



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**

CELÝ ČLOVĚK – CELÝ ŽIVOT – CELOSTNÍ SYSTÉM

Zpracovatelský tým:
MUDr. Jan Pfeiffer
Mgr. Pamela Sanders, DiS
Jan Louženský



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Obsah

- I. ÚVOD**
- II. ZMĚNA MYŠLENÍ – ZMĚNA PRAXE – ZMĚNA SYSTÉMU**
 - 2.1 Změna myšlení
 - 2.2 Změna praxe
 - 2.3 Změna systému
- III. ORIENTACE NA ZOTAVENÍ**
- IV. PROCES TVORBY PLÁNU – PLYMOUTH**
 - 4.1 Základní charta smyslu péče o duševní zdraví
- V. STRATEGICKÝ PLÁN PLYMOUTH**
 - 5.1 Umění, kultura, spiritualita
 - 5.2 Vzdělávání
 - 5.3 Zaměstnávání
 - 5.4 Přátelé a rodiny
 - 5.5 Bydlení
 - 5.6 Sociální síť
 - 5.7 Fyzické zdraví
 - 5.8 Léčba, terapie, alternativy
 - 5.9 Rozvoj specifických služeb „pro kritickou dobu“
 - 5.10 Integrace duševního zdraví do primární péče
 - 5.11 Implementace plánu
 - 5.12 Finální doporučení

SEZNAM PŘÍLOH





I. ÚVOD

V rámci Reformy péče o duševní zdraví intenzivně probíhají práce na transformačních plánech psychiatrických nemocnic a práce na krajských transformačních plánech. Myslíme si, že předkládaný materiál založený na zahraničních zkušenostech z míst, která jsou výrazně v procesu reformy napřed, může být velmi užitečnou inspirací pro další práci.

Tento text je vypracován v úzké spolupráci s IMHCN (International Mental Health Collaborating Network). Tato organizace má dlouholeté zkušenosti s rozvojem komplexních komunitních služeb duševního zdraví a s transformací psychiatrických ústavů. Postupem času si uvědomila, že potřebuje změnit nejen systém duševního zdraví (služby psychiatrické nemocnice na komunitní služby duševního zdraví), ale také vyvinout komplexnější komunitní přístup, který by vyhovoval různým potřebám lidí s duševními problémy. Z tohoto důvodu byl vytvořen systém či přístup, který byl nazván **Celý člověk – celý život – celostní systém** (Whole person – whole life – whole system). Tento přístup je založen na základním předpokladu, že lidé chtějí být považováni za jednotlivce a občany, a nikoli být identifikováni nebo označeni svou diagnózou či patologií. To vede ke stigmatizaci. Lidé s duševním onemocněním chtějí mít vlastní cestu k zotavení pod kontrolou a chtějí, aby jim služby pomáhaly posilujícím způsobem v naplnění jejich cílů. Odborníci a služby by měli být nastaveni na to, aby byli schopni rozpoznat a využít schopnosti a přednosti lidí s duševními problémy. Měli by se zaměřovat na potřebu pomáhat a podporovat pacienty (uživatelé), aby mohli pokračovat v celém svém životě ve všech oblastech, včetně pohody, zdraví, sociálního začlenění a přístupu ke vzdělání, práce, bydlení, kulturních a volnočasových aktivit, sportu atd.

Toho všeho nemůže být dosaženo samotnými zdravotními službami nebo pouze nahrazením psychiatrických léčení izolovanými komunitními zařízeními pro duševní zdraví. Proto bylo potřeba vyvinout celý komunitní systém s celkovým společným účelem budovat partnerství s místními úřady, komunitními organizacemi, uživateli i rodinnými příslušníky.





II. ZMĚNA MYŠLENÍ – ZMĚNA PRAXE – ZMĚNA SYSTÉMU

Při práci na plánech transformace se zřetelně ukázalo, že pokud myšlení o péči o duševně nemocné zůstává na „klasických“ pozicích, vlastní praxe, i když bude realizována více v komunitních podmínkách, nemusí být orientována na skutečné potřeby osob s duševním onemocněním, ale stále spíše na „potřeby“ poskytovatelů. Tedy jako klíčové se ukázalo, že pokud máme dosáhnout opravdu inovativního, tj. na zotavení klientů orientovaného systému, je zapotřebí před či paralelně s procesem plánování změny pracovat na změně myšlení. Toto je pak podkladem ke změně praxe a následně lze očekávat změnu systému.

