

úvodník

CDZ

Nedávno jsem ve společnosti 15 psychiatrů a psychologů hovořil s jednou kolegyní o vhodnosti péče CDZ pro jejího pacienta. Vtom se ke mně obrátil jeden z psychiatrů a zeptal se mě, o čem to vlastně mluvíme, co ty zkratky CDZ a SMI znamenají, nikdy předtím to prý neslyšel. Několik dalších kolegů ze společnosti se k němu připojilo. Dost mě to zaskočilo. Tím, že se dlouho pohybuji v prostředí, kde se řeší reforma, a tím, že jsme jedno CDZ zřizovali, považoval jsem za samozřejmé, že všichni vědí, o čem jde. Teď vím, že tomu tak není, a místo abych, jak jsem původně plánoval, rovnou hovořil o zkušenostech, které jsme provozem CDZ nabyli, uvedu nejprve pár základních informací.

CDZ, tj. Centrum duševního zdraví, je zdravotnické a zároveň sociální zařízení, v němž pracuje multidisciplinární tým složený ze specializovaných psychiatrických sester, sociálních pracovníků, psychiatra, klinického psychologa a peer konzultanta*. Cílovou skupinou CDZ jsou pacienti, kteří trpí zvláště těžkým duševním onemocněním (SMI = serious nebo severe mental illness), které je charakterizované významným funkčním postižením. Jde o pacienty z diagnostických okruhů F2, F3, event. F42 a F60.5, pro které je běžná ambulantní péče obtížně dostupná právě pro jejich funkční deficit a sociální izolaci. Druhou cílovou skupinou jsou osoby s potřebou včasné intervence, tj. pacienti „ohrožení rozvojem SMI“.

Výhodou služby CDZ je to, že její hlavní těžiště spočívá v terénní péči poskytované v přirozeném domácím prostředí pacienta. Mobilní tým složený z psychiatrické sestry, sociálního pracovníka a dle aktuální potřeby i psychiatra a klinického psychologa může v pacientově přirozeném prostředí provádět psychiatrickou a sociální rehabilitaci, edukaci, práci s rodinou. Psychiatrická sestra řeší medikaci, její užívání, kompliance. Stejně tak mapuje i jiné zdravotní potřeby, řeší i somatickou péči, pomáhá zprostředkovat kontakt pacienta s praktickým lékařem (kterého mu někdy musí sehnat), se specialisty, stomatologem... Sociální pracovník (pracovnice) mapuje finanční zajištění či problémy, často i dluhovou problematiku. Poradí a pomůže s příspěvkou, na které má klient nárok. Starost a pomoc ve všech oblastech pacientova života je často motivující i pro lepší spolupráci při psychiatrické léčbě. Tuto formu práce si velmi pochvalují blízcí našich pacientů.

CDZ poskytuje také několik dalších služeb:

- nízkoprahové denní služby, kam mohou pacienti v průběhu dne docházet za účelem psychiatrické rehabilitace, aktivizace a překonání sociální izolace,
- krizové služby mobilní, telefonické, některá CDZ i pobytové,
- ambulantní služby psychiatra, klinického psychologa, psychoterapeuta.

Snahou CDZ je nejen léčba, ale také snížení funkčního deficitu, dosažení pacientova zotavení a jeho zařazení do společnosti. První CDZ bylo spuštěno před několika lety na Praze 8 a kromě něj v současnosti fungují CDZ v rámci pilotních programů Ministerstva zdravotnictví v těchto lokalitách: Brno, Havlíčkův Brod, Hradec Králové, Cheb, Karlovy Vary, Mladá Boleslav, Kroměříž, Opava, Pardubice, Plzeň, Praha 6, 9, 10, Přerov, Strakonice, Trutnov, Uherské Hradiště. V příštím roce zahájí provoz další CDZ, celkem by jich mělo pilotním provozem projít 30. Cílem pro budoucnost je 100 CDZ, tj. jedno na 100 tisíc obyvatel.

Ke konci letošního roku končí pilotní provoz několika prvních CDZ a to je čas na krátké ohlédnutí. Nemáme zatím k dispozici data pro statistické a ekonomické zhodnocení, můžeme však shrnout alespoň subjektivní zkušenosti, které jsme za uplynulé období nabyli.

Co práce v CDZ přinesla?

Především zcela jinou zkušenost s péčí o závažně nemocné pacienty. Je odlišná intenzitou kontaktu a mnohem větší horizontalitou, kdy je péče přizpůsobována pacientovým možnostem a potřebám.

Velkým přínosem je fakt, že péče z velké části probíhá v pacientově přirozeném prostředí. Nejednou jsme překvapeni, že tam potkáváme jiného člověka než toho, který pokorně sedí v čekárně a při vyšetření o sobě uvede několik stručných informací. Vidíme, jaké je jeho domácí prostředí, jak jej ovlivňuje rodina a blízká komunita.

Zcela nová a většinou velmi pozitivní je zkušenost ze spolupráce různých odborníků a jejich vzájemné obohacování odlišnými perspektivami. Jako velmi užitečné se ukázalo zapojení peer konzultantů, kteří vnášejí do týmové práce jiný pohled, umějí s pacienty navázat velmi kvalitní rovnocenný kontakt a získávat je ke spolupráci v léčbě a rehabilitaci.

Jedním z nejmarkantnějších přínosů je možnost dlouhodobě udržet pacienta v domácí léčbě, nebo alespoň snížit frekvenci hospitalizací či dosáhnout jejich zkrácení. Ukazuje se také, že do péče CDZ lze propustit některé dlouhodobě hospitalizované pacienty, u nichž to bez předání do intenzivní extramurální péče nebylo předtím možné.

Co se ukázalo?

