

Souhrnná zpráva - výstup

II. KONGRES „LÉČBA V PSYCHIATRII“

Clarion Congress Hotel Ostrava, 10. – 13. října 2013



Kongres, jehož ústředním tématem bylo, „co se skrývá pod povrchem“, pořádala Psychiatrická společnost ČLS JEP.

Byl zaměřen především na doporučené postupy (vodítka) léčby v psychiatrii, ale hovořilo se také o reformě psychiatrické péče.

CRPDZ vyslalo na kongres celkem 14 osob z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, ze služeb v Karlových Varech, Sokolově a Chebu, které se účastnily přednášek a sympozií. Podrobný rozpis je přílohou č. 1 této zprávy.

Všichni účastníci se shodli na tom, že kongres byl velkým přínosem pro jejich odborný růst. Konkrétní témata, která je oslovila nejvíce a ke kterým se také podrobněji vyjádřili, jsou shrnuta níže:

Symposium zástupců nemocných

Symposium zástupců nemocných bylo vedeno v duchu konceptu recovery a myšlenky, že nemocný člověk může být na svou nemoc nejlepším odborníkem.

Se zaváděním nových fází a programů – díky lidem s přímou zkušeností s nemocí, kteří našli odvahu se s ostatními podělit o svůj životní příběh, se komunikace mezi lidmi s nemocí a těmi „zdravými“ stává otevřenější a vede k většímu pochopení, což může být pro ostatní nemocné, kteří teprve sbírají odvahu, inspirací a povzbuzením při jejich zotavování.

Byly zde prezentovány příběhy několika lidí, kteří se sami potýkají s duševním onemocněním, ale na svou nemoc již mají náhled.



Jsou to lidé, kteří bojovali a museli se smířovat s mnohdy nelehkými situacemi, které jim život přinášel. Díky sobě, lékařům, svým rodinám a přátelům vše překonávají a jdou dál.

Byl to příběh ženy, která od svých 15 let trpí duševní nemocí, ale dnes má dítě a manžela a cítí se být šťastná.

Byl to příběh muže, který prošel v raném dětství děsivým traumatem, ale dnes pracuje, má rodinu a přátele a svým přístupem k nemoci pomáhá ostatním.

A konečně příběh muže, u kterého pod tíhou existenčních starostí propukla nemoc po dvacátém roce života, ale snaží se jít dál, i díky uměleckým schopnostem, které má, a podobně jako ostatní díky rodině a přátelům, které má kolem sebe.

Reforma psychiatrie

V základních rysech byly představeny 3 fáze implementace nové reformy:

- 1) Iniclace a příprava podmínek
- 2) Realizace
- 3) Vyhodnocení

O obsahové struktuře reformy hovořil MUDr. Martin Hollý. Reforma bude zahrnovat jak obecná, tak specifická doporučení v péči o duševně nemocné a dotýká se organizací, financí, edukace i legislativy.

Reforma a s ní související úkoly pro organizace:

- Zajistit balancovanou péči
- Humanizovat psychiatrickou péči
- Vytvořit speciální oddělení pro vybraná onemocnění
- Modernizace léčebných procesů
- Zajistit dodržování etických standardů
- Zapojit uživatele a rodinné příslušníky - důraz na názor pacienta, systém a program na podporu rodin.
- Mezinárodní spolupráce
- Rozvoj následné sociální a zdravotní péče pro uživatele psychiatrických služeb

Reforma a finance:

- Zvýšení finančních toků do psychiatrické péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění na úroveň průměru zemí EU
- Vytváření pravidel a srozumitelného financování psychiatrické péče (regionální vs. státní financování)
- Financování multidisciplinárních týmů
- Řešení financování forenzních služeb, lůžkových a ambulantních služeb



O využití dotačních prostředků na reformu promluvil PhDr. Jan Bodnár z Ministerstva zdravotnictví. Zmínil mimo jiné fakt, že pokud jde o financování psychiatrické péče, je Česká republika mezi zeměmi EU až na předposledním místě.

V oblasti legislativy půjde především o:

- Zákon o duševním zdraví
- Legislativa týkající se péče o osoby s duševní poruchou s důrazem na jejich práva
- Strukturalizace seznamů výkonů pro běžnou psychiatrii
- Nové služby
- Vzdělávání – rozšíření vzdělávání
- Posilování a zatraktivnění vzdělávání, psychiatrický výzkum
- Budování sítí ambulantních zařízení po celé ČR
- Rozvoj sítě psychiatrických oddělení
- Vybudování denních stacionářů a center duševního zdraví
- Infrastruktura poskytovatelů a psychiatrické péče
- Zkvalitnění veřejných služeb a podmínek života obyvatel
- Výstavba nových a rekonstrukce stávajících zařízení
- Destigmatizační programy a boj s chudobou

Psychoanalýza

Část symposia byla věnována také psychoanalýze a představení toho, co psychoanalýza je a k čemu slouží.