2.1 Změna myšlení

Společnost od 19. století do současnosti přistupovala k duševně nemocným lidem velmi odlišným způsobem. Po celé Evropě byly vybudovány psychiatrické léčebny nebo ústavy, které se rozšířily téměř do všech zemí světa. Tato praxe však izoluje lidi od každodenního života, přináší uživatelům pocit beznaděje, snižuje jejich schopnost a příležitost být aktivními občany a přispívá k obrovskému stigma duševně nemocných a služeb a postupů v oblasti duševního zdraví. S lidmi bylo zacházeno způsobem, který chápal jejich stav jako doživotní, bez možnosti pokračovat ve vzdělávání, pracovních příležitostech, rodinném životě nebo účasti v místní komunitě. Bohužel tento způsob myšlení byl a stále často je hluboce zakořeněným přesvědčením, které mezi širokou veřejností (a také některými odborníky) udržuje sociální vyloučení, mýty a stigma. Je nezbytné pracovat na změně těchto myšlenek, postojů a mylných představ.

Je nezbytné pracovat na změně kultury a praxe v rámci instituce. Měla by to být strategie založená na hodnotách a principech. Strategie, která zavádí nové postupy založené na přístupu k zotavení, identifikuje potřeby a skutečné/potenciální schopnosti pacientů v nemocnici žít nezávisleji a zavádí stínové komunitní služby v nemocnici týkající se spádových oblastí. Zaměstnanci by se zároveň měli aktivně podílet na návrhu a rozvoji komunitních služeb, které nemocnici nahradí.

2.2 Změna praxe

Během posledních dvou desetiletí v našem chápání došlo k revoluci poznání toho, co podporuje uzdravení z duševních chorob. Tyto důkazy pocházejí z různých zdrojů, z mnoha různých kultur, zahrnují pohledy zdravotní i sociální péče a jsou založeny na mnoha metodologiích. To zahrnuje i individuální svědectví uživatelů služeb a rodin, důkazy založené na praxi a výsledky vědeckých randomizovaných kontrolovaných studií. Výzkum a klinická osvědčená praxe poukazují na několik klíčových oblastí, na nichž jsou založeny současné způsoby poskytování účinné péče a léčby. Základní komponenty systému by měly být následující:

Péče a léčba by měly být poskytovány blíže domovu jednotlivce, v normálním prostředí zvoleném samotnými uživateli.





Služby musí být přístupné a dostupné tehdy, když je daná osoba potřebuje, tj. 24/7.
Detekce a intervence musí proběhnout v časnější fázi vývoje onemocnění.
Péče a léčba musí být zaměřeny na člověka a musí vycházet z individuálních potřeb a možností.
Lepší přístup k individuálním podpůrným nebo psychologickým terapiím.
Přístup k rodinným intervencím a podpoře.
Efektivní koordinace péče zaměřené na zotavení v kontextu multidisciplinární týmové práce, která podporuje přístup k efektivním službám, kontinuitu a koordinaci.
Větší propagace sebeřízení klientů a přístupy vzájemné podpory.
Integrace účinných odborných intervencí do každodenní praxe na podporu větších pracovních příležitostí.
Přístup k účinným, moderním lékům.
Uživatelé velmi často vyžadují různé intervence a rozhodně volbu toho, co si myslí, že pro ně funguje, na základě důvěryhodného a terapeutického vztahu se svým psychiatrem, psychologem, zdravotní sestrou nebo sociálním pracovníkem. To, jak je intervence aplikována, je stejně důležité jako její obsah.

2.3 Změna systému

Komunitní péče není, jak se někteří lidé domnívají, žádnou formou péče mimo zdi ústavu. Komunitní péče musí být založena na místních strukturách a systémech, které integrují zdravotnické služby se sociálními systémy a komunitními organizacemi. Neměla by sestávat z izolovaných a oddělených částí služeb, ale měla by budovat kontinuitu péče, cesty péče a léčby pro uživatele v definované populaci na základě potřeb a zdrojů. Měla by být koncipována, plánována a rozvíjena jako celostní systém s přístupem k rozvoji komunity a budováním udržitelných partnerství s místními komunitami.

Komunita by měla chápat, co je na institucionálním systému špatného, a musí to chtít změnit prostřednictvím společné volby toho, co je nejlepší pro občany jejich komunity. Praxe by měla být založená na důkazech, měření kvality života, měření výsledků, hodnocení potřeb, znalosti modelů služeb, studie spokojenosti uživatelů, studie spokojenosti pečovatелů atd. Jednotlivé segmenty mohou být zaváděny v určitých intervalech během procesu rozvoje celého komunitního systému, který nakonec nahradí institucionální systém. Všechny zainteresované strany zapojené do této služby by měly hrát roli v procesu změny a přispívat k návrhu nového systému. Jen takto se zajistí „široké vlastnictví“ nově nastaveného systému, a tím i jeho udržitelnost v průběhu času.

