

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
LEKÁRSKA FAKULTA

TERSTSKÝ MODEL PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI
– KOMUNITNÁ PSYCHIATRIA

ŠPECIALIZAČNÁ PRÁCA

Študijný program: psychiatria

Školiteľ: Doc. MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.

Bratislava 2013

MUDr. Tatiana Magová

Zadanie špecializačnej práce

Názov: Terstský model psychiatrickej starostlivosti – komunitná psychiatria.

Študent: MUDr. Tatiana Magová

Školiteľ: Doc. MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.

Školiace pracovisko: Psychiatrická klinika FN Bratislava Ružinov

Vedúci pracoviska: Doc. MUDr. Alojz Rakús

Akademický rok: 2012/2013

Anotácia: Prehľad historického vývoja psychiatrie v Terste (Taliansko), súčasná prax komunitnej psychiatrie v terstskej Sekcii pre starostlivosť o duševné zdravie, ktorá je od r. 2010 spolupracujúcim miestom WHO pre výskum a tréning v oblasti duševného zdravia.

Jazyk práce: slovenský

Dátum schválenia zadania: 17.5.2012

Pod'akovanie

Ďakujem školiteľke Doc. MUDr. Ľubici Forgáčovej, PhD. za cenné rady a pripomienky, za profesionálny a zároveň ľudský prístup. Rovnako ďakujem svojej rodine, priateľom a kolegom, ktorí si prácu prečítali a vyjadrili k nej svoje názory.

Abstrakt

Cieľom práce bolo priblížiť terstský systém starostlivosti o duševné zdravie, ktorý patrí medzi modely tzv. komunitnej psychiatrie. Po zoznámení sa s históriou reformy psychiatrie v Taliansku v 70-tych rokoch 20. storočia, ktorá bola spojená s osobnosťou psychiatra Franca Basagliu a s pojmom deinštitucionalizácie, prechádzame k podrobnému popisu fungovania psychiatrickej starostlivosti v súčasnom Terste (Taliansko). Ďalej sa venujeme vzniku a významu medzinárodnej siete spolupráce v oblasti duševného zdravia a zoznamujeme sa s niektorými poprednými európskymi skúsenosťami s deinštitucionalizáciou, ktoré boli opísané v anglicko – talianskom zborníku *Beyond the walls / Oltre i muri* z r. 2010. V terstskom modeli i ostatných fungujúcich európskych príkladoch môžeme nájsť mnoho inšpirácií. Za základ úspechu transformácie systému psychiatrickej starostlivosti je považované jej postavenie na hodnotách ľudskosti.

Kľúčové slová: deinštitucionalizácia, komunitná psychiatria, duševné zdravie, Terst, Basaglia.

Summary

We tried to bring a knowledge about the model of mental health care in Trieste (Italy) which belonged to a community psychiatry. Through a history of psychiatric reform in Italy in 70 – ies of the 20th century connected with the name of psychiatrist Franco Basaglia and the term of deinstitutionalisation we came to a description of mental health care in Trieste nowadays. Then we spoke about an establishment and a meaning of International Mental Health Collaborating Network and about the best practices in community mental health care in Europe based on the articles from the English – Italian book *Beyond the walls / Oltre i muri* published in 2010. A lot of inspiration can be found both in Trieste model and other European practices. As a basic point of a successful change of mental health care system it is considered to build it on the values of humanity.

Key words: deinstitutionalisation, community psychiatry, mental health, Trieste, Basaglia.

Obsah

Zoznam skratiek.....	str. 6
Úvod.....	str. 7
Kapitola 1	
Komunitná psychiatria.....	str. 8
Kapitola 2	
Franco Basaglia a história psychiatickej reformy v Terste.....	str.11
Kapitola 3	
Súčasná psychiatická starostlivosť v Terste.....	str. 17
Kapitola 4	
Terst ako súčasť medzinárodnej siete.....	str.22
Kapitola 5	
Skúsenosti s deinštitucionalizáciou v niektorých regiónoch a krajinách Európy.....	str.25
Záver.....	str.39
Zdroje.....	str. 41

Zoznam skratiek

CDZ – Centrum (centrá) duševného zdravia [z angl. MHC – Mental Health Centre]

SSDZ – Sekcia starostlivosti o duševné zdravie [z angl. Mental Healthcare Department]

PN – psychiatrická nemocnica

PL – psychiatrická liečebňa

APO – akútne psychiatrické oddelenie

DZ – duševné zdravie

MH – mental health [duševné zdravie]

MHCs – mental health centres [centrá duševného zdravia]

IMHCN - International Mental Health Collaborating Network [Medzinárodná sieť spolupráce v oblasti duševného zdravia]

CMHT - community mental health team [komunitný tím duševného zdravia]

NV – nedobrovoľný vstup (na hospitalizáciu)

Úvod

Na úvod práce objasníme dôvody, ktoré viedli k zaujatiu organizáciou starostlivosti o duševné zdravie v Terste v Taliansku.

Záujem vyvolal seminár, ktorý sa konal koncom roku 2011 v PL Bohnice v Prahe, na ktorom kolegovia psychiatri M. Pastucha a O. Mydla referovali o svojom týždňovom pobyte v Terste v Taliansku, kde mali možnosť vidieť iný systém psychiatrickej starostlivosti, než na aký sme zvyknutí. Ich prednáška bola plná inšpirácií. Na jar 2012 PL Bohnice navštívil psychiater Roberto Mezzina z Terstu, ktorý terstský model psychiatrickej starostlivosti sám predstavil.

V Taliansku v 70. rokoch 20. storočia prebehla psychiatrická reforma s prechodom od liečby vo veľkých psychiatrických liečebniach ku komunitnej psychiatrii, označovaná aj ako deinštitucionalizácia. Zďaleka nie v celom Taliansku prebehla úspešne a dôsledne. Rozhodne práve terstský model prekonal počiatkové problémy. Aj samotní talianski autori uvádzajú, že budovanie komunitných zariadení bolo z rozličných dôvodov nerovnomerné, ale proces deinštitucionalizácie v mestách Terst a Arezzo hodnotia ako úspešný (Lovell, 1986). Od r. 2010 patrí terstská Sekcia duševného zdravia medzi spolupracujúce centrá WHO pre výskum a tréning v oblasti duševného zdravia. Po preštudovaní dostupných zdrojov zistíme, že terstský model poskytuje psychiatrickým pacientom veľmi dobrú starostlivosť. Roberto Mezzina ju nazýva „proaktívnou“ (2012).

Preto si v tejto práci priblížime práve terstský model starostlivosti o duševné zdravie, pri okrajovom spomenutí komunitnej psychiatrie všeobecne a ostrovčekov komunitnej psychiatrie v ďalších krajinách.

Kapitola 1

Komunitná psychiatria

Komunitná psychiatria je širokým súborom služieb, programov a zariadení, ktorého cieľom je pomôcť ľuďom s duševnou poruchou žiť čo najviac v podmienkach bežného života, subjektívne čo najuspokojivejším spôsobom tak, aby boli uspokojené ich zdravotné, psychologické a sociálne potreby. Okrem liečby patrí medzi postupy komunitnej psychiatrie aj podpora sociálnych rolí, najmä v oblasti práce, bývania a sociálnych kontaktov (podpora vzťahov s rodinou, priateľmi a inými ľuďmi). Cieľovou skupinou komunitnej psychiatrie sú jednak pacienti s duševnou poruchou, tak i ďalší členovia komunity, ktorí sú podporovaní, aby pomoc mohli poskytovať. V oblasti zdravotných služieb zahŕňa všetky články starostlivosti, vrátane lôžkovej, ktorej však určuje pozmenenú rolu.

Komunitná starostlivosť je od pol. 20 storočia dominantným trendom v mnohých vyspelých krajinách a je spojená s deinštitucionalizáciou, ktorej cieľom je redukcia veľkých psychiatrických liečební a ich aspoň čiastočná premena na komunitné služby. Prostriedkom pre tieto zmeny je vytváranie komunitných tímov duševného zdravia s určenou geografickou spádovou oblasťou. Princípmi komunitnej starostlivosti sú : mobilita služieb, prepojenosť služieb, starostlivosť vo vlastnom prostredí pacientov, orientácia na ľudské práva a potreby pacientov (Pěč, 2007).

Dôležité je zdôrazniť, že nejde len o možnosť návratu pacientov do pôvodnej komunity „po vyliečení“, ale o umožnenie v čo najširšej miere zotrvať v pôvodnom prostredí aj počas krízy. Cieľom je jednak minimalizácia vytrhnutia z existujúcich sociálnych väzieb, jednak zmiernenie traumatizácie vstupom do neznámeho prostredia a nových vzťahov, ako aj poskytnutie pomoci v kríze pri zachovaní ľudskej dôstojnosti.

Dominujúcim trendom v mnohých krajinách komunitná psychiatria nesporne je, často však len na papieri. Podľa príspevkov v zborníku *Beyond the walls* (2010) o najlepších príkladoch deinštitucionalizácie v Európe, je naplno rozvinutá skôr v malých regiónoch jednotlivých krajín.

Nástup komunitnej psychiatrie sa označuje aj ako „tretia revolúcia v psychiatrii“ (Krajčovičová, 2009). Nadviazala na koncept sociálnej psychiatrie, ktorý vznikol vo Veľkej Británii v r. 1959 (Basaglia, 1979). V práci ostaneme pri zaužívanom pojme komunitná psychiatria, hoci čo sa týka prekladu, možno by bol vhodnejší pojem komunálna, či

obecná psychiatria, keďže ide o zdôraznenie práva človeka žiť vo svojej „obci“ (nielen v zdraví, ale aj počas choroby). Výstižný je tiež pojem „teritoriálne služby pre duševné zdravie“, ktorý použil Peppe Dell'Acqua (2012).

Pojem komunitná môže nie celkom správne vyvolať asociáciu s u nás rozšírenými tzv. terapeutickými komunitami. Tieto sú viac menej organizačným stretnutím pacientov a zamestnancov psychiatrických oddelení a s komunitnou psychiatriou majú okrem názvu málo spoločného. Pojem terapeutickú komunitu zaviedol Maxwell Jones z Veľkej Británie. V širšom poňatí ide o špecifickú formu organizácie liečebnej inštitúcie so zrušením tradičného autoritatívneho prístupu výmenou za otvorenú komunikáciu všetkých členov inštitúcie vrátane pacientov (Krajčovičová, 2009). Zdôrazňuje sa tu schopnosť pacienta pomáhať v liečebnom procese samému sebe i iným spolupacientom. Takéto terapeutické komunity v pôvodnej forme mali len krátke trvanie a širšie uplatnenie nenašli.

Pri „terapeutických komunitách“ - „sedeniach“ niekedy môže ísť len o zmenu formy demonštrácie moci. Slovom pacienta z filmu „Bolo raz mesto bláznov“: „...predtým ste nás ovládali s použitím remencov, teraz používate slová...“ (film C'era una volta la citta dei matti, 2009). Terapeutické komunity (v užšom zmysle) prebiehajúce na psychiatrických oddeleniach nesporne majú svoj význam, len je dôležité, obzvlášť pre laikov, zdôrazniť, že zariadenie, kde prebiehajú „komunity“ nemusí nutne patriť medzi zariadenia komunitnej psychiatrie.

Pojem „deinštitucionalizácie“ sa stal populárnym vďaka talianskemu psychiatrovi a filozofovi Francovi Basagliovi (1924 – 1980), ktorý stál pri zrode psychiatrickej reformy v Taliansku a konkrétne v Terste. Preslávil sa knihou Odmietnutá inštitúcia z r. 1968 [L'istituzione negata], kde popisuje neúspešný pokus o reformu psychiatrickej liečebne v Gorizii, ale prináša v nej aj úvahy o inštitucionalizme v iných oblastiach, ako sú továrne, univerzity, školy... Vychádzal aj z osobnej skúsenosti „inštitucionalizovaného“, keďže strávil z politických dôvodov nejaký čas vo väzení (Scheanová, 2012). Vo svojich úvahách o podstate inštitúcie pokračoval aj neskôr, zamýšľal sa nad rozdielmi medzi „otvorenou a uzatvorenou inštitúciou“, nad rizikami prenosu vzťahov z „inštitúcií“ do komunitných zariadení (Basaglia, 1979).

Súvisiacim pojmom je „decentralizácia“ psychiatrickej starostlivosti. Zohľadňuje potrebu regionálneho riešenia problémov a aj parameter veľkosti inštitúcie. Je totiž podstatný rozdiel, či pacient s duševnou poruchou príde do zariadenia, kde je okrem neho 5, 30, 100, či 1000 iných pacientov. Či po vstupe do psychiatrického zariadenia bude komunikovať s 1-2 lekármi, 6-8 sestrami, 1-2 sociálnymi a rehabilitačnými pracovníkmi, 1 psychológom, alebo budú tieto počty niekoľkonásobne vyššie. Tento rozdiel si ľahko predstaví aj človek bez duševného ochorenia. Na

vlastnej koži som ho zažila pri svojich 2 pôrodoch – prvý sa odohrával na pôrodnickom oddelení v rámci obrovského nemocničného kolosu a druhý na oveľa menšom oddelení malej nemocnice s osobnou pôrodnou asistentkou. Prežívanie toho druhého pôrodu (hoci bol fyzicky náročnejší a komplikovanejší než prvý) bolo podstatne príjemnejšie a dôstojnejšie. Pritom viem, že ani v prvom prípade sa okolo mňa nepohybovali „zlí ľudia“, či „zlí odborníci“. Ale v podmienkach tak veľkej nemocnice neboli schopní nadviazať primerané „ľudské“ vzťahy.

Pri úvahách o príčine tohto stavu (ktorý rozhodne nie je špecifický len pre psychiatriu) si môžeme vziať na pomoc zistenia evolučnej psychiatrie. Mnohé aspekty ľudskej mentality sa vyvinuli v podmienkach prostredia našich predkov, lovcov – zberačov. Ľudia sú adaptovaní na život v malých, úzko spätých príbuzenských spoločenstvách, ktoré nepozostávali z viac než 30 – 40 jedincov, a tí spolu s okolitými skupinkami alebo širším príbuzenstvom tvorili počet asi 150 ľudí, ktorí sa navzájom osobne poznali (Brune, 2012). Skutočne často môžeme pozorovať, ako je emočne i kognitívne náročné fungovať vo veľkých spoločenstvách. Aj duševne zdravý človek prežíva veľký stres pri potrebe nadviazať množstvo nových sociálnych kontaktov (napríklad pri sťahovaní, zmene zamestnania, alebo prijatí do nemocnice). Čo potom človek s duševným ochorením, ktoré samé osebe často výrazne zhoršuje jeho kontakt s realitou a schopnosť nadväzovať sociálne vzťahy.