Psychoanalýza vychází z předpokladu, že velká část psychického života člověka probíhá na nevědomé úrovni. Zkoumá protipřenos – díky němuž se terapeut i pacient dobírají lepšího pochopení toho, co pacient svým zjevem a chováním vyvolává v druhých. Pracuje s pomocí tzv. volných asociací. Tzn. že pacient je vyzván, aby mluvil o tom, co mu v hlavě běží, aby se jeho nevědomá přání mohla stát vědomými. Jedinci si někdy zcela neuvědomují některé důležité aspekty svého chování a jejich zvědomění tak může být významným faktorem úspěšné léčby. Mnohé z našeho chování má kořeny v procesech, které jsou nevědomé.

Pacient přichází v předem dohodnutý čas (časy se nemění a dodržují se někdy i v průběhu celé léčby). Pacient je relaxovaný, leží na lehátku, psychoterapeut sedí za jeho hlavou, v křesle. Poloha vychází z teorie volných asociací, kde je důležité „odosobnění“ psychoterapeuta, to pomáhá analyzantovi vyřknout volnou asociaci a psychoterapeuta také určitým způsobem chrání. Absence očního kontaktu není kontraproduktivní, protože vztah psychoterapeuta s pacientem se neztrácí, naopak tato poloha vytváří optimální podmínky k vytvoření přenosu, který je nositelem tohoto způsobu psychoterapie.

Někdy si analytik činí poznámky, jindy je ponechává až na dobu po skončení analytické sezení. Psychoanalytik odpovídá za zázemí analytické sezení, která by měla být oproštěna od rušivých vlivů, jak jen to je možné.

Psychoterapeutická sezení se konají zpravidla 4krát týdně v délce 50 minut



Při psychoanalýze nutně vzniká mezi psychoterapeutem a pacientem určitý vztah, kterému se říká přenos a protipřenos.

Analytik by měl volně asociovat. Chceme po něm, aby nezaujatě a otevřeně mluvil o tom, co mu v hlavě běží. Volně asociovat se pacient musí učit.

Přenášení myšlenek do slovní podoby není tak jednoduché, jak se může zdát. Ne u každého pacienta lze tuto metodu úspěšně použít, jde však spíše o kvalitativní rozdíly. Volné asociace mohou být také úspěšným závěrem psychoterapie. Může trvat i několik sezení, než se pacient naučí asociovat.

Životní styl a duševní poruchy

Poruchy – DISEASES OF MODERNITY. Na žebříčku nejčastějších chorob jsou v dnešní době na prvním místě diabetes a kardiovaskulární nemoci. Do budoucna se však situace vyvíjí tak, že v dohledné době bude mezi nemocemi na prvním místě **deprese**.

Důležitým faktorem v prevenci i léčbě psychických nemocí, a to především depresí, úzkostí, ale i bipolárních poruch, je fyzická aktivita, cvičení, v kombinaci s vitamíny a zdravou výživou (příjem omega 3 NMK).

Deprese bývá také často spojena s obezitou a u obou nemocí je značné procento recidivy. Právě proto je při léčbě i prevenci tak důležitý **pohyb**, a to zejména při medikaci. (z výzkumu vyplývá, že např. kombinace aerobiku + farmaka má velmi dobré výsledky).

Podobná situace je v případě kardiovaskulárních onemocnění. Pohyb snižuje stres, tím i depresi (má stejný účinek jako KBT), proto by měl být praktikován co nejvíce. I zde však samozřejmě platí, že pohybová aktivita je základní, ale nikoliv jediný druh terapie.

Zvláštním odvětvím je pak **psychoterapie metabolického syndromu**. Ten byl dříve léčen pouze po somatické stránce, dnes se již součástí léčby stala i léčba psychoterapeutická. Jde o spojení několika faktorů: 1. režimová opatření (změna životního stylu), 2. farmakoterapie, 3. psychoterapie (KBT pro motivované klienty), 4. bariatrická chirurgie. Důležitá je motivace, aktivní spolupráce, stanovení reálných cílů a odstranění překážek. Je možné sestavit klientovi jídelníček, rozvrh načasování jídla, odstranit negativní stresory. Pozor na nepřiměřené diety, mohou způsobit zhoršení psychického stavu a přinést více škody než užítu. Důležitá je edukace.

