	13,5
Utrecht	712,3	221	273,5	85
Holandsko	37198	222	11069	66
Praha	1555 ¹	118	472 ²	36
Česko	9910 ¹	93	1381 ²	13
Příjmová zařízení Dlouhodobá péče			Chráněné bydlení	
	Počet míst	Na 100 000 obyvatel	Počet míst	Na 100 000 obyvatel
Terst	—	—	45	19
Utrecht	37,5	12	401,3	125
Holandsko	8181	49	1795	107
Praha	1083 ³ a k tomu 1000 ⁴	83 a k tomu 76 ⁴	113	9
Česko	8592 ³ a k tomu 14 000 ⁴	81 a k tomu 131 ⁴	400	4

Velká část péče o lidi s duševním onemocněním probíhá v ČR v zařízeních sociálních, zejména v bytových sociálních institucích.

¹ Celková kapacita lůžkové psychiatrické péče, VZP, 2017

² Celková kapacita akutních lůžek, VZP, 2017

³ Celková kapacita lůžek následné psychiatrické péče, VZP, 2017

⁴ Počet míst v sociálních bytových institucionálních zařízeních, odhad — dokumenty Reformy

Tabulka 3a: Počet příjmů do zařízení pro péči o duševní zdraví v roce 2013 (na 100 000 obyvatel)

Místo	Počet příjmů
Terst	272
Holandsko	přibližně 420*
Praha a Česko	V ČR není celková evidence příjmů do zdravotnických i sociálních zařízení. Uvádět údaj pouze z jednoho sektoru by bylo zavádějící.

Tabulka 3 b: Délka pobytu v nemocnici podle typu zařízení (2013)

	Celkem	Příjmová zařízení v Holandsku a ČR: Akutní a krátkodobá péče v nemocnici / Terst: KCDZ a krizové oddělení ve všeobecné nemocnici	Příjmová zařízení Dlouhodobá péče
Terst	—		
Holandsko	185	50 % < 1 měsíc	56 % > 4 roky
Česko		18 dní ¹	110 dní ²
	Komunitní centra v Terstu	Krizové oddělení v Terstu	Chráněné bydlení
Terst	Ø 12 dní	Ø 3 dny	není známo
Holandsko	N/A	N/A	40 % > 4 roky
Česko	N/A	N/A	není známo

¹ Průměrná doba hospitalizací na akutních odděleních všeobecných nemocnic (MZ, 2012). V případě delší hospitalizace by bylo zařízení finančně sankcionováno, a tak pacienta překládají na lůžka následné péče do psychiatrických nemocnic.

² Průměrná doba hospitalizace v psychiatrických nemocnicích. V těchto hospitalizacích jsou zahrnuty i ty v řádu několika dní. Téměř 3000 pacientů bylo hospitalizovaných déle než 6 měsíců, 820 pacientů déle než 5 let. Zde nejsou zahrnuty údaje z pobytových sociálních služeb, kde klienti zůstávají velmi často do konce života.

Tabulka 4: Nařízená léčba v roce 2013 (na 100 000 obyvatel)

Místo	Počet nařízených terapií
Terst	11
Utrecht	213 (RM a IBS)
Holandsko	136 (RM a IBS)
Praha	K 31.7. 2019 bylo v Psychiatrické nemocnici Bohnice 84 osob se soudně nařízenou ústavní ochrannou léčbou (ne za období celého roku). Není započtena ambulantní ochranná léčba v Praze (není známo).
Česko	V roce 2018 bylo 956 osob se soudně nařízenou ochrannou ústavní léčbou. V roce 2016 mělo 2858 osob nařízenou ambulantní léčbu. (Údaje za rok 2018 nejsou k dispozici). Odhadujeme, že na 100 000 obyvatel bylo v období cca 40—50 osob s nařízenou ochrannou léčbou.

Tabulka 5: Sebevraždy na 100 000 obyvatel (2013)

Místo	Počet	Zdroj
Terst	10,6	Mezzina, 2014
Utrecht	15,45	G4/Uživatel (2012, věk. skupina 15+)
Holandsko	11,04	CBS/Statlin
Česko	12,8	Situační analýza prevence sebevražd v ČR, WHO, 2019

Tabulka 6a: Výdaje na péči o duševní zdraví (v eurech, 2012)

Místo	Celkem	Per capita	Na pacienta v péči
Terst	18 395 379,02	79,4	3748
Holandsko	5 820 000 000	347	—
Česko	393 782 533 ¹	37	—

¹ Ve výdajích nejsou zahrnuty náklady na sociální služby.

