



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

**Projekt „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“
reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007038**

Analýza zahraniční dobré praxe v oblasti akutních a krizových služeb

Zpracovatelský tým:

Bc. Tomáš Vlček

MUDr. Jan Pfeiffer

Jan Louženský



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Obsah

- I. ÚVOD**
- II. SOUHRN HISTORIE MEZINÁRODNÍHO VÝVOJE SYSTÉMU KRIZOVÉ PÉČE**
- III. POUČENÍ ZE SOUČASNÉHO STAVU AKUTNÍ A KRIZOVÉ PÉČE VE SPOJENÉM KRÁLOVSTVÍ**
- IV. PRINCIPY SYSTÉMU ORIENTOVANÉHO NA ZOTAVENÍ V KRIZOVÉ A AKUTNÍ PÉČI**
- V. KOMPONENTY SYSTÉMU KRIZOVÉ A AKUTNÍ POMOCI**
- VI. SOUHRN – ZÁVĚR**
- VII. LITERATURA**
- PŘÍLOHA 1**
- PŘÍLOHA 2**
- LITERATURA K PŘÍLOHÁM**





I. Úvod

Předmětem této analýzy je shrnutí hlavních témat a motivů, které byly předmětem prezentací a debat na webinářích zaměřených na téma zahraniční dobré praxe v oblasti akutních a krizových služeb. Tomuto tématu bylo věnováno hned několik webinářů a upřela se k němu pozornost nejen zahraničních expertů, ale také expertů domácích a dalších návštěvníků webinářů. Mezi hlavními přispěvateli a přednášejícími ze zahraničí patřili: John Jenkins, Paul Baker, Dr. Chris O'Connor, Dr. Kathryn Walters a Benna Waites (všichni z Aneurin Bevan University Health Board) a řada dalších.

Řeč je především o třech webinářích *Akutní a krizové služby* z 22. května, 5. června a 3. července 2020, dále pak o webináři *Krizové a akutní (komunitní) služby* z 29. ledna 2021. V analýze jsou zahrnuty i poznatky a pozorování za zahraničních stáží a jsou využity i materiály, které jsme k tomuto tématu od zahraničních kolegů obdrželi.

Naším záměrem není vytvořit obsáhlý dokument, ale srozumitelnou formou prezentovat souhrn poznatků, společných základních postupů a principů krizové a akutní (komunitní) péče tak, jak se nám jeví ze spolupráce se zahraničními kolegy.

Pojem krize a krizové služby v oblasti duševního zdraví je užíván pro širokou škálu stavů lišících se navzájem příčinou a intenzitou. Proto prvním úskalím, na které můžeme narazit, když o tomto tématu hovoříme, je to, jaké stavy či situace máme na mysli.

Na jednom konci spektra se pojem krize (psychosociální krize) užívá pro situace, kdy jedinec netrpí závažnějším duševním onemocněním, ale prožívá ve svém životě (vinou vnějších i vnitřních okolností) nepříjemné psychické či emoční rozpoložení, které přesahuje jeho možnosti (a možnosti jeho okolí) zvládat tuto zátěž pro něj běžnými prostředky.

Na druhém konci spektra je pojem užíván pro stavy, kdy osoba trpící duševním onemocněním zažívá jeho zhoršení, obecné zhoršení sociálních problémů, případně celkové životní situace. Zhoršení je tak závažné, že dosahuje prahu vyžadujícího intenzivní (nemocniční) péči. Nebo se zdá, že velmi brzo tohoto prahu dosáhne, pokud nebudou podniknuta potřebná a uspokojivá preventivní opatření (Johnson, S.).





II. Souhrn historie mezinárodního vývoje systému krizové péče

Jedněmi z prvních služeb, jejichž cílem bylo napomoci osobám s vážnou psychickou situací jinou cestou než hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních, byly pohotovostní krizové kliniky (walk-in crisis clinics). Jejich rozvoj můžeme sledovat v USA v padesátých až šedesátých letech 20. století, o něco později lze pozorovat jejich rozvoj i v Evropě. Jejich koncept se opíral zejména o teorii krizové intervence. Jedním z hlavních protagonistů této teorie byl americký psychiatr britského původu G. Caplan (1964). Krize se začala vnímat ne jako manifestace duševního onemocnění, ale jako obecná lidská reakce na závažný psychologický stres, závažné životní výzvy. Krize však – pod vlivem krizové teorie – začala být vnímána také jako příležitost ke změně zažitých „nevýhodných“ životních strategií či scénářů. Poměrně záhy se ukázalo, že tento typ služby se více zaměřuje na „duševně zdravé jedince“ prožívající aktuální krizovou situaci než na osoby se závažnějšími psychickými problémy. A tak i kvůli výše uvedenému faktu tento typ krizových služeb nepřinesl výraznější efekt ve snížení počtu psychiatrických hospitalizací (Goldfinger and Lipton, 1985).

Reakcí na selhání očekávání ambulantních krizových klinik byla idea včlenit krizovou péči o osoby s psychickými problémy do systému emergentních oddělení ve všeobecných nemocnicích (Emergency departments – ED). Průběžně se však ukázalo, že přístup emergentní péče orientované na rychlou stabilizaci stavu je ve značném rozporu s potřebami osob s duševním problémem, u nichž je zapotřebí individualizovaný přístup, vyžadující dostatek času.

Další službou, která měla kořeny již v třicátých letech 20. století v Nizozemsku (Querido, 1935) a začala se více rozvíjet v USA a řadě zemí Evropy v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století, byly domácí akutní služby (home based acute services, crisis resolution teams – CRT).