Je pravdepodobné, že aj tieto evolučné faktory prispievajú k tomu, že komunitné zariadenia - ktoré sú malé, zasadené do pre pacienta známeho prostredia a fungujú na princípe zamerania sa na človeka a nie na chorobu, poskytujú omnoho kvalitnejšiu a subjektívne výrazne lepšie prijímanú starostlivosť než ústavná liečba. To dáva aj predpoklad k oveľa menšej pravdepodobnosti agresívneho správania pacientov a následne i personálu. Práve komunitné zariadenia, vrátane akútnych psychiatrických oddelení, fungujú bez zamykania dverí a bez používania obmedzovacích prostriedkov.

Zhrňme jednoduchým spôsobom ako prebieha komunitná psychiatrická starostlivosť: Liečenie ani v akútnej fáze neprebíha v psychiatrickej nemocnici či liečebni, ale buď doma, alebo v regionálnom centre duševného zdravia, alebo na akútnom psychiatrickom oddelení, ktoré je súčasťou všeobecnej nemocnice, či iným alternatívnym spôsobom v súlade s hodnotami deinštitucionalizácie. Od začiatku je pozornosť venovaná nielen odstráneniu symptómov ochorenia, ale jeho vplyvu na celý život človeka. Snaží sa zachovať doterajšie pracovné a spoločenské zaradenie človeka, ak to nie je možné, pomáha hľadať iné možnosti pracovného uplatnenia a začlenenia do rodinných a spoločenských vzťahov. Rieši aj otázky ubytovania a voľného času. Výraznú pozornosť venuje prevencii duševných porúch v komunite a tiež starostlivosti o najťažších a horšie spolupracujúcich pacientov.

Kapitola 2

Franco Basaglia a história psychiatrickej reformy v Terste

Pri príležitosti Dňa duševného zdravia 7. apríla 2001 vydala WHO brožúru, kde sa dočítame: „...v Taliansku reformný zákon z r. 1978 zahájil proces nahradenia psychiatrických nemocníc komunitnými centrami, ktoré umožňujú pacientom pokračovať v životoch v ich prirodzenom sociálnom prostredí. V talianskom meste Terst vytvorili sieť komunitných centier, chránených bytov a družstiev, ktoré vzdelávajú a zamestnávajú psychiatrických pacientov. Psychiatrickú nemocnicu v Terste zatvorili a nahradili ju 24 hod otvorenými centrami duševného zdravia. Centrá poskytujú liečbu, psychosociálnu rehabilitáciu, sociálnu pomoc a krízovú intervenciu. Vytvorili množstvo chránených bytov pre chronických a ťažkých pacientov, ktoré im poskytujú priateľské a nemedicínske prostredie. A pracovné príležitosti umožňujú plnú sociálnu integráciu mnohým pacientom...“ Tieto slová vyjadrujú vyústenie 30 ročného transformačného procesu (Dell'Acqua, 2004). Pri jeho zrode stál taliansky psychiater a filozof Franco Basaglia.

Franco Basaglia sa narodil v r. 1924 v Benátkach, pri štúdiu medicíny v Padove (1949) sa rozhodol špecializovať sa na psychiatriu (Scheansová, 2012). V r. 1953 sa oženil, s manželkou Francescou mali 2 deti, manželka bola i jeho spolupracovníčkou. Oslovili ho filozofické myšlienky K. Jaspersa a L. Binswanger, ktoré ho viedli cez štúdium fenomenológie a existencializmu (E. Husserl, M. Heidegger, J. P. Sartre) až k dielam sociológov kritizujúcich psychiatrické inštitúcie (E. Goffman, M. Foucault) (Scheansová, 2012). Po ukončení štúdia ostal pôsobiť na univerzite ako profesor. Tu začal vyjadrovať kritické názory na psychiatriu ako vedu, ktorá namiesto pomoci človeka ničí. Z politických dôvodov bol nejaký čas vo väzení (Scheansová, 2012). V r. 1961 ho vymenovali za riaditeľa psychiatrickej nemocnici v Gorizii na hranici Talianska a Slovinska, šlo v podstate o odsun nepohodlného profesora z univerzity. Po príchode do Gorízie sa zhrozil nad tým, čo videl. Mnohí pacienti ležali nahí a bezmocní vo svojich exkrementoch a všade zamknuté dvere len čiastočne tlmili ich krik a plač. Bežné bolo telesné zneužívanie, zvieracie kazajky, ľadové zábaly, kurtovanie, elektrošoky, inzulínové šoky (Scheansová, 2012). Basaglia si pozval do Gorízie tím spolupracovníkov, s ktorými začali pracovať na reforme liečebne. Zakázal priväzovanie pacientov k posteliam a zrušil všetky formy izolácie. Zaviedol pravidelné diskusné stretnutia

pacientov a personálu, lekári nenosili biele plášte, sestry boli podporované v tom, aby odložili uniformy. Pacientom navrátili ich osobné veci. Začali „rekonštruovať príbehy“ jednotlivých pacientov, pomáhali im nadväzovať prerušené kontakty s rodinou, sprevádzali ich na priepustky. (pozn. Podľa vtedy platného zákona v Taliansku, pacient prijatý do psychiatrickej nemocnice bol po krátkom čase posudzovaný, či je alebo nie je vhodný na prepustenie. Ak nebol vtedy prepustený, čo bolo veľmi zriedkavé, zostával hospitalizovaný už doživotne). V r. 1964 sa Basaglia zúčastnil prvej medzinárodnej konferencie o sociálnej psychiatrii, ktorá sa konala v Londýne. Vo svojom príspevku tam okrem iného povedal: „...Ak je duševná porucha vo svojich koreňoch stratou individuality a slobody, tak v psychiatrickej nemocnici ostane chorý človek celkom stratený a stane sa predmetom choroby. Neprítomnosť akéhokoľvek projektu zameraného na budúcnosť, stála závislosť na milosti druhých, bez akýchkoľvek osobnejších citov, organizácia dňa podľa diktátu inštitúcie, ktorá ako taká nemôže vidieť pacientove individuálne potreby - toto je schéma inštitucionalizácie, na ktorej je založené fungovanie psychiatrickej nemocnice“. Reformy v Gorízii vyvolávali aj veľkú vlnu odporu, ako medzi verejnosťou, tak aj u časti profesionálov. Po nešťastnej udalosti, pri ktorej pacient liečený pre závislosť od alkoholu zabil počas priepustky svoju manželku, sa stredný zdravotnícky personál dištancoval od reforiem, ktoré Basaglia zaviedol. Basaglia bol predvolaný pred súd, kde úspešne argumentoval, že nemožno ľudí, či už s duševnou poruchou alebo bez nej, zatvárať v obave pred spáchaním trestného činu „preventívne“ do inštitúcií. Hoci pred súdom sa obhájil, z miesta riaditeľa nemocnice bol odvolaný. Svoje úsilie o humanizáciu liečebne v Gorízii opísal v už spomínanej knihe *Odmietnutá inštitúcia* [*L'istituzione negata*, 1968]. Tu prvýkrát vyjadril názor, že reformovať psychiatrickú nemocnicu je nemožné. Názor, že psychiatrická nemocnica ako nástroj sociálnej kontroly neplní účel, za akým bola zriadená, teda poskytovanie starostlivosti duševne chorým. Naopak v skutočnosti sama produkuje práve tie ochorenia, ktoré by mala liečiť (Dell'Acqua, 2004). Vychádzal jednak z vlastných pozorovaní, jednak z myšlienok R. Burtona o „inštitucionálnej neuróze“. Podľa Burtona sa inštitucionalizovaná osoba stáva človekom ochromeným psychiatrickou nemocnicou, bez cieľa, bez nádeje a očakávaní, človekom, ktorý už nehľadá nič, len otvorené dvere. Stratú slobody, ktorá stojí v základoch jeho choroby, si nevyhnutne stotožní so slobodou, o ktorú sme ho pripravili my – o zamknuté dvere sa rozbije každý jeho plán, celá jeho budúcnosť (in Basaglia, 1964). V pragmatickejšom ponímaní tu hovoríme o hospitalizme v širokom zmysle slova.

Po odchode z Gorizie bol Basaglia rozhodnutý odísť do Ameriky, získal totiž pocit, že Taliansko ešte na zmenu nie je pripravené. Cítil sa nepochybné frustrovaný a rezignovaný, odmietal rozhovory s médiami. V tomto období ho však vyhľadal predseda miestneho zastupiteľstva z Terstu

Michele Zanetti. Zanettiho zaujali Basagliove názory a skúsenosti, sám navštívil miestnu psychiatrickú nemocnicu a forma starostlivosti o duševne chorých, ktorú tam videl, sa mu nepáčila. Preto oslovil Basagliu s pozvaním do Terstu, dal mu voľnú ruku a finančné zdroje na realizáciu reformy.

Basaglia do Terstu prišiel v lete 1971 so zámerom dokončiť prácu, ktorú začal v Gorizii – vytvoriť sieť alternatívnych komunitných centier, ktoré budú schopné poskytovať liečbu a pomoc namiesto psychiatrickej nemocnice. Išlo o ťažkú výzvu, niekoľko pokusov o reformu vo Francúzsku a Anglicku po 2. svetovej vojne neuspelo v presune osovej starostlivosti z nemocníc do komunity. Zamýšľaná reforma sa nemohla oprieť o žiadne „know – how“ a legislatíva stále vychádzala z konceptu nebezpečnosti duševne chorých. Neskôr v r. 1979 Basaglia na konferencii v Brazílii povedal: „...dominujúca ideológia bola, že chorí sú nebezpeční a musia byť zatvorení v blázinci. Prvou vecou preto bolo presvedčiť ľudí, že to jednoducho nie je pravda. Deň po dni sme sa pokúšali ukázať, že zmena vzťahov s pacientami mení aj význam týchto vzťahov. Ako si sestry uvedomovali, že ich práca by mohla vyzerat' inak, začali samé zmenu presadzovať. Aby sa zmenil pohľad verejnosti, bolo potrebné vrátiť chorých do ulíc, do spoločenského života. Toto vyprovokovalo agresívnu reakciu časti miestneho obyvateľstva, ale bolo nevyhnutné vytvoriť tento stav napätia, aby sa ukázalo, že zmena prebieha. Čo sa týka školenia sestier, bolo dôležité vytvoriť nový typ zamestnanca, ktorý nebol závislý na lekároch, ale vedel sám rozhodovať“ (Dell' Acqua, 2004).

Terstská psychiatrická nemocnica bola postavená začiatkom 20. storočia (otvorená v r. 1908) ešte za čias Rakúsko – Uhorskej monarchie, podobne ako Bohnická liečebňa v Prahe, v peknej parkovej architektúre na okraji mesta. V r. 1971 mala cca 1200 pacientov, z toho vyše 90% nedobrovoľných.

Po svojom príchode sa Basaglia obklopil tímom lekárov, ošetrojúceho personálu, sociálnych pracovníkov, úradníkov. Postupne sa k nim pridávali ďalší, ktorí prichádzali z celého Talianska, ba i sveta, a tiež sa pridávali umelci a dobrovoľníci. Od začiatku sa reorganizovali vnútorné priestory nemocnice a rušila sa stará rigidná hierarchia. Prebiehali denné stretnutia všetkého personálu. Stretnutí s Basagliom a personálom sa zúčastňovali aj pacienti, aby mohli diskutovať o zmenách, ktoré prebiehali. Dvere oddelení sa odomkli, šoková terapia a všetky formy fyzického obmedzovania boli zakázané. Zrušilo sa rozdelenie pacientov podľa pohlaví. Vďaka fondom z miestneho zastupiteľstva pacienti začali dostávať „dôchodky“, čo im umožnilo navštevovať verejné miesta. Nadväzovali sa vzťahy s rodinami. Veľké oddelenia boli nahradené menšími. Už v r. 1972

bolo zriadené „Družstvo pracovníkov“, ktoré zamestnalo 60 pacientov. Upratovali oddelenia nemocnice, pracovali v kuchyni a udržiavali pozemky areálu. Každý pacient mal podpísanú zmluvu a dostával za prácu mzdu – čo bol obrovský rozdiel oproti „zamestnávaniu“ pacientov pri ergoterapii. Týmto sa otvorila cesta k využitiu sociálnych družstiev v terapii a rehabilitácii v neskorších rokoch. Začali vyjednávania s miestnym zastupiteľstvom, aby bola dostupná denná i nočná starostlivosť (ako právo) pre tých ľudí, ktorí síce už nepotrebujú psychiatrickú hospitalizáciu, ale potrebujú v nemocnici zostať ako „hostia“ pre nedostatky v ubytovacej, pracovnej a sociálnej sieti. Ako povedal spolupracovník a nástupca F. Basagliu Franco Rotelli v rozhovore v r. 1979, dôležité bolo obnoviť občianske práva pacientov a vytvoriť im možnosti mať finančný príjem – len tak mohli byť oslobodení spod psychiatrickej kontroly. V r. 1973 stále väčšina prác prebiehala v nemocnici, ale začali už i dôležité iniciatívy smerujúce von smerom do spoločnosti (sprevádzanie pacientov po meste, hľadanie práce a ubytovania pre tých, ktorí už boli pripravení na prepustenie). V rovnakom čase sa nemocnica začala otvárať pre ľudí zvonka – v areáli sa usporiadavali rôzne spoločenské akcie, výstavy, koncerty. Tieto skúsenosti položili základy pre spoluprácu medzi psychiatriou a verejnými organizáciami (ženské a študentské spolky, politické organizácie, odbory, atď) a tiež médiami, intelektuálmi a umelcami. Na 1. oddelení, ktoré bolo úplne vyprázdnené, bola zriadená umelecká dielňa. Tu bol postavený „Marco Cavallo“ - vysoký modrý kôň z papiera a dreva, ktorý sa stal pre pacientov symbolom túžby po slobode. V marci 1973 Marca Cavalla tlačili po uliciach Terstu na čele sprievodu zamestnancov, pacientov, umelcov i verejnosti (Dell'Acqua 2004).

V rokoch 1973-74 bolo zásadne zmenené usporiadanie pacientov v rámci nemocnice. Nemocnica bola rozdelená na 5 sektorov, kam boli pacienti umiestňovaní nie podľa ťažkosti ochorenia, ale podľa „rajonizácie“ - teda miesta, odkiaľ pochádzali – čo zodpovedalo neskôr založeným 5 centráм duševného zdravia (neskôr bol počet upravený na dnes fungujúce 4 CDZ). Cieľom bola podpora návratu pacientov do ich pôvodnej komunity (Dell'Acqua, 2004).