Ošetrovatelská péče v psychiatrii včera a dnes

Ošetrovatelství jako obor se začalo utvářet až v rámci změn v posledních 20 letech v souvislosti se zvýšenými nároky na kvalitu ošetrovatelské péče, na vzdělání a kompetence, ale i v souvislosti s legislativními změnami se vstupem do EU.

O vzniku moderního ošetrovatelství jako samostatné vědecké disciplíny lze hovořit od roku 2004. Dnes má tento obor svou vlastní metodologii, systém pre- a postgraduálního vzdělávání i národní profesní organizace.



Charakteristickými rysy oboru jsou především holistický přístup k nemocnému, aktivní ošetrovatelská péče, individuální péče, péče poskytovaná na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, preventivní charakter péče, poskytování ošetrovatelské péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (kompetence sester).

Zatímco medicína jako obor je zaměřena především na chorobu samotnou (vyléčení, zmírnění příznaků), ošetrovatelství je zaměřeno na pacienta (jak se cítí, jeho potřeby, uspokojování potřeb, doporučené oš. intervence)

Závěr: v oboru všeobecná sestra musí nastat změna obsahu vzdělávání, a celkově změna kompetencí všeobecné sestry. Ošetrovatelská péče je aktivní, avšak nesupluje práci lékaře, oba obory jdou ruku v ruce.

Role psychiatrických sester v systému péče – z praxe: celkem je v ČR 4.000 sester v psychiatrii v léčebnách, nemocnicích a ambulancích, avšak jen 30 % těchto sester má k tomu odpovídající vzdělání. Pokud nastane naplňování strategie reformy, bude posílena i role těchto sester.

Symposium zdravotníků – nelékařů

Role komunitních psychiatrických sester v systému péče o duševní zdraví

Terénní psychiatrická péče nemá v České republice ideální podmínky. Rozvoj péče se odráží ve strategii reformy psychiatrické péče. V komunitní péči může pracovat pouze sestra se specializací v psychiatrii. V praxi to znamená, že klinika ESET má v současnosti dvě psychiatrické sestry, Ondřejov 1 sestru, ÚVN Praha 4 sestry, KTC Bohnice 4 sestry a Dům duševního zdraví Ostrava 2 sestry pracující v komunitní péči.

8. 10. 2013 byla schválena strategie reformy psychiatrické péče, která klade důraz na rozvoj komunitních služeb. Mělo by dojít ke vzniku Center duševního zdraví (1 CDZ/100 000 obyv.), na 100 000 obyvatel by mělo připadnout 5 komunitních sester a psychiatrické ambulance by měly mít možnost uplatnit své sestry v komunitní péči.

Do budoucna by se měly prosazovat nové výkony – aplikace depotní injekce, podpůrný rozhovor s rodinou a výjezd krizového týmu. Počítá se s komunikací s pojišťovnami o navýšení úhrad a s větší vstřícností při nasmlouvání nových služeb. Ty by se mělo týkat i jiných diagnostických skupin.

Od května roku 2012 pracuje terénní psychiatrický tým ÚVN. Čtyři psychiatrické sestry spolupracují se sociálními pracovníky z komunitního týmu Fokus Sever-západ. Vstup klienta do služby je indikován na základě zakázky od ambulantního psychiatra, rodiny, po propuštění pacienta z hospitalizace či převzetí od jiných týmů. Pokud jde o zakázku ambulantního psychiatra, je vystaven poukaz na domácí péči s platností jednoho měsíce a stanoví se frekvence návštěv.

Komunitní terénní centrum Bohnice vzniklo v roce 2012. V současnosti zde pracuje 5 a $\frac{3}{4}$ sestry. Toto centrum spolupracuje s centrem krizové intervence, Bonou, Fokusem, psychiatrickou nemocnicí a spádovými psychiatry pro Prahu 8 a 9. Cílem terénního centra je, aby klient mohl žít v přirozeném prostředí a aby se snížil počet hospitalizací. Toto centrum



klade důraz na vztah, respekt a pozornost ke klientovi, poskytuje volnočasové aktivity a návštěvy v domácím prostředí.