Následující vývojovou fází, která do značné míry navazovala či rozvíjela principy domácích akutních služeb, byly specializované Crisis assessment and home treatment teams, jejichž „zakladatelem“ a protagonistou byl od osmdesátých let minulého století australský psychiatr John Holt. Tento typ služby se postupně začal rozšiřovat ve velké části zemí „západního světa“ a v řadě z nich je doposud jednou z hlavních komponent krizových a akutních služeb.

Paralelně s více zdravotně zacílenými službami začaly vznikat pobytové služby, jako alternativy hospitalizace. V italském modelu se jedná o „hospitality beds“ v zázemí komunitních center duševního zdraví. Osoba potřebující akutní pobytovou službu není pacient,





ale host. Rozvoj zaznamenaly i různé typy „krizových domů“, jako například Soteria Houses, Sanctuary Houses. Významnou roli ve vytváření jejich konceptu a často v jejich provozu hrají osoby se zkušeností s duševním onemocněním. Specializovanou službou, která rámcově spadá do pobytových alternativ klasické hospitalizace, jsou i hostitelské rodiny.

Koncept optimální sítě krizových a akutních služeb v komunitě jakožto alternativ klasické lůžkové péče je celosvětově stále oblastí, která je podrobována výzkumu, diskusím a hledání. Zajímavým příspěvkem k tomuto tématu byly webináře popisující aktuální situaci a otázky v systému krizové a akutní péče ve Velké Británii. Souhrn poznatků z tohoto procesu je shrnut v následující kapitole.





III. Poučení ze současného stavu akutní a krizové péče ve Spojeném království

Jak ukázala hodnocení prováděná na řadě míst ve Spojeném království:

- Stávající systém krizových a akutních služeb je přetížen. Mimo jiné proto, že není dobře diferencováno, jakou službu konkrétní pacient potřebuje. Existuje malá škála možností, jak intervenovat.
- Krizové mobilní týmy (Crisis resolution and home treatment teams) obecně fungují dobře. Jsou však rovněž často pod tlakem. V případě potřeby umístění klienta mimo domov nemají jiné alternativy než psychiatrická oddělení. Také se k nim dostává řada klientů, jejichž jedinečné potřeby by mohly být lépe uspokojeny jinými druhy služeb a postupů, pokud by byly k dispozici.

Akutní lůžka pak ukazují 100% obsazenost. Na řadě místech jsou problémy s dostupností kvalifikovaných sester, lékařů, psychologů a dalších odborníků. Velká část klientů akutních lůžek by dala přednost alternativám klasické hospitalizace. Ty, ačkoliv jsou levnější než lůžková péče, nejsou dostupné v dostatečném množství. Řada zpráv hodnotících aktuální stav péče o osoby s duševním onemocněním zdůraznila potřebu transformace služeb pro osoby v krizové a akutní situaci. Z nich vyplývá, že stávající systém není schopen klientům poskytnout potřebnou podporu a péči. Klienti a jejich rodinní příslušníci silně kritizují nedostatek času pracovníků, absenci skutečného a ohleduplného dialogu mezi nimi a pracovníky služeb. Zapojování uživatelů do rozhodovacích procesů je pak často pouze formální a nedostatečné.

Z výstupů pracovních skupin IMHCN (Mezinárodní síť spolupráce v oblasti péče o duševní zdraví) zaměřených na identifikaci problémů, které je třeba řešit – zvláště pokud chceme lépe vyhovět potřebám uživatelů a členů rodiny a dále snížit tlak a zátěž zaměstnanců, kteří pracují v akutních a krizových službách –, vyplynuly následující okruhy:

- Do intenzivních krizových a akutních služeb jsou doporučováni klienti, kterým by lépe posloužil jiný typ služeb.
- K řešení krizových či akutních situací jsou však k dispozici jen krizové týmy a akutní lůžka.
- Nedostatek času a prostoru pro řešení všech životních potřeb uživatelů v akutních a krizových službách.
- Řada lidí se do krizových služeb (k hospitalizaci) dostává opakovaně.





- Role policie a záchranné služby není do systému krizových služeb dobře integrována.
- Neexistuje dobře nastavená spolupráce s vězeňskou službou.
- U řady klientů je problém s bydlením.
- Velký počet lidí s diagnózou hraniční poruchy osobnosti.
- Velký počet lidí s problémy se zneužíváním návykových látek.





IV. Principy systému orientovaného na zotavení v krizové a akutní péči

Skutečná změna či reforma systému se neobejde bez hodnotového ukotvení. Pojmy jako „Whole Person, Whole Life – Whole System“, „Recovery“ a další se vzájemně prolínají a již dávno u nás nejsou neznámé. Nelze ovšem dostatečně zdůraznit, jak důležité je sdílené hodnotové ukotvení, které musí být základem jakýchkoliv změn či reforem.