Je důležité od začátku společně sdílet základní principy péče:

DOSTUPNOST
Služby by měly být organizovány a poskytovány způsobem, který umožňuje snadný přístup prostřednictvím jediného vstupního bodu, a cestou, která je dobře srozumitelná uživatelům, pečovatелům a dalším poskytovatelům. Služby by měly být poskytovány, kdykoli je to možné, a v blízkosti místa, kde lidé žijí.





KOMPLEXNOST

Je známo, že dobře integrovaný komplexní systém služeb, který splňuje potřeby lidí holistickým způsobem a způsobem kontinuity péče, mnohem pravděpodobněji poskytne lepší příležitosti a výsledky pro uživatele služeb. Každá součást služby by měla být propojena a vnímána jako prvek celého systému.

ÚČINNOST

Služby by měly být založeny na důkazech a měly by podléhat řízení, standardům kvality a výkonnostním ukazatelům, aby bylo zajištěno, že jsou efektivní a poskytují uživatelům služeb nejlepší výsledky.

SPRAVEDLNOST

Služby a zdroje duševního zdraví by měly být organizovány a poskytovány na stejné úrovni a ve stejném standardu pro každou geografickou oblast v daném regionu nebo zemi, aby obsáhly veškeré obsluhované obyvatelstvo.

PRAXE A HODNOTY ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH

Uznává se, že existuje mnoho způsobů léčby a terapií, které se osvědčily u většiny duševních chorob. Ty by měly být zavedeny jako rutina do každodenní praxe profesionálů, aby se maximalizovaly nejlepší výsledky pro uživatele služeb. Uživatelé by měli mít možnost volby a měli by mít přístup k nejvhodnější léčbě a terapii, která uspokojí jejich potřeby.

ZAPOJENÍ RODIN

Rodinná výchova a zapojení do porozumění duševním onemocněním a potřebám uživatele je nezbytnou součástí terapeutické zkušenosti. Rodina by měla být odborníky ceněna jako partner v „procesu obnovy“ uživatele.

EFEKTIVNÍ VYUŽÍVÁNÍ ZDROJŮ

Duševní zdraví a lidské i finanční zdroje nejsou ve většině zemí vždy dostatečné k poskytování nejlepších možných služeb. Je tedy zásadní, aby ty, které jsou k dispozici, byly používány co nejúčinnějším a nejefektivnějším způsobem. Nemělo by se plýtvat prostředky na administrativní a byrokratické struktury a velké psychiatrické léčebny.

Prioritou jejich použití by měly být v první linii v komunitě služby, které budou přímo přínosem pro uživatele.





III. ORIENTACE NA ZOTAVENÍ

Klíčovým pro změnu systému je jeho orientace na princip zotavení. Pro mnoho lidí je koncept zotavení o udržení kontroly nad svým životem, přestože mají problém s duševním zdravím. Odborníci v oblasti duševního zdraví často odkazují na „model zotavení“ jiným způsobem, mění názvy věcí, ale ne jejich význam. Uvést zotavení do praxe znamená zaměřit péči na podporu zotavení a budování odolnosti lidí s duševními problémy, nejen na léčbu nebo zvládání jejich symptomů.

Co je zotavení

Neexistuje jediná definice pojmu zotavení pro lidi s duševními problémy, ale vůdčím principem je naděje – víra, že je možné, aby někdo znovu získal smysluplný život, navzdory problémům s duševním zdravím nebo vážným duševním onemocněním.

Zotavení je často označováno jako proces, výhled, vize, koncepční rámec nebo hlavní princip. Proces obnovy poskytuje holistický pohled na duševní zdraví, který se zaměřuje na osobu – opět nejen na její symptomy. Přístup orientovaný na zotavení věří, že uzdravení z těžké duševní choroby je možné!

Ve skutečnosti je to spíše cesta než cíl. Nemusí to nutně znamenat vrátit se tam, kde jste byli předtím. Jako sám život i proces zotavení má mnoho vzestupů a pádů. Orientace na zotavení je výzva k optimismu a odhodlání všech zúčastněných. Je hluboce ovlivněna očekáváními a postoji lidí. Vyžaduje dobře organizovaný systém podpory ze strany rodiny, přátel a odborníků. Vyžaduje, aby služby zahrnovaly nové a inovativní způsoby poskytování služeb a postupů.

Proces zotavení má za cíl pomoci lidem s duševními problémy podívat se za hranice pouhého přežívání a základní existence. A co víc, povzbuzuje je, aby se posunuli vpřed, stanovili si nové cíle, dělali věci a rozvíjeli vztahy, které dávají jejich životu smysl. Orientace na zotavení zdůrazňuje, že i když lidé nemusí mít plnou kontrolu nad svými příznaky, mohou mít plnou kontrolu nad svými životy.