Na začiatku r. 1975 bolo v nemocnici 700 pacientov, z toho 90 nedobrovoľne, 150 dobrovoľne a 460 ako „hostia“. V rokoch 1975 -76 vznikali prvé komunitné rezidencie – ubytovacie zariadenia. Najprv boli zamýšľané pre prepustených pacientov, ale takmer okamžite začali fungovať aj ako krízové centrá a tiež ako denné centrá. Prvé Centrum duševného zdravia tak vlastne vzniklo ešte pred prijatím zákona č. 180, pracovalo popri stále existujúcej psychiatrickej nemocnici. Toto bola najchúlostivejšia fáza celého transformačného procesu, s dvomi organizačnými systémami pracujúcimi simultánne. Hrozila paralýza, ale so silnejúcimi

komunitnými službami a s rozvojom Centier duševného zdravia, ktoré prešli na fungovanie 24 hodín denne 7 dní v týždni, sa podarilo toto prechodné obdobie prekonať. V r. 1977 bolo v nemocnici 132 pacientov, z toho 51 nedobrovoľných a 433 „hostí“.

Začiatkom r. 1977 bola na pohotovosti Všeobecnej nemocnice v Terste zriadená 24 hodinová psychiatrická služba s cieľom lepšej filtrácie požiadaviek a poskytovania primeranejšej formy krízovej pomoci než len automatické odosielanie k povinnej hospitalizácii. (pozn. Táto služba sa po r. 1980 po prijatí reformného zákona zmenila na Psychiatrické diagnostické a terapeutické centrum s funkciami primárnej starostlivosti, konzultácií pre oddelenia nemocnice a odosielanie prípadov do Centier duševného zdravia).

Na konci r. 1977 Franco Basaglia verejne oznámil blížiace sa zatvorenie psychiatrickej nemocnice ako nezvratný fakt.

V máji 1978 pod silnejúcim tlakom deinštitucionalizačného hnutia v Terste aj inde v Taliansku a tiež pre hrozbu referenda o zastaranom zákone č. 36 / 1904 (ktorý by bol likvidačný pre taliansku psychiatriu) schválil taliansky parlament zákon č. 180 o psychiatrickej reforme, ktorá zahŕňala postupné zatváranie psychiatrických nemocníc a ich nahradenie komunitnými centrami (Dell'Acqua, 2004). Šlo o prvý zákon svojho druhu na svete. Posledná psychiatrická nemocnica v Taliansku bola zatvorená v r. 1999 (Dell'Acqua, 2012).

V čase prijatia zákona psychiatrická nemocnica v Terste už ukončila väčšinu svojich predošlých činností. V novembri 1979 Basaglia odišiel z Terstu do Ríma, kam ho pozvali riadiť psychiatrické služby v regióne Lazio. V Terste miesto riaditeľa zaujal jeho spolupracovník Franco Rotelli, ktorému pripadla ťažká úloha definitívneho zatvorenia psychiatrickej nemocnice. Bol konfrontovaný s rastúcou kritikou „stavu zmätku a úpadku“. Nový management musel posilniť dovtedy slabo definované komunitné služby a úplne reorganizovať využitie zdrojov. Šlo o prechodné roky, čo sa týka organizácie, administratívy a managementu, počas ktorých sa psychiatrická reforma musela začleniť do národného zdravotníckeho systému a kompetencie prešli z miestneho zastupiteľstva [Province] na novozaložené Miestne zdravotnícke jednotky [Local Healthcare units]. V apríli 1980 miestne zastupiteľstvo vydalo rezolúciu, že Terstská Psychiatrická nemocnica môže ukončiť svoju činnosť. Pozemky a budovy boli postupne vračané mestu. Dnes je areál známy ako Park San Giovanni.

Franco Basaglia zomrel v auguste 1980.

V r. 1981 bola založená Sekcia pre starostlivosť o duševné zdravie [SSDZ, Mental Healthcare Department], aby dohliadala na technickú a administratívnu jednotu a plánovanie činností siete komunitných Centier duševného zdravia [CDZ]. Prevádzkové pravidlá piatich CDZ (v r. 1996 redukovaných na štyri) boli precíznejšie definované. Každé CDZ malo spádovú oblasť cca 50 tisíc obyvateľov, bolo vybavené 8 lôžkami a jedálňou pre „hospitalizovaných“ pacientov i denných návštevníkov. Centrá od začiatku fungovali nízkoprahovo, poskytovali i starostlivosť v domácom prostredí. V spolupráci s Ministerstvom spravodlivosti začali ich zamestnanci pracovať aj v miestnej väznici s cieľom zabezpečiť terapeutickú kontinuitu pre ľudí, chorých už v minulosti, a tiež poskytnúť liečbu tým, u ktorých sa rozvinuli psychické ťažkosti počas výkonu trestu.

Rozbehli sa rehabilitačné, tréningové a socializačné programy, ktoré zahŕňali voľnočasové aktivity, dielne, vzdelávanie, literárne programy. V priebehu 80-tych rokov boli posilnené družstvá - „sociálne firmy“, aby mohli poskytovať kvalifikačné kurzy a pracovné miesta pre znevýhodnených (prevažne mladých) klientov. Vznikli početné siete, fóra a svojpomocné skupiny pacientov, ich rodín a rizikových skupín (Dell'Acqua, 2004).

Ak vezmeme ako dva medzníky príchod Basagliu do Terstu v r. 1971 a zriadenie Sekcie pre starostlivosť o duševné zdravie v r. 1981, získame obdobie 10-tich rokov, ktoré môžeme označiť ako kľúčové pre psychiatrickú reformu. Začala zmenou vnútornej organizácie psychiatrickej nemocnice a navrátením občianskych práv pacientom, pokračovala vytváraním vzťahov medzi nemocnicou a komunitou, cez vznik prvých komunitných Centier duševného zdravia až k zatvoreniu nemocnice a ďalšiemu rozvoju centier a súvisiacich komunitných služieb. V literatúre sa niekedy stretávame so znevažujúcimi poznámkami o chaotickej situácii v niektorých talianskych mestách po reforme v r. 1978 (Pfeiffer, 2002). Čím však bez ozrejmenia celkovej situácie a súvislostí dochádza k prehliadaniu nesporne priekopníckej práce Basagliu, Rotelliho a všetkých ich spolupracovníkov v Terste. Môžeme sa len dohadovať, či za uvedenými neprajnými poznámkami stojí len nedostatočná informovanosť, alebo preferovanie prístupu „kto nič nerobí, ten nič nepokazí“. Nakoniec o správnom smerovaní ich úsilia svedčí najlepšie súčasnosť – dobre fungujúci systém komunitnej starostlivosti.

Kapitola 3

Súčasná psychiatrická starostlivosť v Terste

Terst [tal. Trieste] je talianske prístavné mesto priamo na hranici so Slovinskom. Je hlavným mestom autonómnej oblasti Friuli – Venezia Giulia a provincie Trieste. Bývalo najdôležitejším prístavom Rakúsko- Uhorska, čo mu vtislo stredoeurópsky a zároveň mnohonárodnostný ráz, kde okrem prevládajúcich Talianov žili komunity väčšiny národností a náboženstiev monarchie. Dodnes tu žije početná slovinská menšina. Terst je jedným z najbohatších miest v Taliansku. Vedie v rebríčkoch kvality života (Terst, 2012).

Psychiatrická starostlivosť v Terste dnes patrí pod všeobecný systém zdravotnej starostlivosti Triestina riadený Terstskou zdravotníckou agentúrou. Táto od r. 1998 poskytuje komunitne orientovanú starostlivosť aj v iných odvetviach medicíny (kardiológia, pneumológia, geriatria, fyziatria, onkológia) podľa vzoru psychiatrie. Má 3 sekcie: sekciu duševného zdravia, sekciu závislostí a sekciu prevencie a 3 medzioblastné centrá: kardiovaskulárne centrum, centrum sociálnej onkológie a centrum pohotovosti so 118 jednotkami pohotovostnej služby (Scheansová, 2012). Ide o formu siete, kde psychiatrickú starostlivosť (okrem závislostí) má na starosti už spomínaná Sekcia pre starostlivosť o duševné zdravie [SSDZ], založená v r. 1981. Do jej pôsobnosti patria 4 obvody s celkovým počtom 240 000 obyvateľov. Pod SSDZ patria:

- 4 Centrá duševného zdravia,
- Psychiatrické diagnostické a terapeutické oddelenie Všeobecnej nemocnice v Terste,
- Psychiatrická klinika Terstskej univerzity,
- Servis pre rehabilitáciu a ubytovanie,
- Denné centrum,
- 15 akreditovaných sociálnych firiem (kooperatív),
- Asociácie užívateľov a rodín.

Hlavnými piliermi starostlivosti sú 4 **Centrá duševného zdravia**, každé so spádovou oblasťou cca 60 000 obyvateľov. Každé CDZ je umiestnené v menšej budove situovanej na dobre prístupnom mieste v rámci daného obvodu, funguje 24 hodín denne 7 dní v týždni, pacientov prijíma v denných hodinách (nočné príjmy zabezpečuje akútne oddelenie všeobecnej nemocnice). CDZ fungujú na princípe otvorených dverí a bez používania obmedzovacích prostriedkov. Sú nízkoprahové, otvorené pre verejnosť. Riešia akútne i dlhodobé psychické problémy s výnimkou závislostí (tu spolupracujú so Sekciou pre liečbu závislostí). Okrem riešenia akútnych krízových prípadov zabezpečujú dlhodobú liečbu so zvláštnou pozornosťou smerom k chronickým pacientom s psychózou, domáce návštevy, poskytujú rehabilitačné a sociálne programy, slúžia aj ako denné centrá alebo i miesta stretávania. Pracovníci dochádzajú v prípade potreby aj do miestnej väznice. Každé CDZ má 8 lôžok v 1- (maximálne 2-) posteľových izbách, ktoré slúžia na krátkodobú hospitalizáciu (prechodné ubytovanie) či už v kríze alebo ako odbremenenie rodiny či opatrovateľov. Priemerná dĺžka pobytu je 1 týždeň. Lôžka CDZ často nie sú plne obsadené. Obložnosť nemá vplyv na financovanie, to sa riadi počtom obyvateľov spádovej oblasti. CDZ sú zariadené nemedicínsky, útulne. Pre hospitalizovaných i ambulatných pacientov, ktorí nahlásia svoju účasť, funguje v každom centre (alebo v priľahlej reštaurácii) jedáleň. S ubytovanými užívateľmi počas noci ostáva 1 zdravotnícky pracovník, v prípade potreby môže volať službukonajúceho lekára z psychiatrického oddelenia všeobecnej nemocnice. Ako „jednotka intenzívnej starostlivosti“ tu slúži zvyčajne kuchynka, kde sa personál snaží rozrušených ľudí upokojiť napr. aj ponúkaním jedla a nápojov. Dôraz sa kladie na zachovanie dôvery k personálu. Samozrejme, v prípade fyzického ohrozenia je možnosť volať políciu. Pacienti, ktorí sa dopustili trestného činu sú presmerovaní do forenznej psychiatrickej nemocnice (Scheansová, 2012). Zdá sa však, že vďaka dlhodobej (30 ročnej) praxi zameranej na prevenciu a dôsledné sledovanie chronických pacientov sa takéto udalosti nestávajú často. Momentálne nie je vo forenznej nemocnici ani jeden občan Terstu (Mezzina, 2010 b, Dell'Acqua, 2012). V roku 2007 bolo v Terste hospitalizovaných nedobrovoľne len 21 ľudí, z toho 2/3 v rámci CDZ. Pomer 9NV/100 000 obyvateľov je najnižší v celom Taliansku, kde priemer je 30 NV/100 000 obyvateľov/rok (Mezzina, 2010 b).

Každé CDZ má cca 4 autá (celkovo vlastní SSDZ 25 áut), ktoré využíva na krízové intervencie, domáce návštevy, asistenciu užívateľom služieb pri preprave i na voľnočasové aktivity.

Kontaktovať CDZ možno osobne na recepcii, telefonicky alebo cestou praktického lekára. Kontaktovať centrum môže priamo osoba, ktorá starostlivosť potrebuje, alebo tretia strana (rodina, priatelia, susedia, ...). Pri každej intervencii sa kladie dôraz na získanie dôvery a zachovanie

súkromia klienta. Pokiaľ prichádza požiadavka od tretej strany, venuje sa maximálne úsilie tomu, aby klient v kríze požiadal o pomoc sám (členovia rodiny, praktický lekár a pod. sú povzbudzovaní, aby hľadali cestu presvedčiť klienta, aby prijal ponúkanú pomoc). Prvý kontakt sa môže odohrať aj mimo priestorov CDZ. Prvá konzultácia s psychiatrom alebo psychológom prebehne spravidla do 24 hodín od vznesenia požiadavky. Potom sa v spolupráci s tímom vypracuje individuálny terapeutický program pre daného klienta, ktorý zohľadňuje jeho potreby a problémy. Pri zvažovaní podoby a intenzity terapeutickej práce je snaha vyhýbať sa štandardizovaným postupom. (Scheansová, 2012). V CDZ ako aj ostatných súčastiach komunitnej siete je zameranie sa na chorobu a symptómy nahradené orientáciou na človeka. Znižuje sa tak riziko stigmatizácie, jeho choroba je vnímaná ako kríza, problém, ktorý je súčasťou jeho životnej histórie (Mezzina, 2010 b). Všetky CDZ využívajú služby sociálnych kooperatív (práčovňa, jedáleň, údržba, záhradníctvo...).

Psychiatrické terapeutické a diagnostické oddelenie Všeobecnej nemocnice má 6 lôžok. Tiež pracuje systémom otvorených dverí, bez používania obmedzovacích prostriedkov, bez bielych plášťov a uniforiem. Služi na diagnostické účely a tiež pre zvládanie akútnych krízových stavov počas noci. Zamestnanci všetkých CDZ každé ráno telefonujú na oddelenie, či nebol hospitalizovaný niekto z ich spádovej oblasti. Ak áno, prichádzajú za ním nadviazať kontakt a v čo najkratšom čase (po niekoľkých dňoch, najčastejšie max. po týždni) pacienta preberú do svojej starostlivosti.

Univerzitná psychiatrická klinika sa nachádza v Parku San Giovanni a slúži vzdelávacím a výskumným účelom (zameriava sa poruchy afektivity, poruchy príjmu potravy, suicidalitu a demencie). Má 12 lôžok, z toho 4 patria do komunitnej siete.