Aktuálně se diskuse vede nejen o tom, jaké komponenty by celý systém měl obsahovat, ale o samotné základní filozofii služby. Zvláště u skupiny vážněji duševně nemocných, kde jsou často intervence v krizové či akutní situaci řešeny v rámci medicínského modelu (důraz na kontrolu symptomů a minimalizace rizik), jde o přesun k orientaci na model zotavení. Základní principy takové služby je možno shrnout do následujících principů:

- Krizovou situaci je třeba brát jako příležitost jedince ke změně. Jako signál, že není čas na pokračování nefunkčních, přežitých životních strategií bezmoci a beznaděje. Je třeba ji považovat za kritický čas pro reflexi a pozitivní růst k novému sebeurčení, ne deterioraci.
- Je třeba pozornost směřovanou na rozpoznání dramatického emočního otřesu nebo nepříznivé životní situace přeměřovat na nastoupení cesty zotavení jedince, nikoliv jeho zbrzdění, či dokonce zhoršení.
- Systém pomoci a podpory by měl vytvářet prostor na to, aby se dotyčná osoba mohla dívat na svůj život jako na celek, nejen na svůj problém s duševním zdravím.
- Systém musí reflektovat to, že příčiny krize vyžadují různá řešení, k nimž využívá různé zdroje. Zvláště pokud jde o finanční obtíže, fyzické zdraví, pracovní stres, enviromentální faktory, rodinné problémy atd.
- Kontakt a vztah vytvořený mezi uživatelem a profesionálem v jedné části služby by se měl přenést i do dalších částí služeb.
- Mělo by fungovat sdílení odpovědnosti mezi uživatelem, členem rodiny, profesionálními službami při vytváření prostoru pro „pozitivní riziko“.
- Systém krizové pomoci orientovaný na zotavení by měl být alternativou k redukcionistickému medicínskému modelu. Měl by být alternativou k řešení krize skrze umístování do nemocničního, lůžkového zařízení.
- Služby by měly být „šité na míru“ konkrétnímu člověku, jeho osobní historii a zkušenostem, ne kontrole nemoci či chování.
- Je nutné plně využívat „unikátnosti krize“ toho kterého člověka.





- Je potřeba maximálně využívat komunitní zdroje.
- Krizová pomoc by měla pomáhat zvýšit znalost konkrétního člověka o vlastních (komplexních) potřebách.
- Je nezbytné chápat krizi jako potřebu zvýšené komunikace klienta se službami, jako potřebu zvýšení sociální viditelnosti.
- Je zapotřebí strategický a efektivní přístup, který je jedinečný, humánní a je mu vlastní komplexní a otevřený nový pohled.

Tyto zásady je obtížné realizovat, pokud systém krizové a akutní péče není vytvořen tak, aby byl schopen vnímat komplexnost potřeb, celistvost života té které osoby „v krizi“. Při tvorbě systému je potřeba vidět komplexnost života, a ne pouze to, co chybí („Seeing wholes not holes“). Základní rámec by měl umožnit, aby celý systém byl flexibilní a umožnil vzájemné propojování a kooperaci v rámci systému. Ne aby byl statický a rozdělený na jednotlivé (nepropojené) části. Jednotlivé komponenty systému by měly sdílet společné principy a měly by citlivě přispívat k dosažení celkového cíle. Měly by aktivně přispívat k zotavení jedince, k jeho sebeurčení, sebevědomí, růstu tak, aby jak specializovaná krizová pomoc, tak přirozené zdroje komunity pro něj byly maximálně přínosné a prospěšné.





V. Komponenty systému krizové a akutní pomoci

Model „Celý život – celostní systém“ (Whole life – Whole system) by měl obsahovat širokou škálu komponent (Jenkins, J.). Vždy je potřeba v čase hodnotit, jak dalece systém poskytuje adekvátní pomoc a podporu ve všech oblastech potřeb u lidí v krizové či akutní situaci. Je potřeba taktéž vnímat souvislost mezi krizovými (komunitními) službami, klasickými „psychiatrickými“ lůžky a alternativními pobytovými (krátkodobými) službami. Čím více a adekvátněji (vzhledem k potřebám osob v krizi) jsou rozvinuty „komunitní krizové služby“ a čím více jsou rozvinuty alternativní rezidenční krizové služby a čím lépe jsou využívány přirozené zdroje komunity, tím méně je zapotřebí těch klasických psychiatrických – nemocničních lůžek. Přičemž u „rozvinutí“ se nejedná jen o kvantitativní, ale i o kvalitativní složku, a to včetně organizovanosti celého systému, míry kooperace jednotlivých složek atd. Komponenty komplexního, na zotavení orientovaného systému krizové a akutní péče by měly být následující:

Jedno místo přístupu ke službám a triage

Triage model znamená, že v jednom místě, které je v daném regionu vstupem do systému krizové či akutní pomoci, dochází k hodnocení potřeb dané osoby a poté k předání (zapojení či napojení) na adekvátní pomoc nebo službu. Jedná se o způsob, jak zjednodušit a zlepšit otevřený přístup k pomoci, která je v té které situaci zapotřebí, či ještě lépe, která je optimální.

Služby v oblasti péče o duševní zdraví se mohou a také se často skutečně překrývají – velická přednost systému triage spočívá v tom, že má přehled o všech službách a jejich možnostech. Může klienty správně nasměrovat a nestane se tak, že kupříkladu dvě služby poskytují stejnou službu pro jednoho klienta či poskytují stejnou formu služby v místě, kde by byla k užítku větší různorodost.

Podstatné je, že jde o transparentní posouzení rizik. Existuje jasný systém rozhodování pro většinu doporučení, který výrazně snižuje únavu z rozhodování. Fakt, že je koordinátor třídění oddělen od poskytovatele, má zpravidla za následek efektivnější a kvalitnější výslednou službu. V neposlední řadě také usnadňuje přesné statistiky a údaje o doporučeních.