Zotavení není o „zbavení se“ problémů. Jde o to, vidět za problémy duševního zdraví člověka, rozpoznat a podporovat jeho schopnosti, zájmy a sny. Duševní onemocnění a sociální postoje k duševním chorobám často omezují lidi se špatným zdravím. Zdravotníci, přátelé a rodina mohou být přehnaně ochrannější nebo pesimističtí ohledně toho, čeho bude osoba s duševním onemocněním schopná dosáhnout. Zotavení znamená dívat se za tyto limity a pomáhat lidem dosáhnout jejich vlastních cílů a tužeb.

Zotavení může být cestou sebeobjevování a osobního růstu. Zkušenosti s duševním onemocněním mohou poskytnout příležitost ke změně, reflexi a objevování nových hodnot, dovedností a zájmů. Zvláště v době krize.

Co podporuje zotavení?

Výzkum zjistil, že mezi důležité faktory na cestě k uzdravení patří:





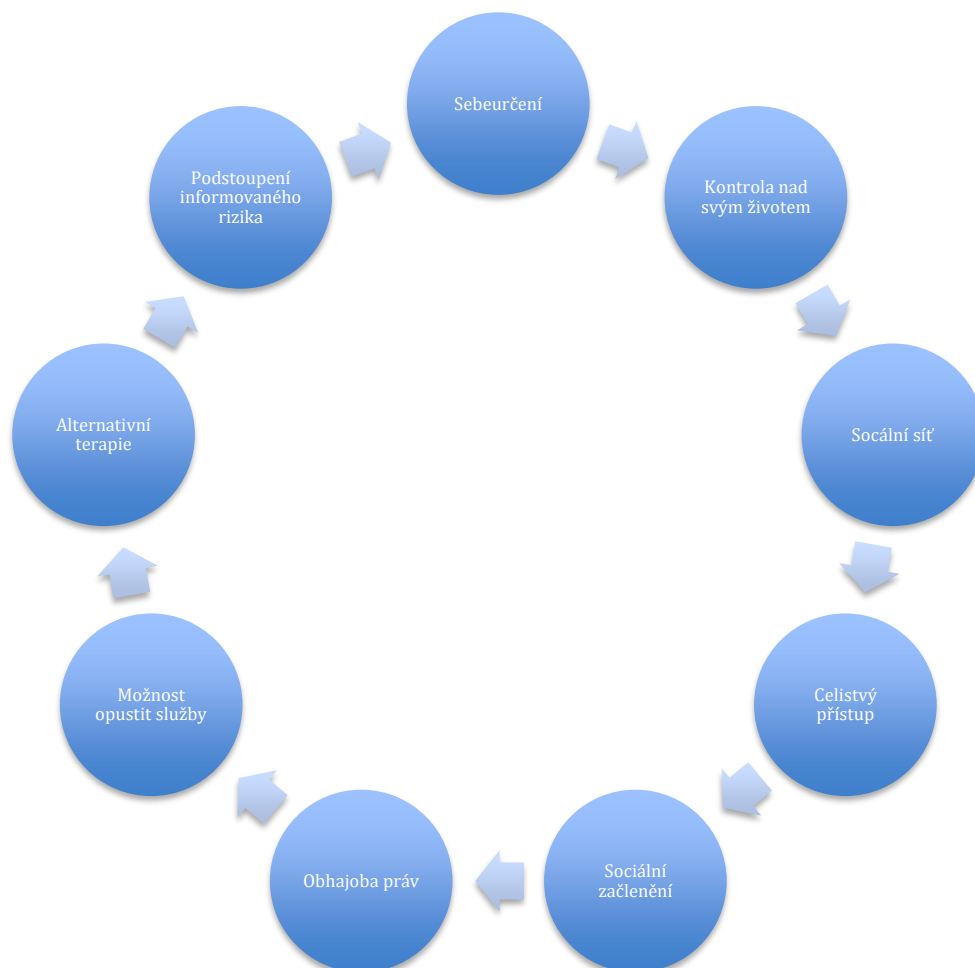
dobré vztahy, přebírání odpovědnosti, sdílená odpovědnost, finanční zajištění, uspokojivá práce, osobní růst, správné životní prostředí, rozvíjení vlastních kulturních nebo duchovních perspektiv a rozvíjení odolnosti vůči možné nepřízni osudu nebo stresu v budoucnosti.

Mezi další faktory, které lidé zdůrazňují jako podporu na své cestě k uzdravení, patří:

- rozvoj důvěryhodného vzájemného vztahu s profesionály;
- mít kolem sebe osoby, které mi věří;
- být naslouchán a chápán;
- dostávat vysvětlení problémů či osobních zkušeností;
- mít příležitost dočasně se vzdát odpovědnosti během období krize.

Je důležité, aby každý, kdo někomu pomáhá během procesu zotavení, jej povzbuzoval k rozvoji jeho dovedností a podporoval ho v dosahování jeho cílů.