Servis pre rehabilitáciu a ubytovanie má tiež administratívne sídlo v Parku San Giovanni. Organizuje sociálne rehabilitačné programy, vypracúva individuálne rehabilitačné plány, koordinuje činnosť denného centra. Zabezpečuje v spolupráci s 2 sociálnymi kooperatívami ubytovanie v 12 budovách, ktoré vlastní alebo prenajíma Terstská zdravotná agentúra, kde je v súčasnosti spolu 55 lôžok. Poskytujú chránené bývanie s rôznymi stupňom podpory a vybavenia personálom. Servis ďalej v spolupráci so sociálnymi firmami zabezpečuje pracovné programy a zamestnávanie (Scheansová, 2012, Dell'Acqua, 2012).

V **Dennom centre** prebiehajú umelecké programy, tvorivé dielne, športové aktivity. Sú určené nie len pre užívateľov psychiatrickej starostlivosti, ale pre širokú verejnosť (Mezzina, 2010 b).

Sociálne firmy sa výrazne podieľajú na znovuzačlenení ľudí s psychickým ochorením do spoločnosti. Prvé kooperatívy vznikli ešte v 70. až 80. rokoch minulého storočia. V r. 1991 prijali

v Taliansku nový zákon, ktorý definuje tieto podniky. Sociálne podniky typu A zabezpečujú management sociálnych a zdravotných služieb. Sociálne podniky typu B sa venujú rozličným aktivitám a podmienkou je, aby zamestnávali minimálne 30 % znevýhodnených občanov. Títo by mali byť aj členmi družstva. Zákon uvádza zoznam ľudí so znevýhodnením. Patria sem ľudia s fyzickým, mentálnym či senzorickým hendikepom, bývalí pacienti psychiatrických nemocníc, vrátane forezných, osoby v psychiatrickej starostlivosti, závislí, trestaní (Dell'Acqua, 2012, Coops, 2012). Kým človek nie je v stabilizovanom stave, poskytujú mu sociálne firmy možnosť pracovnej rehabilitácie, pričom poberá sociálnu dávku. Keď sa zacvičí a zvláda pracovné tempo, môže získať pracovné miesto so zmluvou a mzdou (Scheansová, 2012). V r. 2010 zamestnávali kooperatívy 400 ľudí s hendikepom, z toho 30% s psychózou. Každý rok prejde dotovanými tréningovými programami 150 ľudí, z toho 30% sa zamestná. Paleta činností týchto podnikov je pestrá: upratovanie a údržba budov, prevádzka jedálne, donáška stravy (vrátane služieb pre seniorov), dopravné služby, práčovňa, krajčírstvo, nábytkárstvo a dizajn, kaviareň a reštaurácia, hotel, recepcie a call-centrá verejných inštitúcií, personál múzea, poľnohospodárska produkcia a záhradníctvo, tesárčina, foto, video, rozhlas, počítačový servis, divadlo, administratívne služby, parkovacie služby, ubytovacie zariadenia (Mezzina, 2010 b).

Asociácie užívateľov a rodín zahŕňajú početné svojpomocné skupiny, voľnočasové kluby, dobrovoľnícke organizácie. Majú veľký podiel na znižovaní stigmatizácie a tiež sú nápomocné pri komunikácii s miestnymi štátnymi riadiacimi orgánmi (Dell'Acqua, 2012).

Okrem základných činností sa SSDZ venuje rôznym špeciálnym programom ako sú: informácie pre rodiny, konzultácie vo väznici, podpora aktivít sociálnych firiem, podpora svojpomocných skupín, kreatívne aktivity, zintenzívňovanie vzťahov so všeobecným zdravotníctvom a nemocnicami, vzťahy s kultúrnymi agentúrami, prevencia „osamelej smrti“ pre seniorov – projekt „Amália“, prevencia suicidality – projekt „Špeciálny telefón“ (za posledných 8 rokov sa výskyt suicidality podarilo znížiť o 40%) (Mezzina, 2010 b).

Z výsledkov výskumov zameraných na efektívnosť uvádza Mezzina (2010 b) 75% compliance k antipsychotickej farmakoterapii (n=587). 27 ľudí sledovali 5 rokov s výsledkami vysoko signifikantnej redukcie symptómov, signifikantne lepšieho sociálneho fungovania, 9 bolo zamestnaných, 12 nezávisle bývalo, došlo k 70% redukcii nočných prijatí na hospitalizáciu. V priebehu 20 rokov sa o 70% znížil počet psychiatrických pohotovostných výkonov vo všeobecnej nemocnici. Prvá „follow-up“ štúdia po reforme (1983-1987) ukázala lepšie výsledky v Terste a Arezze (spomedzi 20 oblastí) vďaka lepšej organizácii a sociálnej integrácii. Spokojnosť užívateľov bola v r. 2008 78%.

Čo sa týka finančných zdrojov, dostáva terzská Zdravotná agentúra priamo sumu peňazí, ktorú rozdeľuje medzi obvody podľa kapitácie. Napr. v r. 2007 dostala SSDZ 18 miliónov Euro (73 Euro pro capita), z toho 6% sa použilo na nemocničné akútne lôžka. Pre porovnanie - fungovanie starej psychiatrickej nemocnice v r.1971 stálo 5 miliónov Lír, čo je v prepočte cca 28 miliónov Euro (Mezzina, 2010 b). V r. 2005 mala SSDZ celkový rozpočet cca 16 miliónov Euro, z čoho 730 tisíc euro bolo určené na nezdravotnícke účely (napr. granty na pracovnú rehabilitáciu, dotácie na spoločenské začlenenie, voľnočasové a vzdelávacie aktivity, príspevky sociálnym firmám a svojpomocným skupinám) (Scheansová, 2012).

Ľudské zdroje tvorí približne 250 zamestnancov (pre porovnanie v r. 1971 bolo v psychiatrickej nemocnici 524 zamestnancov) (Dell'Acqua, 2012). Z toho je 28 psychiatrov (vrátane 4 pracovníkov univerzity), 9 psychológov, 9 vedúcich ošetrovateľských pracovníkov, 141 zdravotných sestier / ošetrovateľov, 9 sociálnych pracovníkov, 27 sociálnych a zdravotníckych pracovníkoch na telefónnych linkách, 9 sociálne rehabilitačných terapeutov, 17 administratívnych pracovníkov. Ďalej je tu 20 – 40 zamestnancov sociálnych firiem a zaučujúcich v chránených bývaniach (Scheansová, 2012).

Počet lôžok rozmiestnených v jednotlivých častiach komunitnej siete je v súčasnosti 140. V psychiatrickej nemocnici v r. 1971 ich bolo 1182 (Dell'Acqua, 2012).

A čo sa stalo so starou psychiatrickou nemocnicou? Areál bol vrátený mestu. Teraz je známy ako Park San Giovanni a sídlia tu rôzne inštitúcie – 4 školy vrátane Univerzitnej Psychiatrickej kliniky, divadlo, Centrum pre fyzicky postihnutých, Centrum liečby závislostí, úrady jednej mestskej časti. Sekcii starostlivosti o duševné zdravie zostalo 10 budov, kde sídli administratíva, Servis pre rehabilitáciu a ubytovanie, niekoľko menších ubytovacích jednotiek, rehabilitačný pavilón a niekoľko sociálnych firiem (Dell'Acqua, 2012). Pred hlavnou budovou stojí socha modrého koňa, ktorý je symbolom tunajšej psychiatrickej revolúcie. Z druhej strany je na terase vystavené sieťové lôžko (Scheansová, 2012). Podľa slov súčasného riaditeľa Sekcie pre starostlivosť o duševné zdravie v Terste Peppe Dell'Acquu hrá Park San Giovanni stále dôležitú úlohu v kultúrnom živote mesta, je kotlíkom pnutí a utópií, laboratóriom kultúr a tolerancie a domovom krásnej ružovej záhrady (2012).

Kapitola 4

Terst ako súčasť medzinárodnej siete

V druhej polovici 20. storočia vznikalo v rámci psychiatrie na celom svete viacero smerov, ktorých spoločným menovateľom bola nespokojnosť so systémom psychiatrickej starostlivosti fungujúcim ostatných 200 rokov a snaha o vytvorenie inovatívnych prístupov.

Keď Pinelov žiak Esquirol v r. 1838 vo Francúzsku navrhol zákon o zriaďovaní psychiatrických nemocníc (Vencovský, 1996), určite netušil ako rýchlo sa psychiatrické nemocnice rozšíria doslova po celom svete a ako výrazne vzrastie počet lôžok. Nemohol tušiť, že už nebudú útočiskom pre hŕstku tých, ktorí predtým žili v kobkách väzňov v reťaziach, ale že sa stanú obávanými „blázincami“, v ktorých nikto nechce skončiť. Nakoniec aj mnohé iné „výdobytky doby rozumu“ (verejná správa, školstvo, armáda) sa viac menej odklonili od pôvodných zámerov, pre ktoré boli zriadené, a začali žiť vlastným životom inštitúcií, kde potreby byrokracie sa stali dôležitejšími než potreby človeka.

Povojnová situácia v druhej polovici 20. storočia spolu s príspevom širších terapeutických možností (v dobe Pinela bolo hlavným liekom ópium) s pozitívnymi i nežiadúcimi účinkami nových psychofarmák viedli nevyhnutne k prehodnocovaniu existujúceho modelu psychiatrickej starostlivosti, ktorej centrom boli psychiatrické nemocnice. Nemocnice s jasne definovanými hierarchickými vzťahmi ako medzi personálom a pacientami, tak medzi personálom navzájom. Nemocnice, ku ktorým dobrému menu rozhodne neprispelo umožnenie holocaustu psychiatrických pacientov v čase 2. svetovej vojny. Počas nacizmu bolo v psychiatrických nemocniciach v Nemecku zabitých 180 tisíc ľudí a 400 tisíc v celej Európe, hlavne východnej (Cranach, 2004). Po druhej svetovej vojne začalo byť opäť viac počť hlasy ľudí, ktorým nebol ľahostajný osud trpiacich duševným ochorením. Hlasy personálu, ktorému sa nepáčila rola „väzenských dozorcov“, či „technikov“ aplikujúcich „redukujúce technológie“ do trpiacich mužov a žien (Mezzina, 2010 a).

Už vtedy prebiehala individuálna výmena skúseností s alternatívnymi spôsobmi psychiatrickej starostlivosti s ich následným rozširovaním do iných krajín. Franco Basaglia napríklad čerpal zo systému terapeutickkej komunity Maxwella Jonesa zo Škótska, zo sektorových služieb vo Francúzsku, neskôr i zo vzniknutých centier duševného zdravia [MHCs] v USA (Mezzina, 2010 a). M. Jones ovplyvnil ľudí v Amerike, obzvlášť v severnej (Len Stein, Madison). Stein zasa ovplyvnil Holta v Austrálii pri zakladaní priekopníckych komunitných služieb (Jenkins, 2004).

Zdá sa, že čerpanie inšpirácií Basagliom z anglicky a francúzsky hovoriaceho prostredia nebolo recipročne sledované preberaním talianskych skúseností. Možno za to môže jazyková bariéra. Možno i rivalita medzi vodcami inovatívnych smerov, či všeobecná rivalita medzi krajinami. Rozhodne práve v Terste sa podarilo vybudovať funkčný komunitný systém, ktorý plne nahradil funkcie starej psychiatrickej nemocnice, čo bolo podporené prijatím reformného zákona v r. 1978 s následným rozširovaním reformy do celého Talianska, ktoré prebieha dodnes. Zrealizovanie a udržanie reálnej zmeny hovorí o organizácii, ktorá je schopná učiť sa za pochodu a o vodcoch, ktorí nielen že dokázali dosiahnuť zmenu, ale prekonalí obmedzenia charizmatického prístupu v záujme rozšírenia vodcovskej základne medzi personál i užívateľov služieb a ich rodiny (Mezzina, 2010 a).

V kľúčovej eseji o originalite talianskej cesty deinštitucionalizácie F. Rotelli uvádza zoznam základných krokov nevyhnutných pre akýkoľvek transformačný proces:

1. Mobilizovať všetkých účastníkov systému inštitúcie.
2. Dať absolútnu prioritu zmene vzťahov založených na moci, ktoré existujú medzi inštitúciou a všetkými subjektami v nej zahrnutými.
3. Chápať deinštitucionalizáciu ako samoúzdravný proces, ktorý využije vnútornú energiu inštitúcie na jej zrušenie.
4. Oslobodiť spoločnosť od potreby „internovania“ zriadením komplexných alternatívnych služieb (Mezzina, 2010 a).

V r. 2004 John Mahoney, organizátor reformy psychiatrickej starostlivosti v UK, povedal: „Ak by sme znovu začínali, nasledovali by sme terstský model s 24 hodín fungujúcimi centrami duševného zdravia.“

WHO si všimla a uznala skúsenosti Terstu ako príklad pre inovatívne prístupy v psychiatrickej starostlivosti v r. 1987. V r. 1998 sa v Terste konala konferencia „Franco Basaglia – possible community“ [voľne „Franco Basaglia - možnosť spolupatričnosti“]. Na jej konci sa množstvo účastníkov vyslovilo za založenie medzinárodnej siete. Následne na podnet Benedetta Saracena, riaditeľa Divízie duševného zdravia a závislostí WHO, bola v r. 2001 v Ženeve založená pracovná skupina International Collaborating Network in the Field of Mental Health – Community Mental Health Leading Experience [Medzinárodná sieť spolupráce v oblasti duševného zdravia – progresívne skúsenosti s komunitnou starostlivosťou o duševné zdravie], neskôr zjednodušené na IMHCN : International Mental Health Collaborating Network [Medzinárodná sieť spolupráce v oblasti duševného zdravia]. Zakladajúcimi členmi boli: Medzinárodná sieť praktických skúseností

proti sociálnemu vylúčeniu, terstská Sekcia pre starostlivosť o duševné zdravie (Taliansko), Centre for Community MH [Centrum pre komunitnú starostlivosť o DZ] (UK), North Birmingham MH Trust [Združenie pre DZ v severnom Birminghame] (UK), Asturias MH Servis [Služby pre DZ v Astúrii] (Španielsko), Lille Centre for MH [Centrum pre DZ v Lille] (Francúzsko), South Stockholm MH Service [Služby pre DZ v južnom Štokholme] (Švédsko). Cieľom siete je jednak rozširovať komunitnú starostlivosť o duševné zdravie do ďalších regiónov a krajín v Európe, ale i mimo nej, ako aj pokračovať vo výmene skúseností a vzájomnej podpore (IMHCN, 2012).