Konkrétní podoby triage modelu se různí. Např. v Paříži krizové týmy – s relativně velkou spádovou oblastí – provedou základní analýzu potřeb, a pokud je třeba, tak i nutnou intervenci. Takto vytvořený základní plán je určen nejen pro komunitní týmy, ale i pro případné služby domácí hospitalizace či takové služby, které krizový tým kontaktuje. V jiných modelech je „roztřídování“ vykonáváno pohotovostní službou místní všeobecné nemocnice. Daný tým





může za klientem i vyjet, pokud je to nezbytné. Nicméně úkolem týmu je určit potřeby a navázat na klienta další potřebné služby.

Jako spádová oblast se nejlépe osvědčilo území velikosti 80–100 tisíc obyvatel. Kromě teorie je také třeba myslet na to, jak budou dané oblasti reálně vypadat a jaké možnosti spolupráce v rámci služeb budou k dispozici.

V italském modelu roli vstupu do systému z velké části hrají „Centre salute mentale“ (centra duševního zdraví), která jsou dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Mezi přednosti tohoto modelu mimo jiné patří snadná dostupnost a komunitní charakter – nejedná se o prostředí, které by klienta znepokojovalo atmosférou nemocnice. Jde o zařízení obvykle méně institucionalizované a vhodnější pro navazování vztahů důvěry. Jen spíše ve výjimečných případech je místem prvního kontaktu psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice, ale co nejrychleji je zajištěn kontakt – převzetí klienta spádovým centrem.

Linky krizové pomoci

Telefonní (možno i online) pomoc dostupná 24/7. Tato služba může být samostatně či součástí jiné služby.

Krizová mobilní intervence

Základním charakterem této služby je flexibilita a mobilita. Chodí za klientem, ne klient za nimi. V jejich rejstříku je nejen komplexní pomoc klientovi, ale i jeho sociálnímu prostředí. Součástí služby bývá rovněž intenzivní forma péče, povětšinou nazývaná „domácí hospitalizace“. Jsou však i modely, kde domácí hospitalizace je samostatnou službou. Péče „krizového“ týmu je povětšinou limitovaná na dobu několika týdnů. Jeden tým je schopen se v jednom časovém úseku intenzivně starat cca o 30 klientů. Týmy jsou navázány na akutní lůžka. Hospitalizace na klasických lůžkách je umožněna, až na výjimky, na základě jejich doporučení. Klíčové charakteristiky krizových týmů (Crisis resolution and home treatment teams) jsou následující (Thornicroft, G., 2011):

- Jedná se o multidisciplinární tým, který je schopný poskytnout celou škálu bio-psycho-sociálních intervencí s orientací na princip zotavení.
- Cílovou skupinou jsou osoby, které by v absenci této služby byly hospitalizované v lůžkovém psychiatrickém zařízení.
- Bezprostřední kontakt (během hodiny od reportování problému) a hodnocení situace probíhají v komunitě – v běžném prostředí dotyčné osoby.





- Přednost je dávana spíše intenzivní domácí hospitalizaci než hospitalizaci v lůžkovém zařízení.
- V případě, že je hospitalizace na lůžkovém oddělení nezbytná, krizový tým udržuje kontakt s dotyčnou osobou i během hospitalizace s cílem co nejrychlejšího propuštění do domácího prostředí/ošetření.
- Musí existovat nízký počet klientů na jednoho pracovníka týmu, aby bylo možno v případě potřeby zajistit návštěvu 2–3x denně.
- Pokud tým pracuje, podporuje celé sociální, rodinné prostředí klienta.
- Dostupnost týmu by měla být 24/7. To může být zajištěno i tak, že „noční služba“ je dostupná doma na telefonu.
- Pokud byli klienti krizového týmu již v péči jiného týmu (běžný komunitní tým atd.), krizový tým s ním spolupracuje.
- Způsob práce je týmový. Každý den probíhá týmové setkání s cílem předat aktuální informace.
- Tým má roli „gate keepera“ – kontroluje vstup do všech místních lůžkových psychiatrických zařízení.
- Intenzivní domácí podpora je krátkodobá (maximálně 6 týdnů) s cílem co nejrychlejšího propuštění do „běžných“ služeb duševního zdraví (komunitních týmů duševního uzdravení atd.).

Z řady hodnocení se ukazuje, že ty krizové týmy, které mají dobrou návaznost na další služby (nebo některé z nich přímo provozují) v oblasti bydlení, pobytových alternativ hospitalizace, denních programů atd., prokazují vyšší schopnost prevence hospitalizace než ty, které tuto provázanost nemají.

Celosvětově je vedena diskuse, jestli je optimální mít krizovou mobilní péči jako samostatnou funkci/službu, anebo ji mít více integrovanou do všeobecných týmů duševního zdraví. Specializované krizové týmy mohou mít větší specializaci. Na druhou stranu integrace krizové služby do komunitního týmu zajišťuje lepší kontinuitu péče. Více týmů v jednom místě vždy znamená více „hranic“. Týmy mohou mít různé představy, různé vzory fungování a to může vést až k exkluzi, nikoliv k inkluzi. Týmy mohou soupeřit a nesdílet své zkušenosti. Není žádoucí ani vytvářet „týmy v týmech“, je dobře, když má celý tým zkušenosti s krizí, když všichni cítí zodpovědnost za celý systém, a ne pouze za jeho část. V Terstu si kupříkladu prošli zkušeností, kdy pro čtyři komunitní týmy vytvořili jeden specializovaný krizový tým. Po asi





roční zkušenosti byl tento tým zrušen, jelikož model integrace krizových služeb do základních komunitních týmů se ukázal jako lepší, efektivnější.