Systém, který je orientovaný na zotavení, by měl v sobě obsahovat následující prvky:





Jak začlenit orientaci na zotavení do plánování a implementace systému péče a podpory?

Je důležité ustoupit od zaujetí bezpečností a riziky. Kromě toho je životně důležité najít způsoby, jak zlepšit účinek sociálních determinantů, které jsou klíčovými kauzálními/přítěžujícími faktory duševního zdraví člověka a příležitostí k jeho uzdravení. V konkrétním místě, komunitě, je třeba rozvíjet společné porozumění opatřením pro zlepšení duševního zdraví.

Za tímto účelem je do procesu plánování zapotřebí zapojení všech komunitních organizací, které mají skutečnou nebo potenciální kapacitu poskytovat bydlení, zaměstnání, dobrovolnictví, umění a kulturu, sport a volnočasové aktivity, vzdělávání atd. Jako příklad takového přístupu může být zkušenost z Plymouthu.





IV. PROCES TVORBY PLÁNU – PLYMOUTH

Práce na strategii v Plymouthu se od většiny ostatních, které vznikaly a vznikají jak ve Velké Británii, tak pravděpodobně i v řadě jiných míst světa, dosti odlišovala. Inicie ke vzniku strategie nevzešla ze strany zdravotního úřadu, jak by se dalo očekávat, nebo dokonce ze strany místní samosprávy, ačkoli oba úřady se samozřejmě zapojily a podpořily vytvoření této strategie. Strategie, na kterou mnozí v Plymouthu čekali mnoho let.

V Plymouthu místní orgány vytvářely v minulosti mnoho strategií péče o osoby s duševním onemocněním, ale žádná z těchto strategií nebyla orientována na celostní potřeby osob s duševním onemocněním. Základní myšlenka celého procesu byla založena na tom, že místní komunita nemusí pasivně čekat na oficiální orgány, ale může „vzít osud“ do vlastních rukou a stát se iniciátorem změny. V případě Plymouthu byla spouštěcí silou občanská poradna, která iniciovala první setkání potencionálních partnerů a napomohla vzniku místní sítě pro duševní zdraví.

Strategie byla vytvořena jedinečnou a inspirativní skupinou lidí napříč mnoha obory. Skupina zahrnovala zástupce uživatelů služeb a pečovatele – rodinné příslušníky. Její součástí byli i zástupci zdravotnictví a sociální péče, Job Centre Plus, policejní a hasičské služby, místní úřady a mnoho poskytovatelů z neziskového sektoru, charitativní a církevní organizace a také registrovaní poskytovatelé sociálního bydlení.

Esenciální byla atmosféra přátelské otevřenosti, transparentnosti, skutečné spolupráce a partnerství všech zúčastněných, včetně uživatelů služeb a pečovatelů.

Práce na strategii se zaměřila na zotavení a na to, aby lidem byla zpět do vlastních rukou vrácena kontrola nad jejich životy. Byla významně založena na tom, co lidé s duševním onemocněním říkají, že chtějí a potřebují. Z tohoto vyšla jasná orientace na včasné intervence a snadný přístup k psychologickým terapiím. Na rozdíl od strategií v předešlých letech, které se soustředily na řešení následků, se tato strategie soustředila na mezery v existujících službách a definování jasných priorit. Strategie se sice opírala o Národní strategii, ale ve svém konečném výstupu ji v lecčem překonala a doplnila.

V roce 2008 chtěla občanská poradna (Citizen's Advice Bureau – CAB) v Plymouthu zjistit, kam by mohla nasměrovat klienty, kteří se u nich hlásili s duševním onemocněním. Sice našli ve městě řadu služeb, ale žádnou jasnou cestu ani informační zdroj, kam by mohli potřebné lidi nasměrovat. V systému existovalo mnoho bariér. Proto tato občanská poradna uspořádala setkání pestré škály poskytovatelů, nejen sociálních zdravotních služeb, za účelem identifikování dostupných služeb.

- Na prvním setkání se zúčastnění rozhodli ve společné práci pokračovat. Za tímto účelem vytvořili neformální *Plymouthskou síť duševního zdraví*. Síť/skupina začala velmi aktivně zakládat řadu pracovních skupin, které se zabývaly oblastmi, v nichž se členové cítili užiteční a důležití.
- Byl sestaven adresář poskytovatelů služeb.