V r. 2005 sa v Helsinkách konala konferencia WHO o Duševnom zdraví v spolupráci s Radou Európy a Európskou úniou. Tu po prvýkrát WHO našla s Európskou úniou spoločnú reč. Dovtedy WHO, presadzujúca komunitný systém starostlivosti v psychiatrii a Európska únia, ktorá sa zameriavala na preventívne programy v tejto oblasti, stáli viac menej v opozícii. To sa zmenilo práve na tejto konferencii, kde spísali spoločnú deklaráciu. Záverom bol i akčný plán ohľadom reformných zmien v psychiatrickej starostlivosti, ktorý podpísali všetci ministri zdravotníctva prítomných 27 krajín. Žiadna výraznejšia reálna zmena však ani po tejto konferencii nenastala (Urbina, 2010). Preto sieť neprestala existovať, ale počas nasledovného medzinárodného mítingu v Terste v r. 2010 „Trieste 2010 – What is Mental Health?“ [„Terst 2010 – Čo je duševné zdravie?“] sa rozšírila na skutočne celosvetovú sieť. Sieť, ktorá nie je založená na byrokracii, ale na skutočných procesoch zmien a vzájomnej podpory, na priamom učení sa cez vzájomnú skúsenosť.

V r. 2010 sa Terstská SSDZ stala spolupracujúcim centrom WHO v oblasti duševného zdravia [WHO Collaborating Centre for MH]. Každoročne Terst hostí vyše 1000 ľudí v rámci výmenných študijných pobytov. Sú medzi nimi lekári, ošetrovatelia, sociálni a rehabilitační pracovníci, užívatelia a ich rodinný príslušníci a opatrovatelia, úradníci i politici. Za posledných 30 rokov navštívili Terst zástupcovia s viac než 50 krajín Európy i celého sveta. Pritom pomoc, ktorá je ponúkaná, nie je „kopírovanie“ Terstského systému, ale využitie nahromadených 40 ročných skúseností pri tvorbe systému, ktorý zohľadní špecifické podmienky danej krajiny. V prípade záujmu ponúkajú aj odborníkov (nielen zdravotníckych), ktorí vedia poskytnúť podporu a sprevádzanie pri zavádzaní komunitného systému, vrátane zmien v legislatíve na lokálnej i národnej úrovni. Existuje aj permanentná on line konferencia pod hlavičkou WHO vo forme mimovládnej organizácie zameraná na špecifiká rozličných krajín s názvom „Permanent Conference for Mental Health Worldwide: Franco Basaglia“ ([http://: www.confbasaglia.org](http://www.confbasaglia.org)) (Dell'Acqua, 2012).

Kapitola 5

Skúsenosti s deinštitucionalizáciou v niektorých regiónoch a krajinách Európy

Obsah tejto kapitoly vychádza z anglicko - talianskeho zborníka **Beyond the walls / Oltre i muri**, ktorý vyšiel v r. 2010 v Terste a ktorého základom sú príspevky, ktoré odzneli na konferencii v talianskom Merane „Deinštitucionalizácia ako terapeutická prax – najpokrokovejšie európske skúsenosti“ v novembri 2004 .

Veľká Británia

V 90-tych rokoch 20. storočia sa zrealizovala reforma psychiatrickej starostlivosti v severnom Birminghame, ktorá sa stala východiskom pre novú koncepciu psychiatrickej starostlivosti v celej krajine. Popudom k zmenám v Birminghame bol neudržateľný nárast násilných hospitalizácií prevažne čiernej časti multikulturálnej populácie mesta. Vo vzťahu k týmto ľuďom sa odkryli vnútorné rozpory v rámci psychiatrie – priepasť medzi väznením a starostlivosťou. Z toho vyplynula urgentná potreba zavrieť psychiatrické nemocnice a vybudovať nenásilné alternatívy starostlivosti (Sashidaran, 2004).

S využitím dodatočných dotácií pre MH založili MH Trust [Združenie pre duševné zdravie] ako súčasť National Health Service [Národného zdravotníckeho systému]. Do jeho pôsobenia spadala severná polovica mesta s populáciou vyše ½ milióna obyvateľov, skladajúca sa zo 6 oblastí. Urobili prieskum medzi pacientami, ich rodinami a opatrovateľmi, aké služby by si želali. Následne zavreli 3 psychiatrické nemocnice. Dostupný CMHT model [community MH team- komunitný tím duševného zdravia] sa im zdal nedostatočný. Fungoval na princípe komunitných tímov duševného zdravia, ktoré ale nepracovali ako napríklad teretské CDZ 24 hod denne a nízkoprahovo, skôr šlo o obdobu našich rajónnych psychiatrov. Zaviedli teda viac typov tímov: tímy pre dlhodobú starostlivosť a rehabilitáciu [Long-term teams], tímy pre skorú intervenciu [Early onset teams], asertívne tímy pre chronických a zle spolupracujúcich pacientov [assertive – outreach teams] založené na programe pre asertívnu komunitnú liečbu vyvinutý Lenom Steinom v severnej Amerike, tímy krízovej intervencie alebo tiež domáceho ošetrovania [Acute care teams, Home treatment teams].

Toto doplnili zriadením množstva ubytovacích zariadení, krízových domov a tiež umiestňovaním ľudí do hosťovských rodín [Foster families]. Hoci bol tento model presadený aj proti odporu klinikov, dovtedy pracujúcich v CMHTs, zdá sa, že v severnom Birminghame sa osvedčil a bol úspešný. Preto sa stal i vzorom pre národnú koncepciu reformny. Jej realizácia však už nemá tak presvedčivé výsledky. V UK sa medzi rokmi 1995 – 2001 síce znížil počet lôžok v psychiatrických nemocniciach, významne však stúpol počet lôžok v zariadeniach pre forenznú psychiatriu. Síce sa znížil celkový počet príjmov, naopak sa ale zvýšil počet ľudí prijatých nedobrovoľne. Zdá sa, že sa nepodarilo dosiahnuť širšiu zhodu a zainteresovanie verejnosti, užívateľov i profesionálov na prebiehajúcej zmene. A tak sa stalo, že záujmy pacientov sú naďalej prehliadané. Sashidaran vo svojom príspevku (2004) uvádza, že sa veľa investuje do asertívnych tímov, menej však už do tímov pre skorú intervenciu či domáce krízové ošetrovanie. Ozývajú sa aj hlasy, ktoré upozorňujú na „násilné“ odoberanie pacientov pôvodným komunitným tímom [CMHT] do starostlivosti asertívnych tímov, aby tieto naplnili stanovené kvóty (Toynbee - Allen, 2008). Tu, zdá sa, ide o jasné nepochopenie základných princípov deinštitucionalizácie. Hrozbou je aj nové politické smerovanie, ktoré pripravuje legislatívu so zdôraznením potreby nedobrovoľnej liečby (Sashidaran, 2004).

Pokračuje však i rozvoj funkčných komunitných služieb. Príkladom je program „celostného prístupu k životu [„The Whole Life Programme“], ktorý v regióne východného Anglicka zaviedla psychologička Susannah Rix Howard spolu s manažérom Johnom Jenkinsom, ktorý sa predtým podieľal na uzatvorení niekoľkých PN, vybudovaní MH Trust v Birminghame a tvorbe národného programu pre duševné zdravie. Do „The Whole Life“ programu zahrnuli 6 anglických miest. Nadviazali spoluprácu s 5 európskymi regiónmi s rozvinutou komunitnou starostlivosťou (Terst v Taliansku, Lille vo Francúzsku, Južný Štokholm vo Švédsku, Cavan Monaghan v Írsku, Astúria v Španielsku). Z každého zapojeného anglického mesta sa viacero skupín personálu komunitných zariadení cca po 20 ľudí zúčastnilo na 2-3 dňových pobytoch v uvedených regiónoch. Po návrate účastníci referovali svoje dojmy kolegom. Zorganizovali i vzájomné návštevy medzi jednotlivými anglickými mestami a tiež pozvali zástupcov z navštívených krajín do Anglicka. Rix popisuje, že sa im takto prakticky veľmi ozrejmla hodnota medzinárodnej siete. Získali dojem, že v Anglicku sa príliš sústredili na modely a dôkazy, ale málo na hodnoty (deinštitucionalizácie). Niekedy stážujúci prišli na pobyty s očakávaním, že presne spočítajú počet sestier, ktorý bude potrebný na zabezpečenie servisu v danej populácii, alebo že zistia, akú konkrétnu budovu treba postaviť. Počas stáží však pochopili, že tieto veci nie sú až tak dôležité. Oživilo sa v nich hodnoty a princípy, ktoré chceli pri svojej práci dosiahnuť. Využitie existujúcich možností, bolo obzvlášť zrejme v

Monaghane (staré budovy s novým využitím). V Terste urobilo na účastníkov veľký dojem veľmi nízke percento nedobrovoľných liečení ako i dodržiavanie záväzku používať čo najmenej reštriktívne metódy. Vnímali tam tiež dôležitosť zamerania sa na jednotlivca. Toto bolo veľmi zjavné aj v Lille, rovnako ako integrácia starostlivosti o duševné zdravie do lokálnej komunity. Ľudia sa z týchto pobytov vracali so skutočnou inšpiráciou a nadšením, často s víziou, ktorú chceli dosiahnuť vo vlastnej lokalite. Potvrdila sa dôležitosť toho, umožniť ľuďom, aby videli veci na vlastné oči a učili sa navzájom. Uvedený „The Whole Life Programme“ sa stále vyvíja. Jeho organizátori sa snažia zmeniť zameranie sa na fungovanie rôznych modelov na zameranie sa na hodnoty, ktoré chcú dosiahnuť. Chystajú sa osloviť vedúcich psychiatrických kliník, riaditeľov zdravotníckych zariadení a príslušných úradníkov s cieľom zmeniť prístup k starostlivosti o duševné zdravie v Británii (Rix, 2010).

Írsko

Prvé skúsenosti s komunitnou psychiatriou v regióne Cavan & Monaghan poskytli príklad pre celú krajinu, ako povedal írsky predseda vlády pri prvom stretnutí s IMHCN. Ojedinelá skupina ošetrovateľov, z ktorých sa stali riaditelia a manažéri, zorganizovala mobilný, flexibilný a plne integrovaný komunitný servis, čo vyústilo do zatvorenia miestnej psychiatrickej nemocnice a viedlo národnú vládu k stanoveniu cieľa zatvoriť v nasledovných rokoch aj ostatné psychiatrické nemocnice. Nanešťastie zmeny vo vedení a v politike skompikovali tento proces (Mezzina, 2010 a).

V Cavane & Monaghane neboli spokojní, keď sa pacienti krátko po prepustení vracali späť, dostali nové lieky a proces sa stále opakoval. Po r. 1990 sa rozhodli pre zmenu – nielen systému, ale i myslenia. Urobili prieskum medzi užívateľmi služieb a ich opatrovníkmi a zistili, že medzi ich očakávaniami a reálne poskytovanými službami sú veľké rozdiely. Medzi požiadavkami bola starostlivosť nie v nemocnici, ale v domácom prostredí, prístup k zamestnaniu, ubytovaniu, dobrej zdravotnej starostlivosti, informáciám o chorobe a liečbe, ku vzdelaniu. Podľa toho zmenili svoj prístup a už po 3-4 mesiacoch sa 27 lôžkové akútne psychiatrické oddelenie vyprázdnilo. Z pôvodne 900 lôžkovej psychiatrickej nemocnice bolo v r. 2004 obsadených 39 postelí, z toho 36 pacientov tvorili muži a ženy nad 75 rokov a 3 pacienti boli na akútnom psychiatrickom oddelení. Pri komunitnej starostlivosti nemali pevne stanové pravidlá, základom bolo budovanie dôvery. Dôraz kládli na vzdelávanie všeobecných lekárov a spoluprácu s nimi v snahe zabrániť, aby sa ľudia dostali do stavu, keď je už ťažké sa vyhnúť hospitalizácii a fyzickému obmedzeniu. Sami vzdelávali aj zdravotné sestry. Podľa ich skúsenosti aj personál, ktorý predtým pracoval v

psychiatrickej nemocnici, môže po preškolení dobre fungovať v komunitnej starostlivosti. Snažili sa obmedziť profesionálny „patriarchálny“ prístup („lekár a sestra to vedia najlepšie“) a začali sa starať o ľudí viac ako priatelia. Pracovali na odstraňovaní strachu, jednak strachu pacientov zo systému (psychiatrickej nemocničnej starostlivosti), jednak strachu profesionálov prepustiť pacienta z tohto systému von (Murray, 2004). (pozn. Damien Murray bol najprv psychiatrickým ošetrovateľom, neskôr sa stal manažérom a riaditeľom komunitných služieb duševného zdravia v Cavane & Monaghane, následne pracoval pre WHO na projekte deinštitucionalizácie v Albánsku).

Španielsko

V Španielskej Astúrii boli takmer súčasne s Talianskom prví, ktorí uzavreli psychiatrickú nemocnicu a začali rozvíjať komunitné služby. Nasledovala ich Andalusia a Navarra. V Astúrii tento proces viedol psychiater Victor Aparicio Basauri, ktorý sa neskôr stal reprezentantom WHO v strednej Amerike (Mezzina, 2010 a).

Psychiatrická nemocnica v regióne Astúria mala v r. 1964 1200 lôžok. Nachádza sa v Oviede - hlavnom meste oblasti. Spádová oblasť je 1 066 000 obyvateľov. Znižovať počet lôžok začali v r. 1982, v r. 2003 klesol na 40. Z bývalých pacientov sa 40% vrátilo priamo do spoločnosti, z toho asi polovica do rodín, 0,6 % sa stali bezdomovcami, 60% bolo umiestnených do ubytovacích zariadení, terapeutických komunit, chránených bývaní, domovov dôchodcov. V Španielsku je základom zdravotnej starostlivosti sieť praktických lekárov. Majú 4 špeciálne programy – pre deti, dospelých, závislých a ťažko duševne chorých. V Astúrii je prvý kontakt spoločný pre závislých i ostatných duševne chorých. Hospitalizácie prebiehajú vo všeobecnej nemocnici. Rehabilitácia sa koná v denných nemocniciach, tie sú spojené s terapeutickými komunitami, kde sú chronickí pacienti aj ubytovaní. V Astúrii majú 15 centier duševného zdravia. Dôležitá je návaznosť služieb v čase a koordinácia medzi tímami. V denných nemocniciach sa snažia vytvoriť atmosféru domova, alebo trhu – v zmysle arabského bazáru – miesta, kde sa sociálne vzťahy definujú cez komunikáciu. V posledných rokoch počet užívateľov služieb stúpa, pričom personálne i finančné zdroje sa nenavýšili. To nevyhnutne viedlo k poklesu komunikácie, odmietaniu pacientov, zvýšeniu „revolving – door“ mechanizmu [časté vracanie sa pacientov] (Basauri, 2004). Basauri vníma existujúci management skôr na prekážku – v zmysle byrokratickej fragmentácie. Upozorňuje tiež na „narcistickú“ fragmentáciu medzi jednotlivými tímami. Je podľa neho dôležité klásť si otázku „Koho očakávania chceme svojou prácou naplňovať – pacientov, profesionálov, inštitúcií?“ (2004).