Krizová denní centra

Jedná se o formu denních center či stacionářů, kdy délka pobytu může být i velmi krátkodobá, většinou do 14 dní. Program by měl být individualizovaný a flexibilní. Poměr pracovníků a klientů by měl být velmi nízký, tedy nízký počet klientů na jednoho pracovníka (2–3 : 1). Klient i v době hospitalizace zůstává v péči či kontaktu se svým „klíčovým pracovníkem“ komunitního týmu či krizového týmu. V každém případě musí být zajištěna koordinace všech subjektů zapojených do péče o konkrétního klienta.

Krizová lůžka

Jedná se o rezidenční typ služby s malým počtem lůžek, domácím prostředím, kontinuitou péče. Důležitou komponentou je otevřený přístup, kultura zotavení, zmocnění a příležitosti pro růst. Poskytuje také důležitý prvek času a prostoru pro reflexi a růst.

Bylo zjištěno, že tato část služby je velmi efektivní při zajišťování řešení krizí. V řadě oblastí je i efektivnější než klasická nemocniční psychiatrická lůžka. Model i více zajišťuje společnou odpovědnost uživatelů, rodinných příslušníků a odborníků za řešení a uspokojování potřeb jednotlivců v oblastech celostního života. Model je velmi preferován jak uživateli, tak i rodinnými příslušníky. Pomáhá rovněž větší integraci do místní komunity – oproti psychiatrickému oddělení či nemocnici. Na rozdíl od práce na lůžkovém oddělení poskytuje větší uspokojení z práce i samotným zaměstnancům.

Hostitelské rodiny

Jsou založeny na zkušenostech s programy pěstounské podpory dospělých, ale pokročily ve využití přirozené struktury domácího či rodinného prostředí pro jednotlivce během jejich akutní krize. Hostitelská rodina má intenzivní podporu ze strany komunitního týmu duševního zdraví. Jedná se o krátkodobé umístění po dobu až dvou týdnů.

Hostitelské rodiny jsou přijímány, školeny a placeny. Někdy se také používají k umístění lidí za účelem prevence krize. Na některých místech výrazně přispěly k omezení použití akutních lůžek. Jsou finančně velmi efektivní alternativou ke klasickým – a nutno podotknout velmi drahým – psychiatrickým akutním lůžkům.

Tento model je vysoce kladně hodnocen jak klienty, tak i samotnými hostitelskými rodinami a zdravotnickými profesionály.





Krizové domy zotavení (Sanctuary Houses)

Během posledních 10 let se ve Velké Británii a na mezinárodní úrovni vůbec objevily různé modely této služby. Byly rozvinuty jako útulnější, rozsahem menší rezidenční alternativa k nemocniční péči. Poskytují uživateli čas a prostor, aby se mohl zamyslet nad svou osobní historií, využít svůj životní příběh a své silné stránky k vypořádání se s aspektem života, který způsobuje krizi.

Na některých místech byly služby poskytovány konkrétními domy konkrétním skupinám: ženám, etnickým menšinám atd. Někde jsou plně obsluhovány peery.¹ Existuje zde silný étos svépomoci a péče zaměřené na uzdravení. Je zde uplatňováno mnoho alternativních strategií: zvládání, příležitost pro sebeurčení, masáže, poradenství, zlepšování dovedností, meditace, víra, umění a kultura, sport a volný čas, posilování odpovědnosti atd. V zásadě se snaží zahrnout a využít přirozené zdroje místní komunity.

Některá zařízení typu „sanctuary houses“ přejímají i prvky „recovery houses“, které jsou však ve své podstatě určeny pro dlouhodobější pobyt a mají charakter „terapeutické“ komunity. Jedná se především o následující oblasti (peer respite):

- Rozvoj a spoluvlastnění společného cíle.
- Podpora zotavení rodiny a vzdělávacích programů pro rodiny.
- Práce s jednotlivými rodinami na hlavních otázkách stran jejich obav.
- Ovlivňování dalších (okolních) složek péče o duševní zdraví tak, aby chápaly význam orientace na zotavení a aplikovaly tuto filozofii a přístupy ve své práci – se stávajícími i budoucími klienty a jejich rodinami.
- Specifický rozvoj práce se zkušenostmi klientů týkajícími se medikace, paranoie, spánku, strachu, hněvu, hlasů, sebepoškozování, zdraví a duševní pohody.

Komunitní tým podpory bydlení

Jedná se o specializované týmy složené z pracovníků v oblasti duševního zdraví, odborníků na bydlení a pracovníků v oblasti rozvoje komunity. Jsou nedílnou součástí komunitních služeb v oblasti duševního zdraví. Tým vytváří dlouhodobá partnerství se sektorem bydlení.

Poskytují podpůrnou službu na vysoké úrovni lidem, kteří mají potíže s hledáním a udržováním střechy nad hlavou. Pomáhají lidem pracovat na rozvoji nebo opětovném získání dovedností





pro nezávislý život vytvořením individuálního plánu podpory bydlení. Pracují s lidmi, kteří jsou bezdomovci, lidmi, jimž hrozí vystěhování nebo jsou v nevhodném či nejistém bydlení.

Týmy bydlení mohou mít i specifickou roli v podpoře lidí v krizové a akutní situaci. V případné spolupráci s další službou mohou napomáhat zvládání krize klientů, aniž by bylo nutné přistoupit k jejich přemisťování mimo lokalitu, v níž právě jsou.