- Byly vytvořeny webové stránky sdílené jak pro poskytovatele, tak i uživatele služeb.
- V kreativním divadle *Cyrus Drake* proběhlo setkání lidí, kteří by mohli jedincům s duševním onemocněním pomáhat v oblasti získání práce. Cílem setkání bylo zvýšit povědomí o duševní pohodě a vypořádat se s některými existujícími stigmaty, hlavně však vytvořit pracovní společenství orientované na téma zaměstnávání. Každým rokem pak byla pořádána výroční konference za účelem kontinuálního sdílení informací a pokračovalo vytváření této specifické sítě.
- Uskutečnily se čtyři výroční konference. Druhá měla mezinárodní téma s modely dobré praxe z celé Evropy, které byly předvedeny zejména s ohledem na komunitní přístupy. Ze třetí konference vzešla diskuse o tom, jak by bylo možno začít vytvářet v Plymouthu strategii duševního zdraví „celého systému“.
- Začátkem července 2011 se v Guildhallu konalo setkání klíčových zainteresovaných stran, na kterém se sešlo více než 60 delegátů, aby prodiskutovali potřeby uživatelů služeb v různých oblastech celého života, aby byli zahrnuti do strategie, a co je důležité, přijali závazek vytvořit strategii pro lidi z Plymouthu.
- V září se třikrát sešla pracovní skupina složená ze třinácti zainteresovaných stran, včetně komisařů ze zdravotnictví a sociální péče, aby dala dohromady návrh strategického rámce.

Cíle strategie:

- ✓ Zajistit, aby každý v Plymouthu měl stejnou příležitost dosáhnout pozitivního duševního zdraví a pohody.
- ✓ Mít strategii podpory duševního zdraví, která je schválena, podporována a aktivně prováděna všemi místními strategickými partnery a organizacemi z veřejného, soukromého, dobrovolnického a komunitního sektoru v Plymouthu, se zapojením veřejnosti a komunit, ve kterých žijí.
- ✓ Podporovat duševní zdraví a pohodu pro všechny, pracovat s jednotlivci a komunitami a bojovat proti diskriminaci jednotlivců a skupin s problémy duševního zdraví a podporovat jejich sociální začlenění.

Jak dosáhnout cílů:

- ✓ Zvyšováním profilu duševního zdraví a pohody tak, aby byly považovány za důležité, stejným způsobem a zároveň jako fyzické zdraví a pohoda.
- ✓ Řešení stigmatu spojeného s duševní nemocí a diskriminace a sociální izolace, které je doprovázejí.
- ✓ Začlenění podpory duševního zdraví a pohody do všech politik a aktivit místních strategických partnerů.
- ✓ Snížení nebo prevence výskytu a dopadu duševního a emočního utrpení, úzkosti, duševních chorob a sebevražd.





- ✓ Zvyšování povědomí o determinantech duševního zdraví a pohody na veřejné, profesionální a politické úrovni.
- ✓ Zvyšování povědomí o efektivní praxi podpory duševního zdraví.
- ✓ Rozvoj a podpora inkluzivních čtvrtí, které si váží všech svých členů, a možnost pro každého účastnit se rozhodnutí, která ovlivňují jeho životy.
- ✓ Zajištění přiměřené podpory pro všechny lidi, aby mohli zvládat přechody životních etap, zvláště přechod z mládí do dospělosti a z práce do důchodu.

- Na začátku října a ledna se sešla referenční skupina, aby přezkoumala, vyjádřila se a dohlížela na směřování návrhu strategického rámce.

Je nemožné, aby zdravotnický sektor v jakékoli zemi uspokojoval různé a komplexní potřeby lidí s duševními problémy sám. Spolupráce mezi duševním zdravím, všeobecným zdravím, neziskovým sektorem, nezdravotnickým a komunitním sektorem je nezbytná k vytvoření široké škály flexibilních typů podpory pro uživatele tak, aby byly uspokojeny jejich různorodé potřeby. Pracovní skupina hledala zdroje/spojence v následujících oblastech:

- sociální organizace;
- náboženské organizace;
- vzdělání;
- bydlení;
- sociální péče;
- soukromé organizace;
- charitativní organizace;
- pracovní agentury;
- neziskové organizace.

Ukázalo se, že na jednu stranu je důležitá rozmanitost v přístupu a poskytování podpory jednotlivými poskytovateli služeb, na druhou stranu je nezbytné, aby všechny organizace pracující v systému služeb duševního zdraví byly jednotné ve svém účelu, vizi a hodnotách ve prospěch všech lidí. Jinými slovy, jde o přístup typu „Whole life – Whole system“, kterého se strategie snažila dosáhnout. Bylo definováno 14 klíčových témat:

Centralizované značení, rady a informace
Snadno srozumitelné a dostupné značení ke službám duševního zdraví, radám, informacím a podpoře.
Podpora
Podpora dobrého duševního zdraví v komunitách, aby se zabránilo rozvoji duševního onemocnění.
Včasné intervence
Včasná identifikace obtíží duševního zdraví a poskytnutí vhodných intervencí v co nejranější fázi.





