

SPOLUPRÁCE S CDZ V PRAXI

- **MUDR. TATIANA FABÍNIOVÁ , CDZ BRANDÝSKO, PA PRAHA 8**
- MUDR. REKTOR JURAJ, PSYCHOSOCIÁLNÍ CENTRUM PŘEROV
- MUDR. BENEŠ JAN, CDZ MLADÁ BOLESLAV
- MUDR. TEREZA SZYMANSKÁ, BROUMOV

„Primárnym objektom psychiatrie nie je mozog,
ale osoba žijúca vo vzťahoch.“ (Fuchs, 2021)

Citováno z prezentace „Úprimne o úprimnej knihe“, MUDr. M. Patarák, PhD

CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

- Nový prvek v systému ?
- Nutná spolupráce s ambulancemi/nenahrazuje ambulance
- Multidisciplinární přístup (case management, psycholog, sociální pracovník, peer konzultant)
- Profilují se z různých prostředí – sociální služby, zdravotní služby, charita

CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

- Přijetí do služby – indikuje lékař lůžkového zařízení, ambulantní lékař-
psychiatr
- Mapování situace zájemce, prezentace na společné poradě týmu
- Vstupní vyšetření lékařem CDZ, který indikuje zavedení do péče CDZ,
pokud jsou podmínky přijetí splněny (to nemusí nutně znamenat změnu
psychiatra)

PROBLÉMY – KOMPETENCE LÉKAŘE

- Mají být všichni klienti CDZ v péči psychiatra CDZ ?
- Pokud ne - kompetence ambulantního psychiatra a psychiatra CDZ – duplicita péče?
Odpovědnost?
- Komunikace s ambulantním psychiatrem pacienta – časová náročnost? Operativní komunikace? Pravidelná komunikace? Písemná dokumentace? (výkony 35050, 35117, 35853)

KAZUISTIKA

- Pacient se SCHA poruchou, náhled jen částečný.
Nově DM II.typ
- Sociálně funguje hraničně, ale spolupráci se sociálními službami či CDZ dlouhodobě odmítá
- Aktuálně dluh na bydlení, hrozí vystěhování.
Nakonec souhlasí s konzultací v CDZ.
- Potkává velmi empatického soc.pracovníka,
naváže spolupráci
- K lékaři CDZ pacient odmítá chodit. Předání pacienta komplet do péče CDZ se nezdařilo.

PROBLÉMY – DIFERENCE SOCIÁLNÍHO A ZDRAVOTNÍHO POHLEDU

- Sociální pracovník – antipsychiatrický přístup ?
- Přemíra dotazníků, souhlasů apod. u sociálních pracovníků
- Zdravotníci víc pocítují odpovědnost za zdravotní/psychický stav pacienta a za důsledky dekompenzace
- Nedostatečné povědomí soc. pracovníků o psychických onemocněních?


KAZUISTIKA

U pacientky ve výrazné psychosociální zátěži (rozvod) dochází k dekompenzaci stavu s následnou hospitalizací.

KOT udržuje kontakt s pacientkou i za hospitalizace, jsou v telefonickém kontaktu, dojíždějí za ní do nemocnice.

Psychiatrickou ambulanci kontaktuje otec pacientky, má zájem o spolupráci s KOT. Pacientka s rodiči aktuálně nechce komunikovat. Otec je podporující, má informace od manžela, že za pac. jezdí do nemocnice a činí nátlak v majetkových záležitostech.

Case managerka striktně odmítá komunikovat s otcem – nemá podepsaný souhlas klientky.



VÝHODY SPOLUPRÁCE SE SOC. PRACOVNÍKY

- Nevystupují jako „zdravotnická autorita“
- Pacienti s absolutní anozognozií, či „traumatem z hospitalizace“ akceptují řešení sociálního problému, ale nechtějí řešit duševní zdraví
- Nezastupitelná role peer konzultantů

PROBLÉMY – DOPROVODY K LÉKAŘŮM

- Chroničtí pacienti často nechodí ani k PL
- Kontakt s ambulancí nezvládají v důsledku kognitivního dysfunkce
- Příležitost pro komunikaci s PA či PL
- Prostor pro asertivní práci týmu s klientem
- Někdy naopak práce na zplnomocnění klienta

KAZUISTIKA

Jiří, 46 let

RA: sestra SCH, vykonává OLÚ, matka paranoidní – neléčí se. Jiří má 2 potomky z incestního vztahu sestrou – umístěny v náhradní péči

Rodina žije izolovaně od společnosti, v nevyhovujících hygienických podmínkách.

Pracovala jen matka, ale cca před rokem o práci přišla.

Spolupráce CDZ zahájena v souvislosti s nemocnou sestrou, která neplnila OLA. Pracujeme s celou rodinou.

U matky se podařilo vyřídit důchod – rodina má aspoň nějaký příjem.

KAZUISTIKA

Jiří pomáhá sestře sepisovat stížnosti na soudy a zdravotnická zařízení. Věc řešil i veřejný ochránce práv.

Rodina má konflikty s okolím. Oslovuje nás sociální odbor v místě bydliště, který si dlouhodobě s rodinou neví rady.

Oslovuje nás bezprostřední sused, který se cítí ohrožen. PČR v místě opakovaně zasahuje. Efekt jen krátkodobý.

Po hospitalizaci sestry na psychiatrii se snažíme s rodinou zůstat v kontaktu a situaci monitorovat. Měsíce se nám to nedaří.

KAZUISTIKA

Postupně je Jiří ochoten s námi mluvit před vraty, pomalu upouští od slovní agrese.

Zjišťujeme, že má na PDK špatně se hojící ránu. Po několika návštěvách je ochoten defekt ukázat a nechat se ošetřit.

Pátráme po příčinách chronifikace defektu. Kromě tristní hygieny zjišťujeme hyperglykémii. Motivujeme k návštěvě odborné ambulance.

Po nějaké době Jiří souhlasí. Jiřího se podařilo registrovat u praktického lékaře a následně dispenzarizovat v diabetologické ambulanci.

Jiří po několika letech opustil bezpečí domova.

PROBLÉMY

- Regionalita
- Více psychiatrů v CDZ na zkrácený úvazek
- Odmítání CDZ převzít opravdu složitého, nespolupracujícího pacienta
- Otázka péče o poruchy osobnosti
- Duální problematika

VÝHODY

- Řešení sociálních problémů
- Řešení somatického zdraví
- Pacient je v kontaktu s více pracovníků – větší pravděpodobnost zachycení krize
- Možnost druhého pohledu
- Sdílení některých složitých rozhodnutí v týmu (svéprávnost, nedobrovolná hospitalizace, ŘP)

ZÁVĚR

- CDZ nepovažují za zbytečnou službu ani za zbytečný luxus
- CDZ již mají své místo v systému péče o duševní zdraví
- Standardy péče v CDZ se dál vyvíjejí (může být vnímáno jako pozitivum i negativum)
- Vhodná by byla větší prezentace center duševního zdraví (příklady dobré praxe)

Reforma je prosba nejpotřebnějších pacientů o zlepšení kultury a přístupu v péči o duševní zdraví – CDZ jsou nositelem těchto hodnot.