Týmy práce a zaměstnání

Výzkumy prováděné za posledních 30 let prokázaly, že možnosti zaměstnání hrají pro lidi s problémy v oblasti duševního zdraví značnou roli na jejich cestě k zotavení. Platí to i pro ty, kdo mají dlouhodobé a velmi komplexní problémy. Práce či smysluplné zaměstnání je středobodem života každého člověka a společnosti jako takové. Skrze tento smysluplný životní cíl jsou také naplňovány potřeby finančního zabezpečení, úspěchu, smysluplných vztahů, sebeúcty, sebevědomí, vlastní identity i toho, jak sami přispíváme vlastní komunitě. Smysluplná práce pak může zahrnovat:

- Odborné vzdělávání.
- Rozvoj dovedností.
- Pracovní umístění.
- Univerzitní a vysokoškolské kurzy.
- Práce na plný nebo částečný úvazek v chráněném zaměstnání.
- Samostatná výdělečná činnost jako advokát, školitel či pedagog.
- Příležitostná práce jako prostředek k získání sebedůvěry.
- Dobrovolnictví v komunitě.
- Rozvoj sociálních podniků.
- Rozvoj služeb tak, aby lidé měli lepší možnost získat a udržet si zaměstnání nebo aby měli možnost přístupu k novým pracovním a profesním programům.
- Alternativní a doplňkové služby pro osoby, které zažívají krizi duševního zdraví.

V systému krizové a akutní péče a podpory mohou mít některé komponenty systému práce a zaměstnání specifickou roli – pokud jsou ovšem nastaveny na to dát prostor, akceptovat a specificky podporovat osoby v krizi či akutní situaci. Jde o to být flexibilní a být tak připraven ke spolupráci se specifickou (krizovou) službou. Může se jednat i o specifické, krátkodobé pracovní místo či zařazení, které je smysluplné a osoba v krizi je schopna jej zvládnout.





VI. Souhrn – závěr

Systém krizové a akutní péče jako alternativy k lůžkové péči má v celosvětovém měřítku za sebou skoro 100 let hledání optimální podoby. Zvláště pro nás, kteří aktuálně debatujeme a hledáme podobu budoucího systému krizové a akutní péče, je dobré se poučit, jaké modely se ukázaly jako spíše slepé cesty a jaké coby funkční.

Klasická „in house“ krizová centra (walk-in crisis clinic) mohou být funkční pro osoby v krizi, avšak spíše bez historie duševního onemocnění. Napojování krizových služeb duševního zdraví na emergentní oddělení všeobecných nemocnic se taktéž spíše neukazuje jako efektivní.

Víc než „jedna krizová služba“ je důležitější komplexní koordinovaný, vzájemně spolupracující systém. Ten by měl obsahovat princip jednoho vstupu do systému a funkci triage, dále mobilní, v přirozeném prostředí realizovanou krizovou pomoc a podporu (i formou domácí hospitalizace), zázemí pro denní „akutní“ programy, pobytové alternativy hospitalizace, podporu v bydlení a práci.

Otevřenou otázkou zůstává, nakolik je efektivní k základním komunitním týmům duševního zdraví budovat specializované krizové komunitní týmy. Oba modely mají své pro a proti.

Další otevřenou otázkou je, pro jak velký spádový region má být budován kompletní systém krizové a akutní péče. Zdá se, že aby mohl být systém efektivní v terénní práci, která je jednou z hlavních komponent efektivního systému prevence hospitalizace, spádová oblast by neměla přesahovat 100 000–150 000 obyvatel. Samozřejmě závisí na typu aglomerace, dojezdnosti. V rurální oblasti půjde pravděpodobně i o menší počet obyvatel, než je 100 000. Některé specializované služby jistě mohou sloužit pro více základních spádových oblastí (akutní denní stacionáře, akutní psychiatrická oddělení atd.).

Důležitá je orientace na princip zotavení, proaktivní zapojování osob, jejich zplnomocňování, orientace na všechny jejich potřeby, práci s nadějí, práci s „pozitivním rizikem“. V tomto pojetí má „koncept krize jako prostoru pro růst“ jistě své místo. Nicméně tuto filozofii přesahuje. Medicínské aspekty zvládání krize mají samozřejmě v celém systému své místo, ale nemůže jít jen o redukci na zdravotnický rozměr krize – akutního stavu.

Významná je podpora a práce s celým rodinným či sociálním okolím osoby v krizi. Modely, jako je například „otevřený dialog“, mají bezesporu v systému krizové péče své významné místo.





Jako základní princip se ukazuje úzká propojenost komunitních krizových akutních služeb a psychiatrických akutních lůžkových oddělení. Efektivním se jeví „gatekeeping“ ze strany komunitních krizových služeb směrem k lůžkovým službám.

Na závěr je třeba říci, že zahraniční experti, kteří jsou obeznámeni se situací v České republice, jsou toho názoru, že je zde ve službách duševního zdraví k dispozici nemálo zdrojů, avšak často jsou tyto zdroje navzájem fragmentované. V mnoha případech tedy nemusí jít o to služby zakládat, ale u některých z nich částečně změnit účel, lépe všechny relevantní služby na sebe navázat, propojit. Lépe využívat zdroje místní komunity. Teprve po takovémto kroku doplňovat to, co opravdu schází.





VII. Literatura

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

Golfinger, S. M. and Lipton, F. R. (1985). Emergency psychiatry at the crossroad. *New Directions for Mental Health Services*, 28, 107-10.