Dům duševního zdraví v Ostravě-Porubě se stacionární péčí poskytuje odlišnou péči než v ambulanci nebo v terénu. Důraz je kladen na schopnost navázat vícevrstevný vztah, kreativitu, individuální přístup a plánování s cílem zvýšení sebeúcty, sebedůvěry a motivace klienta k žití v domácím prostředí. Služby jsou zaměřené na rehabilitační a resocializační činnost. Provádí se zde různé nácviky klientů - kognitivních funkcí, soběstačnosti, zvládání sociálních situací a pracovních návyků. Upevňují se sociální kontakty a navazují nové, jezdí se na výlety, výstavy a do divadla. Dům duševního zdraví v Ostravě spolupracuje s ambulantními psychiatry, psychiatrickými odděleními, krizovým centrem a dalšími sociálními službami - Mens Sanou, Pavučinou, Spirálou, Asociací Trigon, klubem Mlýnek, Targetem a charitou sv. Alexandra.

Kognitivně behaviorální terapie u psychických poruch

V této sekci lékaři představili ostatním účastníkům, jak funguje metoda KBT v porovnání s jinými psychologickými a psychoterapeutickými přístupy. Na základě zmapování základních problémů, které se daných klientů mohou týkat, byl sestaven psychoedukační program s 12 moduly. Ten byl vyzkoušen na cca 12 pacientech, kteří byli v té době hospitalizováni na psychiatrickém oddělení olomoucké kliniky anebo docházeli do denního stacionáře. Vše bylo vytvářeno a vedeno v internetové podobě a hlavní důraz byl kladen na srozumitelnost, přehlednost a především užitečnost.

Na počátku dostali klienti informace o své diagnóze, její léčbě, medikaci, varovných příznacích (počínající krizi), cirkadiálních rytmech, myšlenkových a postojových vzorcích a v neposlední řadě také o oblasti týkající se problémů v komunikaci, a to včetně upozornění na to, v jakých oblastech se mohou vyskytnout pravděpodobné problémy apod. Moduly obsahují i cvičení, na kterém si klienti vše mohou zapisovat, ukazují jim cestu, jak by se například daný problém dal řešit, nebo aby se danému problému alespoň uměli postavit.

Velkým přínosem této práce s moduly je, že klienti dostávají od e-terapeuta zpětnou vazbu na své jednání (resp. vyplněná cvičení) a mohou se na ně kdykoli obrátit. Pro mnohé účastníky bylo překvapivé i to, když nám MUDr. Práško sdělil, že celé toto hodnocení v současné době provádí zcela zdarma, jelikož metoda zatím není plně odzkoušena a nebude tedy nabízet a poskytovat za peníze něco, pokud neví, zda to klientům opravdu pomůže.

Jak nám bylo sděleno, nabídka na absolvování e-programu byla rozeslána náhodným klientům vedeným v jejich databázi. Z celkového počtu 86 klientů projevil zájem 28 klientů. Zatím jsou s ním všichni velmi spokojeni a vyplňují jej poctivě a k svému vlastnímu prospěchu. Snad je to způsobeno také tím, že až dosud nebylo s klienty s bipolární poruchou nijak systematicky pracováno. Asi ve dvou případech došlo během programu k relapsům deprese, ale samozřejmě i s tímto se do programu přichází a nelze to úplně vyloučit, po opětovném zotavení lze znovu pokračovat.

Celkové zhodnocení programu bude probíhat za půl roku, rok a za dva roky. Hodnotit se bude hlavně podle počtů relapsů a počtu rehospitalizací během sledovaného období ve skupině.



Závěrečné hodnocení jedné z účastnic:

V celkovém zhodnocení bych chtěla hlavně poděkovat za to, že jsem se mohla této konferenci zúčastnit. Myslím, že hlavně nám jako terénním pracovníkům, kteří denně pracujeme s lidmi s duševním onemocněním, hodně dalo také to, že jsme se mohli pohybovat v lékařském prostředí, což pro nás bývá mnohdy nedostupné. Zde nabyté poznatky se nyní budu snažit promítnout i do své praxe tak, abych co nejefektivněji mohla pomoci našim klientům k zotavení. A nezbývá než doufat, že bude stále udržována hojnost takovýchto setkání odborníků a dalších pracovníků v dobré víře pomoci co nejvíce lidem a co nejkvalitněji. Vždyť nikdo z nás nemůže vědět, zda některou z těchto pomoci nebude jednou sám potřebovat. Z mého hlediska jsem snad zde sdělila již vše a budu doufat v příznivý dopad těchto informací na naše klienty, a snad se budu moci někdy v budoucnu opět zúčastnit dalšího takto přínosného setkání.