Stigma
Řešit stigma a diskriminaci v místní populaci prostřednictvím poskytování veřejného vzdělávání a kampaní.
Intervence na úrovni primární péče
Většina lidí hledá pomoc pro svou duševní pohodu na úrovni primární péče, takže v rámci primární péče musí být k dispozici širší úroveň intervencí. Mělo by tak být zajištěno, že do sekundární zdravotní péče budou doporučováni jen opravdu potřební klienti.
Podpora/facilitace zapojení
Služby by měly rozpoznat důležitost rozvoje vztahů založených na důvěře, které usnadňují pozitivní zapojení mezi uživateli služeb, pečovateli a pracovníky v oblasti duševního zdraví. Služby by měly hledat inovativní způsoby, jak identifikovat lidi s problémy duševního zdraví, a povzbudit je, aby se „zapojili“ do nabízených služeb.
Jednoduchý přístup
Přístup ke službám by měl být dobře zdokumentovaný, snadno srozumitelný, měl by být dostupný podle potřeby včas a pohodlně.
Podpora pečovateli
Uznání přínosu a zapojení poskytovaného pečovateli a rovněž posilování podpory, kterou potřebují, aby ji mohli nadále poskytovat.
Spolupráce v partnerství
Rozvíjení kultury partnerství práce mezi organizacemi prostřednictvím sdílení osvědčených postupů, dovedností, zdrojů a školení.
Vzdělávání/školení
Potřeba, aby uživatelé služeb měli přístup k celé řadě vzdělávacích a školicích příležitostí, jež poskytují stupňovitý přístup, který jim umožní postoupit do běžných vzdělávacích procesů a institucí.
Přístup založený na principu Celý život – celostní systém
Potřeba zajistit, že existuje řada služeb, které umožňují zotavení a podporují začlenění do běžného života.
Zabezpečení financování
Poskytovatelé služeb potřebují mít dlouhodobější jistotu financování svých služeb, aby byla zajištěna kontinuita a kvalita.
Zaměření na zotavení
Všechny služby a jejich rozvoj by měly být zaměřeny na uživatele služeb, se zapojením uživatelů služeb na všech úrovních.
Finanční způsobilost
Poskytovat vhodné rady a podporu, aby uživatelé služeb mohli budovat dostatečné schopnosti pro správu svých financí.

Řada komunitních organizací a skupin hrála významnou roli při poskytování služeb duševního zdraví ve všech životních oblastech zdůrazněných ve strategii.

Bylo zřetelné, že komunitní a uživatelské skupiny mohou samy být důležitým zdrojem a prostředím pro zlepšení léčby, péče a podpory poskytované lidem s duševními problémy.

Role komunitních a uživatelských skupin sahá od poskytování svépomoci a vzájemné pomoci až po lobování za změny, provádění vzdělávacích aktivit, podílení se na monitorování a hodnocení péče a obhajoby s cílem změnit postoje a snížit stigma.





Ukázalo se jako velmi důležité zajistit udržitelnost těm skupinám, které již v místě existují, a vytvářet podmínky pro vznik dalších skupin. Celkově by tak měl vzniknout soudržný a účinný systém.

Jedním ze základních principů strategie bylo stavět na silných stránkách toho, co bylo již založeno a dobře funguje. Nový směr stanovit tak, aby bylo zajištěno, že potřeby lidí s problémy duševního zdraví budou v budoucnosti náležitě a adekvátně „naplněny“.

Bylo zorganizováno další setkání s cílem shromáždit názory celé řady zainteresovaných stran k tématu potřeb uživatelů. Za pomoci místních, národních i mezinárodních expertů byly prezentovány osvědčené postupy orientované na princip zotavení ve vztahu k potřebám osob s duševním onemocněním. Byla dosažena shoda na základních zásadách, jak nahlížet na celou situaci, a byla formulována jako charta:

4.1 Základní charta smyslu péče o duševní zdraví

Je třeba se vyvarovat roztržiténosti samostatných odpovědí pro specifické potřeby a jednotlivce; to pouze reprodukuje separaci a depersonalizaci založenou na nadřazenosti byrokratických kategorií a ideologii vyloučení. Pojmy „primární a sekundární“, „trvalé a běžné“, „vážné a mírné“ brání přijetí občanských a komunitních modelů péče.
Je potřeba prolomit nadvládu lékařského paradigmatu a rekonstruovat a hodnotit jednotlivé životní příběhy kulturně a komunitně vhodným způsobem.
Uznat možnosti onemocnění nebo úzkosti jako výrazu utrpení v různých oblastech lidského života a přijmout terapeutický přístup, který plně zohledňuje „celý život“ jednotlivce a který uznává jedinečnost dané osoby jako občana dané komunity, který si nepřeje být vyloučen z důvodu problému duševního zdraví a který má potenciál být spokojený i s přítomností symptomů nebo problémů duševního zdraví nebo bez nich.
Lidská práva jsou základním prvkem péče o každého jednotlivce.
Cílem musí být pomoc člověku k dobrému zdraví a zároveň ochrana a upevňování jeho postavení jako občana.
Myšlení celého systému je disciplína, jak vidět celky, ne díry. Základním rámcem je rozvoj vzájemné závislosti a vzájemných vztahů, spíše než statických a oddělených částí. Společný účel celku by měl zahrnovat všechny principy a hodnoty.
Části systému musí citlivě přispívat k dosažení celkového účelu. Celek se stává důležitějším než kterákoli část sama o sobě. Jednotlivé součásti by měly aktivně podporovat zotavení, sebeurčení a růst jednotlivce tím, že budou těžit jak z celé služby duševního zdraví, tak z přirozených zdrojů komunity.