Jenkins, J. *Acute and crisis mental health services*:

<https://imhcn.org/bibliography/transforming-services/acute-and-crisis-mental-health-services/>

Johnson, S., Totman, J., Hobbs, L. *Peer Respite*: <https://www.peerrespite.com>

Querido, A. (1935). Community mental hygiene in the city of Amstrdam. *Mental Hygiene*, 19, 177-95.





Příloha 1

Triage škála v oblasti duševního zdraví ve Spojeném království (UK Mental Health Triage Scale)

Psychiatrické varovné signály

- ⚠ Výrazné halucinace
- ⚠ Sebevražedné úmysly
- ⚠ Chybná identifikace
- ⚠ Toulání se v noci
- ⚠ Command type hallucinations



STAV NOUZE

- Jednání ohrožující samotného jednotlivce nebo ostatní
- Předávkování nebo pokus o sebevraždu
- Závažné zranění, násilí a agresivní chování během psychózy
- Chybná identifikace nebo držení zbraní

■ OKAMŽITÉ PŘEDÁNÍ/ ODEZVA KRIZOVÉ SLUŽBY

0 hod.



VELMI VYSOKÉ RIZIKO

- Sebevražedné myšlenky a plány/zkušenosti se sebepoškozování v minulosti,
- Vysoko rizikové chování spojené s poruchou myšlení, blouzněním nebo demencí
- Urgentní zhodnocení vyžádáno policií na základě zákona o duševním zdraví (Mental Health Act 1983)

■ ZHODNOCENÍ KRIZOVÉHO TÝMU NEBO AKUTNÍ SLUŽBY

4 hod.



VYSOKÉ RIZIKO

- Sebevražedné myšlenky bez plánů nebo předcházejících zkušeností
- Rostoucí symptomy psychózy
- Nevypovokované agresivní chování
- Toulání se v noci
- Neschopnost postarat se o sebe

■ KRIZOVÝ TÝM/ URGENTNÍ ODEZVA TÝMU CDZ/ NÁVAZNÝ TELEFONÁT DO 1 HOD.

24 hod.



MÍRNÉ RIZIKO

- Značná nouze, ale žádné sebevražedné myšlenky
- Začínající symptomy psychózy
- Vyžaduje prioritní zhodnocení z důvodu vyjasnění diagnózy

■ KRIZOVÝ TÝM/ POKRAČUJÍCÍ PÉČE/ FACE-TO-FACE ZHODNOCENÍ

72 hod.



NÍZKÉ RIZIKO

- Vyžaduje specializované zhodnocení stavu duševního zdraví, ale jedinec je stabilní a je malé riziko ublížení
- Poskytovatelé jiných služeb jsou schopni situaci zvládnout do doby vyšetření službou v oblasti péče o duševní zdraví

■ POKRAČUJÍCÍ PÉČE NEBO NEURGENTNÍ FACE-TO-FACE ZHODNOCENÍ

4 týd.





Příloha 2

Triage škála v oblasti duševního zdraví (ve Spojeném království)				
Triage kód /popis	Typ odezvy/ čas na osobní kontakt	Typické symptomy	Reakce/jednání služby v oblasti péče o duševní zdraví	Další opatření ke zvážení
A Stav nouze	OKAMŽITÉ PŘEDÁNÍ Odezva krizové/akutní služby	Aktuální jednání ohrožující samotného jednotlivce nebo ostatní Předávkování/pokus o sebevraždu/násilné agresivní chování Držení zbraně	Klinický lékař systému triage informuje záchrannou službu, policii a/nebo hasiče	Udržení volajícího na lince dokud akutní služba nedorazí/ informování ostatních Telefonická podpora
B Velmi vysoké riziko bezprostředního sebe-ublížení nebo ublížení okolí	DO 4 HODIN Velmi urgentní odezva zařízení v oblasti duševního zdraví	Akutní sebevražedné myšlenky nebo riziko ublížení ostatním s jasným plánem nebo prostředky Přetrvávající historie sebe-ublížování nebo úmyslné agrese Vysoko rizikové chování spojené s poruchami vnímání nebo myšlení, blouzněním, demencí nebo narušenou sebekontrolou Vyhodnocení urgentnosti pod/ v rámci „Mental Health Act“ Výchozí odezva služby na oddělení urgentní péče a přednemocniční péče	Krizový tým/Kontaktní osoba (spojka)/ face-to-face zhodnocení a/nebo doporučení klinického lékaře navštívit oddělení urgentního příjmu (kde jednotlivec požaduje lékařské vyšetření/léčbu)	Nábor další podpory a sbírání relevantních informací Telefonická podpora Kontaktní místo/osoba v případě, že se situace změní
C Vysoké riziko sebe-ublížení nebo ublížení okolí a/nebo stav vysokého ohrožení, především u absence schopné podpory	DO 24 HODIN Urgentní odezva zařízení v oblasti duševního zdraví	Sebevražedné myšlenky bez plánu nebo přetrvávající historie sebevražedných myšlenek s možným záměrem. Rapidně stoupající symptomy psychózy a/nebo závažné poruchy nálady Vysoko rizikové chování spojené s poruchami vnímání nebo myšlení, blouzněním, demencí nebo narušenou sebekontrolou Zjevná/nevyprovokovaná agrese v zařízeních péče nebo v prostředí oddělení nemocnice	Krizový tým/kontaktní osoba (spojka)/ face-to-face zhodnocení	V některých případech kontaktujte ještě ten samý den s cílem provést kontrolu v den následující. Získání a sběr dalších relevantních informací Kontaktní místo/osoba v případě, že se situace změní