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA

- *Analýza současného stavu financování psychiatrické péče, Podkladová analýza v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné*, MZ ČR, Praha 2018
- Anthony, W. A., *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in 1990* s, Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993
- Baart, A., Carbo, C., *De zorgval (The fall from care)*, Thoeris, Amsterdam 2013
- Bauduin, D., *Ethical Aspects of Deinstitutionalisation in Mental Health Care*, final report, Trimbos-Instituut, Utrecht 2001
- Dell'Acqua, G., *Trieste twenty years after: from the criticism of psychiatric institutions to institutions of mental health*, Bron 1995, www.triestesalutementale.it
- *Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním, Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním*, Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, Praha 2013
- *Doporučený postup č. 2/2017, pro sociální část Center duševního zdraví*, MPSV ČR, Praha 2017
- Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mental_health_and_related_issues_statistics,
- Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J., Muusse, C., *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen, Ontwikkelingen in praktijk en beleid (Advances in practice and policy)*, Trimbos-Instituut, Utrecht 2014
- Hoof, F. van, Knispel, A., e.a., *Tendrapportage GGZ 2012, deel 1: organisatie, structuur en financiering (Trend Report CMHC 2012, Part 1: organisation, structure and funding), Ambulantisering (Ambulatory Care Process)*, Trimbos-Instituut, Utrecht 2012

- Höschl, C., Winkler, P., *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*, PCP, Praha 2013
- Janoušková M., Weissová A., Tušková E., Šouláková B., Mladá K., Pasz J., Chrtková D., Růžicková T., Winkler P., *Stigmatizace v České republice, výzkumná zpráva*, NÚDZ, Praha 2016
- Mezzina, R., *Community Mental Health Care in Trieste and Beyond. An „Open Door-No-Restraint“ System of Care for Recovery and Citizenship*, The Journal of Nervous and Mental Disease, 2014
- Mezzina, R., *Deinstitutionalisation proces in Europe — the experience in Trieste*. Presentation on WHO CC Meeting Trieste, 2012
- Mezzina, R., Johnson, S., *Home Treatment and „hospitality“ within a comprehensive community mental health centre*. In: Johnoson, S., Needle, J., Bindman, J., P., Thornicroft, G., (eds.), *Crises Resolution and Home Treatment in Mental Health*, University Press, Cambridge 2008
- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Sells, D., *The social nature of Recovery: discussion and implication for practice*, American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 2006
- Mezzina, R., *Paradigm shift in psychiatry: proces and outcomes*, In: Ramos, S., Williams, J., (Eds.), *Mental Health*, Aldershoft, Ashgate, 2005
- Mezzina, R., Vidoni, D., *Beyond the mental hospital: Crises and continuity of care in Trieste. A four-year follow-up study in a community mental health care centre*, International Journal of Social Psychiatry, 1995
- *MHD Trieste, The mental health service guide*, 2004, www.triestesalutementale.it
- Mierlo, T. van, Bovenberg, F., Vosles, Y., Mulder, N., *Werkboek HIC, High en Intensive care in de psychiatrie*, De Tijdstroom, Utrecht 2014
- Novák, P., Skála, O., Říčan P., Šupa J., *Inspirace pro centra duševního zdraví, Fokus ČR*, Praha 2016 <https://fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/376-terst-fact-otevreny-dialog-inspirace-pro-centra-dusevniho-zdravi>
- *Omezovací prostředky v psychiatrii*, souhrnná zpráva, MZ ČR, Praha 2019