Francúzsko

Vo Francúzsku sa komunitná forma psychiatrickej starostlivosti rozvíja v Lille pod označením „občianska psychiatria“. Vedúcou osobnosťou je tu psychiater Jean-Luc Roelandt, ktorý vedie sektor od r. 1977. Lille je od r. 1998 pilotným miestom WHO pre rozvoj komunitnej starostlivosti o duševné zdravie. Od r. 2005 sú tiež príkladom pre boj proti stigme a diskriminácii v súlade s Helsinskou deklaráciou z r. 2005. Hoci sú stále napojení na starú psychiatrickú nemocnicu s veľmi malým počtom lôžok, poskytujú neuveriteľne pestrú sieť inovatívnych programov a zdrojov. Bohužiaľ v rámci celej krajiny zostáva Lille izolovaným prípadom (Mezzina, 2010 a).

Občianska psychiatria vychádza z nasledovných 5 princípov:

1. ľudské a občianske práva sú nedotknuteľné (aj v priebehu psychickej choroby),
2. súdnictvo a psychiatria, väzenie a nemocnica, väzba a starostlivosť sa nesmú miešať,
3. spoločnosť a služby pre duševné zdravie sa musia prispôbiť potrebám pacientov,
4. podpora rušenia miest spoločenského vylúčenia,
5. boj proti stigmatizácii a diskriminácii (zvyšovanie povedomia verejnosti o duševných ochoreniach, odbúravanie predsudkov, že ľudia s duševnou poruchou sú nebezpeční, nedajú sa pochopiť a nedajú sa liečiť) (Roelandt, 2007).

Oblasť Lille tvorí 6 malých miest s 86 tisíc obyvateľmi. V r. 1977 mala regionálna psychiatrická nemocnica v Armentière (25km od mesta Lille) 300 lôžok, v r. 2006 to bolo už len 20 lôžok (zvyčajne s 50% obložnosťou a priemernou dĺžkou hospitalizácie 8 dní) s plánom presunu lôžok do centra mesta. V spomínanom r. 1977 vznikla súkromná organizácia Medicínska psycho – sociálna asociácia (ďalej len Asociácia) s cieľom transformácie systému. Svoju činnosť zahájila výskumom o stigmatizácii, s následným spoločným úsilím psychiatrov a umelcov odstrániť zlý obraz o mentálne chorých medzi verejnosťou. V r. 1982 vzniklo prvé centrum pre ubytovanie a rehabilitáciu dlhodobo hospitalizovaných pacientov. Roelandt proces transformácie v Lille delí na 2 obdobia. Prvých 20 rokov (1975 – 1995) označuje ako posun od psychiatrickej nemocnice do komunity a nasledujúce obdobie (1995 – 2006) ako decentralizáciu a otváranie psychiatrických služieb zapájaním psychiatrických profesionálov do zdravotných, sociálnych i kultúrnych služieb v meste. Všeobecným cieľom psychiatrického tímu bolo dostať sa zo svojho getha. Uvedené zmeny prebiehajú s podporou miestnych úradov. Pre koordináciu služieb duševného zdravia s potrebami spoločnosti sú volení lokálni úradníci, ktorí zabezpečujú predovšetkým ubytovanie, jedálne, konzultačné miesta (Roelandt, 2007).

V súčasnosti existuje 12 konzultačných miest, ktoré sú navzájom prepojené (aj dopravou), a ktoré sú tak blízko verejnosti, ako sa len dá. Všade je dostupná konzultácia psychiatra alebo psychológa (včítane psychoterapie – analytickej, či kognitívne behaviorálnej). Potrebné je doporučenie od všeobecného lekára. So všeobecnými lekármi psychiatri úzko spolupracujú, títo i predpisujú psychiatrické lieky po doporučení psychiatrom. Budovy konzultačných miest sú prenajaté od mesta, alebo poskytnuté mestom. Okrem služieb pre duševné zdravie slúžia aj iným účelom, sídlia tu napríklad miestny úrad pre prevenciu a sociálnu pomoc, podporné miesto pre rómov, materské a detské centrum, detské psychiatrické centrum, centrum športovej medicíny, mestský bazén, centrá prevencie a pomoci pre starých ľudí a deti, lekársky dom. Na uvedených miestach je k dispozícii zdravotná sestra 24 hodín denne, tá podľa situácie zabezpečí konzultáciu ešte v ten istý deň. Inak minimálne 1x týždenne prebiehajú interdisciplinárne stretnutia.

V prípade potreby hospitalizácia prebieha v Armentière, pričom dvere oddelenia nie sú zavreté, pri vchode je personál, pacienti majú prístup ku všetkým informáciám o svojej liečbe, 2x týždenne prebiehajú stretnutia s personálom. Pred prepustením pacienta kontaktujú ľudí zo sektorového tímu. Niektorých pacientov už počas hospitalizácie berú do rehabilitačného centra alebo do jedálne v meste.

Alternatívou k hospitalizácii je umiestnenie do hosťovskej rodiny alebo intenzívna starostlivosť integrovaná v meste, kde je 5 lôžok, ktoré slúžia na 8 dňové hospitalizácie. Umiestňovanie do hosťovských rodín funguje od r. 2000. K dispozícii je 12 miest, kam sú pacienti umiestňovaní buď priamo alebo po krátkom pobyte v nemocnici na niekoľko dní alebo týždňov (priemerne 17 dní). Inštrukciou pre rodiny nie je liečiť, ale poskytovať pohostinnosť, podporu a pozornosť. Pre každého pacienta je vypracovaný individuálny projekt, rodine pomáha zdravotná sestra a tím. Každá rodina dostáva za starostlivosť o 1 pacienta do 1036 euro na mesiac. Tieto peniaze vypláca Asociácia.

Oblasťami, na ktorých stojí reintegrácia a rehabilitácia sú ubytovanie, práca a voľný čas. V oblasti ubytovania disponujú v Lille 150-timi „zdieľanými bytmi“ - v každom byte bývajú 2-3 pacienti a s nimi zadarmo 1 študent. Byty prideluje komisia, ktorej predsedom je volený úradník pre danú oblasť a členmi zástupcovia Asociácie, ubytovacích zariadení, užívateľov a rodinných príslušníkov. Ďalej majú k dispozícii 1 rezidenciu so 6 bytmi so stálou prítomnosťou zdravotníckeho personálu. 1 z bytov je veľký bezbariérový pre 6 ľudí s ťažkým hendikepom. Ide o prirodzenú alternatívu ku koncentrácii ťažko hendikepovaných ľudí vo veľkých domovoch. A ďalej sú k dispozícii 2 rezidencie so zdieľanými bytmi, v ktorých je domovník a večer a cez víkendy je prítomný aj tréningový tím, ktorý sleduje schopnosť pacientov žiť samostatne alebo v zdieľanom

byť a plánovať si vlastný denný program. V prípade potreby je možné volať službukonajúci zdravotnícky personál.

V oblasti práce spolupracujú s Centrom pre adaptáciu na pracovný život. Centrum má 15 pracovných miest rezervovaných pre užívateľov psychiatrickej starostlivosti a organizuje kvalifikačné kurzy. Rôzne chránené miesta sú dostupné cez Centrum práce v meste. Užívatelia i dobrovoľníci sa podieľajú na priebežnej renovácii zdieľaných bytov. Každá skupina pracuje pod vedením supervízora a často spolupracujú i s umelcami.

V oblasti voľného času špecializovaný tím organizuje aktivity v mnohých umeleckých, športových a kultúrnych centrách. Do týždňa je to cca 50 rôznych programov - umelecké workshopy, knižnica, športy, tanec, hudba, spev, video, aquarelatex. Hlavným centrom voľného času je Frontières centrum v strede mesta, kde sídli aj galéria súčasného umenia a je podporované miestnym úradom pre kultúru. Cieľom aktivít je zapojiť klientov do života spoločnosti a dať im šancu prelomiť sociálnu izoláciu. Umelecké skupiny vedú umelci a supervidujú ich zdravotné sestry. Nejde o arteterapiu v užšom zmysle (teda liečenie umením), ale o pôsobenie proti stigmatizácii cez umenie a kontakt s umelcami.

Užívatelia psychiatrickej starostlivosti môžu využívať možnosť stravovania v mestských jedálňach.

Funguje mnoho patientských a rodinných skupín, ktorých členovia sú vnímaní ako „skúsení experti“.

V Lille majú aj špeciálny mobilný tím pre bezdomovcov, ktorých v prípade potreby doporučia do psychiatrických služieb (Diogenes systém).

Všetok personál z Lille sa zúčastnil na mnohých tréningových exkurziách po celom svete, odkiaľ si priniesli inšpiratívne skúsenosti. Významné boli napríklad: pobyt v začiatkoch transformačného procesu v r. 1976 v Terste, v r. 1987 v Quebecku v Kanade (kluby a dobrovoľníci), v Merzigu (1995) a v Terste (1997) videli úplne otvorené psychiatrické oddelenia, na konferencii v Terste (1986) sa dozvedeli o využití hosťovských rodín, za príklad si vzali Madison v USA (1998), v Birminghame (2000) videli mobilný tím pre domácu starostlivosť 7 dní v týždni, v Mauretánii (2001) sestričky na uvítanie pacientov, v Oviede v Španielsku zapojenie všeobecných lekárov (2002), v Terste (2005) sociálne kooperatívy, v Monaghane (2005) zapojenie svojpomocných skupín (Roelandt, 2007).

Bližšie údaje o financovaní služieb sa v príspevku neuvádzajú. Je spomenuté, že oproti minulosti sa výrazne zmenilo prerozdelenie celkového finančného rozpočtu v prospech siete integrovanej v meste na úkor nemocničných lôžok.

Rakúsko

V mnohých regiónoch Rakúska je snaha o decentralizáciu psychiatrickej starostlivosti zriaďovaním malých psychiatrických oddelení (Kaltenbrunner, 2004). V príspevkoch psychiatricky Kaltenbrunner a psychologičky Felderer sa dočítame o situácii v južných regiónoch Rakúska Carinthia a Spittal. Ide o poľnohospodárske horské regióny. Už v minulosti tu prebiehala akási forma „skorej deinštitucionalizácie“, keď si farmári brali psychiatrických pacientov na svoje farmy. V súčasnosti sú z týchto usadlostí psychosociálne rehabilitačné centrá so zdravotníckym personálom. V regióne funguje psychiatrická nemocnica v Klagenfurte, ktorá je súčasťou všeobecnej nemocnice. Od r. 1985 v nej uskutočnili pod vedením nového primára organizačné zmeny. Počet lôžok klesol zo 400 na 200, otvorilo sa 9 z 10 pavilónov. Na uzavretom pavilóne majú forezných a veľmi akútnych pacientov. Oddelenia sú zmiešané. Založili súkromnú neziskovú organizáciu, ktorá začala zakladať zariadenia pre nehospitalizovaných pacientov a podporu ich zamestnávania. Zaviedli i psychiatrickú pohotovosť, kde po telefonickom kontakte idú za pacientom domov 2 profesionáli. Od r. 1995 majú krízové centrum otvorené 24 hodín 7 dní v týždni. V noci je však bez personálu, je tam 6 lôžok, v prípade potreby si pacienti volajú zdravotníkov. Neprijímajú tam pacientov so závislosťami, agresívnych, či suicidálnych pacientov. Funguje u nich tiež domáca liečba a špecializovaný tím pre prácu s veľmi ťažko chorými pacientami (akýsi druh „assertive outreach team“) (Kaltenbrunner – Felderer, 2004).

Nemecko

V Nemecku od r. 1870 funguje v zdravotníctve systém, ktorý zaviedol ešte Bismarck. Verejné (štátne) zdravotníctvo sa stará o nemocnice a ambulantní pacienti navštevujú súkromných lekárov platených neziskovými zdravotnými poisťovňami. Ide o 2 úplne odlišné systémy. Okrem tohto rozdelenia Bismarck odčlenil zo všeobecných nemocníc 3 skupiny pacientov – psychiatrických, telesne postihnutých a chorých na tuberkulózu. Liečebne pre chorých na tuberkulózu boli postupne zrušené, telesne postihnutých si prevzali do starostlivosti ortopédi. Problém odčlenenia psychiatrických pacientov pretrváva doteraz. Po roku 1870 vzniklo v Nemecku cca 90 psychiatrických nemocníc (asi 110 tisíc lôžok). V období nacizmu v nich bolo zabitých 180 tisíc pacientov (asi spoločné číslo i s telesne postihnutými). S holocaustom v psychiatrických nemocniciach sa nemecká spoločnosť vyrovnáva doteraz (Cranach, 2004).

V r. 1975 parlament schválil nové základy nemeckej psychiatrie, do r. 1980 sa vypracovali regionálne plány. Boli však ťažko realizovateľné a proinštitucionálne. Základom boli psychiatrické liečebne s 200 – 400 lôžkami a oddelenia nemocníc s 200 lôžkami. Počítalo sa i s komunitnými centrami, ale orientovanými na inštitúciu, nie na osobu.

V r. 1980 odchádzali celé tímy psychiatrov z univerzít do psychiatrických nemocníc. Psychiater Michael von Cranach sa stal riaditeľom psychiatrickej nemocnice v Kaufbeuren v južnom Bavorsku. Mala 1000 lôžok pre spádovú oblasť cca 1 milión obyvateľov (z toho 400 tisíc v meste Augsburg, priamo v meste bolo 30 psychiatrických lôžok). 450 pacientov v nemocnici bolo chronických. Služby pre ambulantných pacientov neexistovali žiadne. V regióne pracovalo 90 súkromných psychiatrov, tí sa však nestarali o chronických pacientov.