		Potulování se v noci (v komunitě) Zranitelná izolace nebo týrání/zneužívání		Telefonická podpora a doporučení, jak zvládnout/řídit čekací dobu
D Mírné riziko ublížení a/nebo značného ohrožení	DO 72 HODIN Polo-urgentní odezva zařízení v oblasti duševního zdraví	Značná nouze ve vztahu klient/pečovatel spojená s vážným duševním onemocněním (ale bez sebevražedných sklónů) Chybějící vzhled/první příznaky psychózy Odolná agrese/blokovaná schopnost poskytování péče Potulování se (v nemocnici) nebo v průběhu dne (v komunitě) Izolace/neúspěch pečovatele nebo známá situace vyžadující prioritní intervenci nebo zhodnocení	Kontaktní osoba (spojka)/ face-to-face zhodnocení týmu CDZ	Telefonická podpora a rady Sekundární konzultace o zvládnutí čekací doby Kontaktní místo/osoba v případě, že se situace změní
E Nízké riziko ublížení v krátkodobé perspektivě nebo mírné riziko s dobrou podporou/stabilizačními faktory	DO 4 TÝDNŮ Neurgentní odezva zařízení v oblasti duševního zdraví	Vyžaduje specializované zhodnocení duševního zdraví, ale jednotlivec je stabilní a je malé riziko ublížení během čekací doby Další služby jsou schopné zvládnout pacienta, dokud se nevykoná zhodnocení ze strany služby v oblasti péče o duševní zdraví (+/- telefonické rady) Známý uživatel služby, který potřebuje neurgentní úpravu posouzení léčby nebo navazující předání pro účely diagnózy (viz níže) Žádost o vyhodnocení kapacit, přístup služby v oblasti demence nebo posouzení služby/podpora pečovatele	Face-to-face zhodnocení týmu CDZ nebo ambulantní složky kliniky	Telefonická podpora a rady Sekundární konzultace o zvládnutí čekací doby Kontaktní místo/osoba v případě, že se situace změní
F Odkázání jednotlivce nevyžadující osobní odezvu	Odkázání nebo doporučení kontaktovat	Jiné služby (mimo oblast péče o duševní zdraví), které jsou vhodnější vzhledem ve vztahu	Klinický lékař systému triage poskytne doporučení, podporu Rada kontaktovat jiného	Asistence a/nebo usnadňování přesunu k alternativnímu





ze strany zařízení v oblasti péče o duševní zdraví	jiného poskytovate- le služeb	k současné situaci nebo potřebě	poskytovatele služeb a/nebo telefonické odkázání na alternativního poskytovatele služeb (s nebo bez formálního písemného odkázání)	poskytovateli služeb Telefonická podpora a rady
G Rady, konzultace, informace	Jenom doporučení a informace nebo potřeba většího množství informací	Klient nebo pečovatel/ka, kteří potřebují radu nebo informaci Poskytovatel služby poskytující informace (vedlejší) Výchozí nevyřešená oznámení, dodatečné informace nebo detaily	Klinický lékař systému triage poskytne radu, podporu a/nebo sbírá další informace	Zvažování bezplatného navazujícího telefonického kontaktu Telefonický kontakt a rady

Pracovní překlad zpracovali Bc. Mária Motyková a Bc. Tomáš Vlček.

Zdroj: Sands, N. Elsom, E, Colgate, R & Haylor, H. (2016). Development and inter-rater reliability of the UK Mental Health Triage Scale (In Press). *International Journal of Mental Health Nursing*.





Literatura k přílohám

Bowers, A. and Aldouri, E. "Creating efficiencies in the acute care pathway: the rapid assessment, treatment and discharge approach", *Mental Health Review Journal*, Vol. 16 No. 2, (2011), pp. 50-55. Dostupné zde: <https://doi.org/10.1108/13619321111157981>

Dalton-Locke, C., Johnson, S., Harju-Seppänen, J., et al. Emerging models and trends in mental health crisis care in England: a national investigation of crisis care systems. *BMC Health Serv Res*, (21), 1174 (2021). Dostupné zde: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07181-x>

Hopkins, C. and S. Niemiec. "Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders." *Journal of psychiatric and mental health nursing* 14.3. (2007): 310-318. Dostupné zde: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2007.01083.x>

Johnson, S., Crisis resolution and home treatment teams: An evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), (2013), 115-123. Dostupné zde: <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/crisis-resolution-and-home-treatment-teams-an-evolving-model/5E75A82C58DFF0B41987CE258F638599>

Lloyd-Evans, B., Bond, G.R., Ruud, T. et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry* 16, 427 (2016). Dostupné zde: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1139-4>

Mezzina, Roberto. MD Community Mental Health Care IN: Trieste and Beyond, *The Journal of Nervous and Mental Disease*: June 2014 - Volume 202 - Issue 6 - p 440-445. Dostupné zde: https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2014/06000/Community_Mental_Health_Care_in_Trieste_and.4.aspx

Sands, N. Elsom, E, Colgate, R & Haylor, H. (2016). Development and inter-rater reliability of the UK Mental Health Triage Scale (In Press). *International Journal of Mental Health Nursing*.

Thomas, K. C., Owino, H., Ansari, S., et al. Patient-Centered Values and Experiences with Emergency Department and Mental Health Crisis Care. *Adm Policy Ment Health* 45, 611–622 (2018). Dostupné zde: <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0849-y>





Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Internetové zdroje

<https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/reports-and-guides/crisis-care-reports/>

<https://www.rethink.org/>