- Ootes S. T. C., *Being in place: citizenship in long-term mental health care*, PHD thesis AMC-UVA, 2012
- Raboch, J., Wenigová, B., *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*, MZ ČR, Praha 2012
- Ridente, P., Mezzina, R., *From residential facilities to supported housing: the individual Health Budgeting method as a form of co-production*, In: International Journal of Mental Health (in Press), 2015
- Sande, R., van der, Nijman, H. L., Noorthorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., Staak, C. van der e.a., *Reduction of aggressive incidents and seclusion by means of short term risk assessment on acute psychiatric wards: A cluster randomised trial*, British Journal of Psychiatry, 2011
- *Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ)*, Věstník MZ ČR, částka 5, 2016
- *Strategie Reformy psychiatrické péče*, MZ ČR, Praha 2013
www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf
- Toresini L., Mezzina R., *Za zdmi, deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*, Fokus ČR, Praha 2017
<https://fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/421-za-zdmi-deinstitucionalizace-v-evropskych-prikladech-dobre-praxe>
- Vandekinderen, C., Roets, G., Roose, R., Hove, G. van, *Rediscovering Recovery: Reconceptualizing Underlying Assumptions of Citizenship and Inter-related Notions of Care and Support*, The Scientific World Journal, 2012
- Vermeulen, K., Toet, J., Ameijden, E. van, *Eindrapportage hostelonderzoek Utrecht: Beter af me bad, bed, brood en begeleiding? (Better of with bath, bed, bread and guidance?)*, GG GD Utrecht, Utrecht 2005
- Winkler, P., *Long-term hospitalisations for schizophrenia in the Czech Republic 1998—2012*, Schizophrenia Research, 2016
- *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*, MZ ČR, Praha 2017

- *Zpráva z mapování kvality péče ve smyslu naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v českých psychiatrických nemocnicích, MZ ČR, Praha 2019*
www.reformapsychiatrie.cz/2019/04/01/zprava-z-mapovani-kvality-pecce-ve-smyslu-naplnovani-umluvy-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim-v-ceskych-psychiatrickych-nemocnicich/

Christien Muusse • Sonja van Rooijen

SVOBODA PREDEVŠIM

České rozšířené vydání publikace Freedom First

Překlad z angličtiny Lenka Němečková

Kapitola o zkušenostech z ČR Pavel Novák a kolektiv

Odborná korektura Ondřej Skála

Typo Werner van Armin

Tisk a vazba Art D — Grafický ateliér Černý, s. r. o., Praha

V edici Marco Cavallo vydal

Fokus Praha, z. ú.

Dolákova 24, 181 00 Praha 8

ISBN 978–80–902741–8–1

Publikace volně ke stažení na www.fokus-praha.cz

PŮVODNÍ VYDÁNÍ FREEDOM FIRST: Trimbos-instituut, Utrecht, 2015 | Vedení projektu a autoři Sonja van Rooijen, Christien Muusse | Spolupráce Dorine Bauduin, Karin van Bentum, Frank van Hoof, Samuele Marsura, Ionela Petrea | Překlad z holandštiny do angličtiny Sandy Reijnhart, TVcN | Vydáno za finanční podpory Lister, Altrecht GGZ, GGZ Breburg, European Assertive Outreach Foundation/EAOF | Grafické zpracování Lister, communications department | Ilustrace na obálce Anne Gadellaa | Vydal Lister, Furkaplateau 15, 3524 ZH Utrecht, Nizozemí; www.lister.nl

„V rukou teď držíte krásný a výmluvný ‚cestopis‘. Je to pohled na každodenní praxi v Terstu, který ukazuje pozitivní stránky celého systému, ale odhaluje i některé nedokonalosti. Jde však také do hloubky a snaží se systém prozkoumat z antropologického hlediska.“

MARLIE VAN LOON, JAN BERNDSEN

„Když jsme byli před lety poprvé v Terstu, byli jsme okouzleni tím, jak se místním kolegům z péče o duševní zdraví povedlo transformovat systém psychiatrické péče. Změnit ho nejen z hlediska vyprázdnění psychiatrické léčebny a vybudování služeb v komunitě, ale také z hlediska pohledu na lidi, kteří mají nějaké psychické obtíže. A nejvíc nás oslovalo, jak se změnil systém péče z hlediska hodnot, jež všichni, kteří v systému pracují, mají zvnitřněné, a také z hlediska jazyka — jak o tom celém (o psychiatrické péči) i o lidech, jimž poskytují podporu, naprosto samozřejmě mluví. I pro nás, kteří jsme už viděli hodně služeb po celé Evropě, byla první návštěva Terstu něco jako iniciace do deinstitucionalizace péče o duševní zdraví. Něco, jak by to mohlo být i u nás. Každá další návštěva v Terstu pak byla dalším prozkoumáváním a upřesňováním našich představ a zároveň nabíjením pozitivní energií. Protože i když jsme postupně začali být k některým věcem v Terstu kritičtí, vnímání celého procesu změny a její výsledné podoby je hodně silný zážitek.“

PAVEL NOVÁK