Po príchode tímu doktora Cranacha do Kaufbeuren začali snahou o zmenu interpersonálnych vzťahov, hovorili o nacistických časoch, skúmali archívy. Snažili sa hľadať individuálne riešenia pre individuálne problémy. Zohľadňovali multikulturálnu dimenziu, v súčasnosti sú multikulturálnou nemocnicou. Rozvíjali komunitne orientovanú sieť na zabezpečenie bývania a práce pre ambulantných pacientov. Oblasť rozdelili na sektory a lôžka presúvali do všeobecných nemocníc. Dnes je spádová oblasť psychiatrickej nemocnice 310 tisíc obyvateľov a má 165 lôžok. Na rozdiel od Talianska tu riešia aj akútne intoxikácie alkoholom a drogami a tiež sem patria gerontopsychiatrické lôžka. V r. 1982 sa im podarilo presadiť zmenu zákona a môžu poskytovať aj ambulatnú starostlivosť. V rámci nemocnice otvorili časť pre ambulantných pacientov s 24 zamestnancami platenými cez zdravotné poisťovne. Aj časť nemocničného rozpočtu presúvajú na prácu 120-tich zamestnancov s ambulatnými pacientami. To je síce ilegálne, ale nikomu to nevadí. V nemocnici sa riadia sloganom, že „každý musí mať jednu nohu vonku“. V ambulantnej časti nemocnice ošetrí 4500 pacientov za rok, asi 30 % kontaktov prebieha doma (Cranach, 2004).

Výsledky výnimočnej práce doktora Cranacha a jeho tímu v rozvoji komunitných služieb však ostávajú neisté kvôli prekážkam zo strany systému (Mezzina, 2010 a).

Grécko

Podľa gréckeho psychiatra Theodorosa Megaloeconomou 25 rokov prebiehajúca „reforma“ psychiatrickej starostlivosti v Grécku nemá nič spoločné s deinštitucionalizáciou. Ide len o „dehospitalizáciu“, privatizáciu a komercializáciu, presun pacientov z väčších do menších

blázincov. Chýbajú komunitné služby. 55-60% príjmov sú nedobrovoľné. Za normálne sú pokladané všetky obmedzujúce opatrenia – kurtovanie, izolačky, zamknuté dvere (2004).

Akútne psychiatrické oddelenie v Attice, kde doktor Megaloeconomou pracuje, ako jediné funguje na princípe otvorených dverí (od 9:00 do 20:00 hod), kurty používa max. 4 x do roka, spolupracuje s centrom duševného zdravia a prijíma pacientov z presne vymedzenej lokality (Megaloeconomou, 2004).

Taliansko – okrem Terstu

Ako už bolo uvedené, Taliansko ako prvá krajina prijala v r. 1978 reformný zákon, ktorý nariaďoval postupné zatváranie psychiatrických nemocníc pri súčasnom vytváraní komunitných služieb. Posledná psychiatrická nemocnica bola zatvorená v r. 1999. V Taliansku všetci psychiatri poznajú odkaz Franca Basagliu a hlásia sa k jeho princípom liečby, ale realita býva často iná ako vzletné slová. V niektorých regiónoch môže i dnes pretrvávajúť používanie obmedzujúcich prostriedkov, k dispozícii sú nižšie finančné zdroje, s tým súvisí nižší počet personálu (Scheansová, 2012). Existujú tu i forenzné psychiatrické nemocnice a tiež reziduálne súkromné psychiatrické nemocnice, ktoré boli premenované na rehabilitačné centrá (Mezzina, 2010 a). Celkovo je v Taliansku 6 forezných psychiatrických nemocníc, v ktorých je hospitalizovaných 1200 ľudí (DellAcqua, 2012).

Podľa prieskumu talianskeho ministerstva zdravotníctva z r. 2001 sú Sekcie duševného zdravia už vo všetkých regiónoch (celkovo 211). V Taliansku je 707 centier duševného zdravia (CDZ), 321 akútnych psychiatrických oddelení (APO), 612 denných stacionárov, 1552 ubytovacích zariadení so 17 tisíc lôžkami, 8 univerzitných psychiatrických kliník s 162 lôžkami, 56 súkromných ošetrovateľských zariadení s 3975 lôžkami. Celkovo psychiatrický personál tvorí 35 tisíc ľudí, z toho je 5500 lekárov a 15 000 zdravotných sestier. Pretrvávajú rozdiely medzi regiónmi, kritickým bodom je kvalita služieb, organizačné stratégie a kultúra personálu (Del Giudice, 2004).

V nasledujúcich riadkoch zmienime úspešné skúsenosti z 3 ďalších regiónov Talianska – Trevíza, Merána a Caserty.

Keď taliansky psychiater Guido Pullia prišiel v r. 1995 do **Trevíza**, v 3 psychiatrických nemocniciach tam bolo hospitalizovaných 400 pacientov. Okrem nich tam bolo aj mnoho pacientov

akože v starostlivosti praktického lekára, čím sa obchádzal zákon platný v Taliansku, ktorý zakazuje opakovanú psychiatrickú hospitalizáciu. Títo pacienti nemali ani svoju dokumentáciu. V regióne neexistovali žiadne komunitné služby. Požiadavku na zrušenie psychiatrických nemocníc si tu vysvetlili zvláštne – nemocnice existovali naďalej, ale lekári do nich už takmer nechodili. Pacientov často posielali aj do inštitúcií mimo rajón, napríklad do sociálneho zariadenia pre postihnutých v Mogliano Veneto, zariadenia s 540 lôžkami (zrejme obdoba našich Domovov či Ústavov sociálnej starostlivosti).

Pullia zakázal kurtovanie pacientov, zaviedol jednotnú dokumentáciu pre všetky časti starostlivosti o duševné zdravie, od r. 1998 nie sú pacienti odosielaní do iných inštitúcií. Dnes sú psychiatrické nemocnice zrušené, psychiatrická starostlivosť sa poskytuje v 20 budovách (pre populáciu cca 380 tisíc obyvateľov). Fungujú tu 4 CDZ otvorené 12 hodín denne s 24 hodinovou službou zdravotnej sestry na telefóne, 1 CDZ otvorené 24 hodín denne, akútne psychiatrické oddelenie, kde prebiehajú aj nedobrovoľné hospitalizácie, ale pri otvorených dverách a bez používania obmedzovacích prostriedkov. V rámci alternatív k hospitalizácii zaviedli po 2 ročnej príprave v r. 2002 aj umiestňovanie dospelých pacientov do hosťovských rodín [„foster family care“]. Hosťovská rodina spolupracuje s CDZ, sú jej preplácané výdavky. Okrem priamej pomoci pacienti dochádzajú aj k zvyšovaniu povedomia verejnosti o utrpení pri duševných poruchách, keďže vyhľadávanie vhodných rodín je spojené s intenzívnou osvetovou činnosťou. Tiež to vedie k finančným úsporám znížením nákladov spojených s hospitalizáciou. V hosťovských rodinách sa takmer vždy objaví nejaký aspekt utrpenia spojený s rodinou pacienta, ktorý predtým nebol známy (napríklad ťažko chorá matka, otec s finančnými problémami, postihnutý brat..). Hosťovská rodina o tom často informuje CDZ a nezriedka ponúkne i pomoc s riešením. Potom sa daný jednotlivec, ktorý v istom zmysle fungoval ako „obetný baránok“, môže prestať „zapínať“ ako varovný signál – v zmysle produkcie svojich symptómov, ktoré niekedy nevyjadrujú len jeho vlastnú bolesť, ale aj problémy jeho blízkych. Túto formu starostlivosti vnímajú v Trevíze aj s jej obmedzeniami ako jednu z možností, ktoré sú otvorené (Pullia, 2004).

Lorenzo Toresini bol spolupracovníkom F. Basagliu v Terste. V r. 1999 sa stal riaditeľom služieb pre duševné zdravie v **Merane** v regióne Alto Adige. Ide o zvláštny región s veľkou nemeckou menšinou, kde bol z historického hľadiska výrazný protinapoleónsky odpor. Ten zabránil francúzskej revolučnej kultúre, vrátane kultúry psychiatrie, vstúpiť do regiónu 150 rokov. Z toho dôvodu nebola v oblasti žiadna psychiatrická nemocnica a až do r. 1978 všetkých prevažne nemecky hovoriacich obyvateľov s duševným ochorením vozili do blázince v provincii Trento, kde

nikto nehovoril ich jazykom. Vďaka boju združenia rodín pacientov a osvieteným politikom sa v r. 1978 začali budovať psychiatrické služby aj v tomto regióne. Dnes je v Meráne 24 lôžkové CDZ (Toresini, 2004). Toresini upozorňuje na hrozbu byrokratizácie a hierarchizácie vzťahov aj v komunitných zariadeniach. Na druhej strane je tu riziko anarchie, s ktorou si princípy deinštitucionalizácie nemožno zamieňať. Deinštitucionalizáciu chápe ako kontinuálny proces „zatvárania blázincov“ v našich mysliach a vzťahoch (2004).

Talianska psychiatricka Giovanna del Giudice bola od počiatku spolupracovníčkou F. Basagliu v Terste. V r. 2002 sa stala riaditeľkou novozriadenej Sekcie pre duševné zdravie v južnom Taliansku v oblasti Caserta 2 s hlavným mestom **Aversa** a populáciou 473 tisíc ľudí. Ide o región s výraznou absenciou štátnej správy, infiltrovaný kriminálnou organizáciou Camorra, s výrazným súkromným sektorom, so zdevastovaným životným prostredím, vysokou nezamestnanosťou a negramotnosťou, zlým zdravotným stavom obyvateľstva, zlým postavením žien, s vysoko cenenými osobnými a rodinnými vzťahmi. Psychiatrická nemocnica v Averse bola zatvorená v r. 1998, doteraz funguje forenzná psychiatrická nemocnica s 300 lôžkami. Situácia v januári 2002 bola nasledovná: APO bolo uzatvorené s prísnu hierarchiou a bez akejkoľvek tímovej práce, s častým fyzickým obmedzovaním. Sféry psychiatrickej a bežnej pohotovosti boli oddelené, veľmi často dochádzalo k nedobrovoľným hospitalizáciám. Pri stretnutí s ambulatnými pacientami šlo skôr o byrokratické sedenia. V denných centrách prebiehali nekvalifikované umelecké aktivity, pokusne aj farmárčenie a remeslá, ale bez prepojenia s trhom, bez finančného príjmu pre pacientov.

Plánovaná zmena psychiatrickej starostlivosti v regióne prebehla v rokoch 2002 – 2004 v kontexte širších zmien verejného zdravotníctva. Pri zmene systému si v Caserte stanovili nasledovné princípy práce:

1. riešenie všetkých požiadaviek bez odmietania,
2. dodržiavanie základných štandardov starostlivosti (pacient dostane rovnakú odpoveď na každej úrovni spadajúcej pod SSDZ),
3. v centre záujmu je osoba a nie choroba,
4. v základoch verejného sektoru (ako protikladu k súkromnému) je princíp, že ten, kto má najmenej, musí dostať najviac (prioritou sú pacienti s najťažším postihnutím, najviac ohrození vylúčením zo spoločnosti),
5. oslobodenie a sloboda ľudí je základom terapeutickkej činnosti,
6. služby musia rozpoznať najkritickejšie prípady,
7. etickým imperatívom je dosiahnuť a udržať najlepší možný štandard,

8. personál sa stáva zodpovedný za zdravie miestnej komunity, posilňuje sa kontakt s komunitou.

Prioritnou akciou bola reorganizácia APO a neskôr i jeho presťahovanie do vhodnejších priestorov. Najprv vyriešili problém chronického pacienta s autizmom a mentálnou retardáciou, ktorý bol na oddelení 22 rokov (od svojich 13 rokov). Steny oddelenia boli plné dier od úderov jeho hlavy, personál i spolupacienti sa ho báli. S využitím individuálneho rozpočtu mu v priebehu roka zohnali chránený byt s 24 hodín prítomným asistentom. Napriek veľkým obavám, ktoré mali, sa rozhodli byt zariadiť bežne (nedali na steny linoleum, nezabetónovali posteľ). Pacient sa na zmenu zadaptoval nad očakávania dobre, v roku nasledujúcom po presťahovaní sa epizóda udierania hlavou o stenu vyskytla len 1x – a to počas silvestrovskej noci. Tento úspech dodal všetkým vieru v možnosť zmeny. Na APO sa otvorili dvere, prestali sa používať fyzické obmedzenia, všetok personál mal pravidelné porady. Po presťahovaní do nových priestorov v lete 2003 už nemali zdravotné sestry oddelenú kuchynku, lekári sa v službe nezatvárali do svojich pracovní, pre pacientov bolo dostupných množstvo súkromných i spoločných priestorov. Prvé mesiace bolo pre lekárov i sestry ťažké zvyknúť si na nový spôsob práce, mnohí sa cítili úzkostne zo zvýšenej blízkosti a kontaktu s pacientami, mnohí sa báli zodpovednosti v prípade, že by pacienti utiekli. Primár (nový) ich podporoval, ale pevne trval na dodržiavaní nových pravidiel. O niekoľko mesiacov sestry referovali, že „pacienti sa zmenili“, že už nie je treba silu a každý sa cíti lepšie.

V regióne otvorili ešte jedno APO, na rovnakých princípoch, obe majú po 8 lôžok.

Zriadili 6 CDZ otvorených 24 hodín denne (prijímajú pacientov aj v noci), každé má 4 lôžka. Tým sa masívne znížila potreba prijatí na APO. Zmenil sa systém, akým ľudia žiadajú o pomoc. Ak na riešenie kríz existuje len APO, zvyšuje sa riziko násillia a porušovania ľudských práv. V CDZ venujú prioritnú pozornosť najťažším pacientom, zvýšili kvalitu i kvantitu domácej starostlivosti, poskytujú rehabilitačné, edukačné programy a rekvalifikačné kurzy.

Podarilo sa výrazne zlepšiť vzťahy psychiatrie so všeobecnou pohotovosťou. Obhájili právo psychicky chorých pacientov na liečbu somatických ťažkostí na príslušných oddeleniach. Psychiatrický personál spolupracuje s pohotovosťou - u pacientov, ktorých poznajú, zasahujú doma, u ostatných na oddelení pohotovosti.

Zrušili 20 lôžkové ubytovacie zariadenie, ktoré sa nachádzalo v nevyhovujúcich priestoroch a bolo celé obohané nepriehľadným plotom. Pacientov ubytovali v 5-6 členných skupinkách v domoch, ktoré spravujú sociálne podniky. Pre každú skupinu zdieľajúcu dom je vypracovaný individuálny terapeutický a rehabilitačný program.

Zaviedli aj informačné a podporné skupiny pre rodiny a program spolupráce s forezným psychiatrickým oddelením.