Při přípravě reformy se hovořilo o tom, že aby byla úspěšná, musí dojít ke změně pohledu, myšlení a přístupu na straně poskytovatelů a plátců služeb, ale i mnoha dalších aktérů v péči o duševně nemocné. Tyto změny již probíhají a průběžně se s nimi setkáváme.

Přes počáteční nedůvěru se významně zlepšuje spolupráce s lůžkovými zařízeními. Nelze také opominout fakt, že mezi prvními 18 CDZ je u 6 spoluzřizovatelem psychiatrická nemocnice.

Také někteří ambulantní psychiatři přes počáteční obavy zjistili, že jim spolupráce s CDZ významně ulevuje v péči o ty nejsložitější pacienty.

Jedním z velkých pozitiv pilotního provozu CDZ byl přístup zdravotních pojišťoven. Od chvíle, kdy byla činnost CDZ zahájena, spolupracovaly zdravotní pojišťovny v čele s VZP na mapování jejich aktivit a přípravě udržitelného financování. To je nyní de facto připraveno ke spuštění od 1. ledna 2020. Rovněž krajské úřady jako plátcí sociální části péče jsou ve velké většině případů vstřícné a ochotné zahrnout CDZ do svých dlouhodobých plánů.

Ukazuje se, že práce CDZ se často liší dle toho, v jakém regionu CDZ působí – zda jde o velkoměstskou populaci, či spíše o rurální oblast. Roli hrají také geografické odlišnosti nebo sociokulturní faktory. Zajímavá je také odlišnost CDZ v důrazu na sociální či zdravotní služby v závislosti na tom, jaké organizace je primárně zřizovaly.

Co je problematické a jakým výzvám čelíme?

Zjistili jsme například, že si musíme dát pozor, abychom pacienty péčí „nepřesytili“, abychom je netlačili za hranice jejich aktuálních možností. Lidé s SMI jsou často zvyklí fungovat na velmi nízké energetické hladině. Zahrnout je péčí, stimulací k aktivitám či sociálními kontakty může být kontraproduktivní. Naučili jsme se být v tomto ohledu opatrní.

Také jsme se naučili dávat pozor na to, abychom stále respektovali pacientovo přání a rozhodnutí, abychom nesklouzávali k paternalistickému expertnímu přístupu a udržovali s našimi pacienty pokud možno horizontální vztahy.

Velkou výzvou byla spolupráce lidí ze dvou zcela odlišných systémů – zdravotního a sociálního. Lišili jsme se jak úhlem pohledu, tak systémem práce. Podstatné bylo neuvíznout v rozdílech, za každou cenu neprosazovat svůj postoj. Museli jsme se naučit přijmout odlišnosti a hledat modus spolupráce ve prospěch klientů. Myslím, že se to nakonec všem týmům daří, odlišnost přestává být problémem a stává se obohacením.

Podobnou a navazující výzvou je týmové rozhodování. Přejít z navyklych hierarchických do nových horizontálních vztahů nebyl pro všechny lehký.

Důležité bude, aby se z CDZ v průběhu vývoje nevyvinuly další „institute“, ale aby si uchovala flexibilní způsob práce s hlavním těžištěm v poskytování péče v pacientově přirozeném prostředí.

Slabá místa?

Není jistě překvapením, že budu na prvním místě jmenovat nedostatek personálu. Dotýká se všech CDZ, liší se tím, ve které oblasti má to které CDZ největší problém. Například v našem přerovském CDZ jde aktuálně o nedostatek, resp. fluktuaci sociálních pracovníků.

Jako problematická se jeví meziresortní spolupráce na úrovni ministerstev, především mezi Ministerstvem zdravotnictví, které je hlavním motorem reformy, a MPSV, které se ke své odpovědnosti za sociální část služeb poskytovaných CDZ hlásí jen váhavě. Z tohoto pohledu vnímáme jako nadějný vznik Rady vlády pro reformu psychiatrické péče, která by se měla stát místem nadresortního řízení a stimulantem spolupráce ministerstev. Slabým místem v sociální sféře je také nízká dostupnost následných sociálních služeb, především různých forem bydlení a chráněné práce. Variabilní je ochota ke spolupráci některých praktických lékařů i specialistů včetně psychiatrů.

Problematická je také dostupnost možnosti krátké hospitalizace k překonání aktuální krize nebo dekompenzace nemoci. Většina zařízení následné péče je navyklá na delší hospitalizace a jen postupně přichází na to, že ve spolupráci s intenzivně fungujícím CDZ je možné délku hospitalizace často redukovat.

Pět prvních CDZ počátkem roku 2020 přechází z dotacemi hrazeného pilotního fungování do ostrého režimu financování ze zdravotního pojištění a z rozpočtů krajských úřadů. Vyvolává to v nás pocity nejistoty, ale i naděje, že tento přechod zvládneme a provoz CDZ budeme moci udržet. Ostatní CDZ v pilotním provozu pokračují a budou k nim přibývat další. Zároveň se začnou pilotně testovat nové formy služeb – Ambulance s rozšířenou péčí a Specializované mobilní týmy. Reforma psychiatrické péče se rozjela, nyní záleží na tom, jakým tempem bude pokračovat, nakolik bude rozumná a vyvážená, s jakými limity se bude setkávat. Vypadá to však, v to doufám, že se už nezastaví.

*prim. MUDr. Juraj Rektor
Psychosociální centrum Přerov
nám. Přerovského povstání 1
750 02 Přerov
rektor@psyche.cz*

**Peer konzultant je zpravidla sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách, který má osobní zkušenost s duševní nemocí. Tuto zkušenost může s pacienty sdílet, získávat je ke spolupráci na léčbě a svým příkladem zotavení jim dodávat naději.*