V r. 2004 mali 67 dobrovoľných hospitalizácií, oproti 131 v r. 2002. Skrátil sa i čas hospitalizácie. Zmena sa neobišla bez konfliktov a hádok, prebehla dosť rýchlo. Umožnila ju klíma v celom systéme zdravotníctva, kde si uvedomovali existenciu mnohých etických problémov (Del Giudice, 2004). Podľa Giovanni del Giudice je nevyhnutné, aby systém starostlivosti o duševné zdravie bol prepojený so sociálnym systémom, podporou miestneho rozvoja a začlenený do komunity. Preto personál starajúci sa o duševné zdravie musí mať profesionálne vedomosti a zároveň odvahu ísť za hranice svojej roly. Musí byť schopný rozšíriť sféry svojich vedomostí a možností, aby vybudoval spojenia a siete. Politika v zdravotníctve, a obzvlášť v oblasti duševného zdravia, sa musí prispôbiť špecifickému kontextu – nie je možné zaviesť (dobré) zmeny bez začatia z miestnej úrovne. Ale je potrebné hľadiť aj ďalej, nasledovať rozvoj v miestach doma i v zahraničí, kde to funguje (2004).

Záver

Táto práca si nekládla za cieľ predložiť exaktné dôkazy o tom, aký systém psychiatrickej starostlivosti je „lepší“. Vyplýva to jednak z typu zdrojov, z ktorých vychádza, a tiež z presvedčenia, že síce je dôležité, aby bola medicínska prax postavená na dôkazoch [evidence – based], ale nemenej dôležité je, aby bola založená na hodnotách [value – based] (Sashidharan, 2004). Cieľom bolo čo najpodrobnejšie opísať systém, ktorý je prítlačivý práve pre svoju ľudskosť. Terstský model starostlivosti o duševné zdravie, ktorý už 30 rokov funguje bez existencie psychiatrickej nemocnice, je presvedčivý aj vďaka praktickej uskutočniteľnosti, vďaka „practickej pravde“, o ktorej hovoril Franco Basaglia.

Slovami Giuseppa Pulliu je v našej dobe zameranej na efektivitu ťažké pracovať s identifikáciou, empatiou a načúvaním, základnými nástrojmi, ktoré nám umožňujú cítiť tragickú povahu rizika pádu do neľudskosti - čo sa môže stať nám všetkým. Musíme akceptovať, že úvodnou podmienkou pre akúkoľvek liečbu je právo (takmer povinnosť) odmietnuť odstránenie vlastnej subjektivity. Profesionál má pomôcť trpiacemu znovu poskladať jeho životnú skúsenosť, má vedieť sprostredkovať porozumenie medzi oboma stranami – pacientovou skúsenosťou v chorobe a realitou. Skutočnú atmosféru starostlivosti vytvoríme tak, že budeme stavať mosty a nie múry, že otvoríme všetky dvere (2004).

Aj Roberto Mezzina hovorí, že otvorenie dverí v praxi je hlavnou vecou. Otvorené dvere ponúkajú oveľa viac možností pre komunikáciu, služby sú transparentné. A paradoxne zisťujeme, že keď otvoríme dvere, ľudia s nami zostanú (2004).

Skúsenosti z medzinárodnej siete regiónov s komunitnou starostlivosťou hovoria jedno: v rozličných krajinách, s rozdielnymi tradíciami, s nerovnakou úrovňou bohatstva, s využitím rôznych modelov a programov, je možné dosiahnuť takú starostlivosť o duševné zdravie, ktorá sa zameriava na človeka v jeho celistvosti, ktorá si viac než chorobu váži ľudskú skúsenosť (Mezzina, 2010 a).

Pri argumentácii o výhodách komunitného systému starostlivosti o duševné zdravie sa niekedy používa poukazovanie na možnosť znížiť finančné náklady. Toto sa však rozhodne netýka našich krajín, kde SR a ČR obsadzujú posledné a predposledné miesto v Európe vo výške podielu rozpočtu pre oblasť duševného zdravia v pomere k celkovému rozpočtu na zdravotníctvo. V r. 2002 to bolo 2% v SR a 3% v ČR, pričom väčšina ostatných štátov sa pohybovala medzi 6-8% (Mezzina, 2010 b). Absolútne čísla optimistickejšie nebudú a očakávať úspory v našich podmienkach je nereálne.

Na druhej strane je pravdepodobné, že peniaze nie sú tou hlavnou podmienkou k uskutočneniu zmien. Napríklad v chudobnej časti Španielska Andalúzií sa darí napredovať v komunitnom systéme starostlivosti veľmi dobre, zatiaľ čo v bohatej Katalánii stále existujú veľké psychiatrické nemocnice (Basauri, 2004).

Pri úvahách o príčinách úspešnosti zmien, ktoré viedli k súčasnému terstskému modelu psychiatrickej starostlivosti, sa môžeme oprieť o vyjadrenia viacerých citovaných autorov. Hovoria o mobilizácii všetkých účastníkov systému (Rotelli in Mezzina, 2010a), o obmedzení charizmatického prístupu vodcu v záujme rozšírenia vodcovskej základne medzi personál i užívateľov služieb a ich rodiny (Mezzina, 2010a), o odvahe a schopnostiach psychiatrického personálu ísť za hranice svojej roly, aby vybudoval spojenia a siete so sociálnym systémom a miestnou komunitou, o začatí zmien z miestnej úrovne, čo umožní prispôbiť sa špecifickým podmienkam (Del Giudice, 2004). Systém nefunguje na princípe prísnej hierarchie, ale ide o formu siete (Scheansová, 2012).

Podľa pozorovaní Latimera (in Pastucha, 2012) organizovaná snaha o zlepšenie života psychiatrických pacientov v zmysle tzv. top-down intervencie [nariadenej zhora], keď sa o zmene systému rozhodne na úrovni vlády alebo inej autority, často nemá očakávaný efekt. Naopak, mnohé lokálne, originálne intervencie vykazujú vysokú úspešnosť. Pastucha uvažuje aj o možnosti, že menšie lokálne štúdie efektivity môžu byť zaťažené väčšími nepresnosťami. Ale nevylučuje, že tieto menšie projekty sú lepšie prispôbené svojmu prostrediu (2012). Uvedené pozorovania sa zhodujú so skúsenosťami opísanými v tejto práci a podporujú dôležitosť zohľadňovania regionálnych špecifik.

Je tiež pravdepodobné, že k väčšej ľudskosti zariadení komunitného typu prispievajú aj už spomínané evolučné faktory, ktoré ľudí predurčujú k životu v malých skupinách (Brune, 2012). Preto starostlivosť, ktorá prebieha v známom prostredí a úzkom kruhu pomáhajúcich osôb, môže byť subjektívne výrazne lepšie prijímaná.

Na záver si dovoľíme vyjadriť názor, že základom rozhodnutia pre zmenu, ktorá má byť trvalá (relatívne) a dobrá, by malo byť presvedčenie o hodnotách, ktoré sú jej podstatou. A toto presvedčenie musí zdieľať veľa ľudí – profesionálov, neprofesionálov, užívateľov starostlivosti a ich blízkych. Potom sa môže nájsť ochota presúvať existujúce zdroje a hľadať nové riešenia.

Zdroje:

- BASAGLIA, F. 1964.** The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation. First International Congress of Social Psychiatry, London 1964. In *Beyond the walls. Deinstitutionalisation in European best practices in mental health*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.35-53. ISBN 978-88-7223-161-6.
- BASAGLIA, F. 1979.** Training course for psychiatric operators. In *Harmful to oneself and others: asylum practices and how to avoid them. Birmingham - Bremen – Trieste*. Leonardo Project, 2002/04. Trieste (Italy) : Stella Arti Grafiche, 2004.
- BASAURI, V. A. 2004.** Deinstitutionalisation in mental health and primary care in Spain. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.199-221. ISBN 978-88-7223-161-6.
- BRUNE, M. 2012.** Princípy evolučnej psychológie. In *Evolučná psychiatria. Pôvod psychopatológie*. Trenčín : Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 2012. s. 26 – 32. ISBN 978-80-88952-69-5.
- COOPS [Koooperatívny] 2012.** [online] [cit. 2012-11-20] Dostupné na internete: https://triestesalutementale.it/english/mhd_coops.htm.
- CRANACH, M. 2004.** The sad psychiatric story of King Ludwig. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l. 2010, s.285-299. ISBN 978-88-7223-161-6.
- DEL GIUDICE G. 2004.** Deinstitutionalization work in the area of Southern Italy. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.383-422. ISBN 978-88-7223-161-6.
- DELL'ACQUA, G. 2004.** Trieste: history of a transformation. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.423-447. ISBN 978-88-7223-161-6.
- DELL'ACQUA, G. 2012.** *From the Asylum to territorial services for mental health*. [online] [cit. 2012-11-18] Dostupné na internete: <https://triestesalutementale.it/english/doc/BrochureTriesteENG.pdf>.
- IMHCN 2012.** International Mental Health Collaborating Network [Medzinárodná sieť spolupráce v oblasti duševného zdravia][online] [cit. 2012-11-20] Dostupné na internete: <https://imhcn.org/about>.
- JENKINS, J. 2004.** The construction of the European network of the most advanced experiences of deinstitutionalisation. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.57-65. ISBN 978-88-7223-161-6.

- KALTENBRUNNER, A. - FELDERER, K. 2004.** Deinstitutionalisation in Carinthia (Austria). In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.273-283. ISBN 978-88-7223-161-6.
- KRAJČOVIČOVÁ, D. 2009.** Komunitná liečba v psychiatrii – jej ciele a význam. In *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika* [online]. 2009, roč.16, č.1., s. 31-36 [cit. 2012-10-22]. Dostupné na internete: <https://psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2009/PSY1-2009-cla4.pdf>.
- LOVELL AM. 1986.** The paradoxes of reform: reevaluating Italy's mental health law of 1978. In *Hospital & Community Psychiatry* [online]. 1986 Aug, 37(8):802-8. [cit. 2013-02-25] Dostupné na internete: [http://www.worldcat.org/title/the-paradoxes-of-reform-reevaluating-italys-mental-health-law-of-1978/oclc/116249090&referer=brief results](http://www.worldcat.org/title/the-paradoxes-of-reform-reevaluating-italys-mental-health-law-of-1978/oclc/116249090&referer=brief%20results).
- MAHONEY J. 2004.** What helps healing people with psychiatric disorders? In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.91-107. ISBN 978-88-7223-161-6.
- MEGALOECONOMOU, T. 2004.** Institutional violence and „states of necessity“ (Psychiatry and mental patient control through a state of „exemption“). In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.301-317. ISBN 978-88-7223-161-6.
- MEZZINA, R. 2004.** Outcomes of deinstitutionalisation in Trieste. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.135-166. ISBN 978-88-7223-161-6.
- MEZZINA, R. 2010 a.** Introduction. From Italy to Europe and back, practices for emancipation. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.135-166. ISBN 978-88-7223-161-6.
- MEZZINA, R. 2010 b.** *New Hopes: the experience in Trieste and the critical innovations in mental health worldwide*. Prednáška na konferencii: Belgrade, IMHCN – IAN Conference 2010-05-21. [cit. 2012-10-24][elektronická pošta] Dostupné na požiadanie u autorky.
- MEZZINA, R. 2012.** Prednáška o systéme starostlivosti o duševné zdravie v Terste. PL Bohnice Praha 2012, [osobná účasť].
- MURRAY, D. 2004.** Deinstitutionalisation in Ireland. The Monaghan experience. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.189-197. ISBN 978-88-7223-161-6.
- PASTUCHA, M. - MYDLA, O. 2011.** *Zkušenosti s deinstitucionalizací v Terstu*. Prednáška v PL Bohnice Praha 2011, [osobná účasť].
- PASTUCHA, M. 2012.** *Asertivní komunitní péče*. Přehledový článek (Seminární práce k atestaci z psychiatrie) [elektronická pošta] Dostupné na požiadanie u autorky.
- PĚČ, O. 2007.** *Komunitní péče*. [online] [cit. 2012-11-02] Dostupné na internete: https://ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106.
- PFEIFFER, J. 2002.** Komunitní péče. In Hoschl, C.- Libiger, J.- Švestka, J. *Psychiatrie*. Praha : Tigris, 2002, s. 625 – 629. ISBN 80-900130-1-5.

PULIA, G. G. 2004. Psychiatric desinstitutionalisation in Italy. The experience of Treviso. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.321-341. ISBN 978-88-7223-161-6.

RIX, S. 2004. The Whole Life programme. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.81-89. ISBN 978-88-7223-161-6.

ROELANDT, J.-L. 2007. The East Lille mental health Services experience: Citizen Psychiatry integrated in the city. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.223-269. ISBN 978-88-7223-161-6.

SASHIDHARAN, S. 2004. The North Birmingham experience, reaffirming the community-based response. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.167-187. ISBN 978-88-7223-161-6.

SCHEANSOVÁ, A. 2012. Inspirace z Itálie. In *Esprit*, 2012, roč.XVI, č. 7-8, s. 8-11. ISSN 1214-2123.

TERST [všeobecné informácie online][cit. 2012-10-27] Dostupné na internete: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Terst>.

TORESINI, L. 2004. Deinstitutionalisation: a continuous process. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.343-363. ISBN 978-88-7223-161-6.

TOYENBEE, L. - ALLEN, D. 2008. Non – engagement and the assertive outreach team. In *The Psychiatrist* [online]. 2008, 32/12/474. OnlineISSN: 1758-3217. [cit. 2012-11-15] Dostupné na internete: <http://pb.rcpsych.org/content/32/12/47.1>.

URBINA, L. 2004. The role of deinstitutionalisation policies in securing the foundations of community-based mental health practices. In *Beyond the walls*. Gorgonzola : Global Print S.r.l., 2010, s.67-79. ISBN 978-88-7223-161-6.

VENCOVSKÝ, E. 1996. Nové lékařské koncepce ve Francii. In *Psychiatrie dávných věků*. Praha : Karolinum, 1996, s. 160-177. ISBN 80-7184-226-5.

Filmy:

C' ERA UNA VOLTA LA CITTA DEI MATTI 2009. [Bolo raz mesto bláznov] Taliansko, Rai Fiction 2009.

NAVIGHIAMO A VISTA 2007. [v angl.Sailing by sight] Taliansko, Trieste Department of Mental Health 2007.

THE MAD MAN NEXT DOOR 2006. Europe Broadcasting Union 2006.

X DAY: FRANCO BASAGLIA 2002. Quadro film 2002.

[všetky filmy zapožičané z fondov PL Bohnice Praha]