Byly definovány základní životní domény:

- umění, kultura, spiritualita;
- vzdělání a povolání;
- přátelé, rodina;
- bydlení;
- sociální sítě;
- sport a volný čas;





- léčba, terapie a alternativy;
- lepší „nákup“ služeb.

Účastníci byli rozděleni do skupin dle životních domén a byly jim položeny následující klíčové otázky:

- Jaké jsou potřeby uživatelů služeb?
- Jsou tyto potřeby v současnosti uspokojeny?
- Jak by se s nimi mohli v budoucnu lépe setkat?

Každá skupina poté vytvořila klíčové problémy, které je třeba řešit.

Užší skupina následně zpracovala výstupy ze setkání a identifikovala 14 průřezových témat (viz Seznam příloh), jež se stala klíčovou součástí při provádění akčního plánu.

Následně bylo určeno pět klíčových principů tak, aby výše identifikované oblasti byly dobře zohledněny v akčním plánu:

- lepší koordinace;
- efektivní a spravedlivé zajišťování zdrojů;
- přístupy orientované na zotavení;
- uvědomění si hodnoty všech intervencí, ať už jsou prováděny specialistou, nebo v nespecializovaném prostředí;
- rovnost při výběrových řízeních pro všechny organizace.

Díky výše uvedenému setkání a zpracovaným výstupům všechny zainteresované strany podpořily přístup orientovaný na Celý život – celostní systém. Všichni zúčastnění dali „síť“ mandát k vytvoření malé pracovní skupiny, která dále strategii rozvíjela. Na její další práci průběžně dohlížela referenční skupina. V každé klíčové fázi byl návrh strategie prodiskutován a schválen „síť“.

Když práce na strategii skončila, konalo se celodenní setkání všech zúčastněných stran, na kterém se dále diskutovalo o konečném návrhu, aby se zajistilo, že bude reprezentovat názory všech zúčastněných stran a že bude v souladu s výsledky prvního dne setkání.

Implementace strategie se ukázala jako velmi úspěšná. Relevantní úředníci měli poprvé v historii plánování a rozvoje služeb duševního zdraví v Plymouthu v rukou strategii založenou na skutečných potřebách lidí s duševním onemocněním. Vzhledem k tomu, že se na tvorbě strategie podílela (a nejen formálně) široká škála lidí, měla plnou podporu jak těch, pro které byla přímo určena, tak celé široké komunity.





V. STRATEGICKÝ PLÁN PLYMOUTH

5.1 Umění, kultura, spiritualita

Umělecké a kulturní aktivity a skupiny jsou cenným zdrojem pro zotavení lidí. Sice je v Plymouthu celá řada komunitních příležitostí týkajících se umění a kultury, ale v rámci práce na strategickém plánu se ukázalo, že mnoho lidí s duševním onemocněním má z různých důvodů potíže s přístupem k těmto příležitostem.

Náboženské komunity poskytují místa podpory a přátelství velkému počtu lidí, z nichž někteří se potýkají s problémy duševního zdraví a mnozí jsou náchylní k rozvoji problémů duševního zdraví.

Jde většinou o pečující inkluzivní prostředí, kde se s lidmi zachází s respektem a kde mohou žít po boku jiných lidí.

Obecně je zaměření náboženských skupin trojí: za prvé podporovat duchovní růst lidí, za druhé poskytovat komunitu, do které patří, a za třetí dát lidem příležitost sloužit širším komunitám praktickou službou.

Tato praktická služba je široká a zahrnuje vše od pomoci v chudobě včetně potravinových bank, polévky pro bezdomovce až po poradenské služby, zejména v období truchlení, krizového těhotenství a rozvodů.

Úkoly v této oblasti:

- Zajistit lepší koordinaci a dostupnost informací o kulturních možnostech.
- Nestátní organizace zřídí informační a koordinační centrum, budou rozvíjet partnerství s různými kulturními aktivitami a příležitostmi v komunitě.
- Zvláště ze strany formálních zdravotních a sociálních služeb je potřeba více vnímat náboženské komunity jako ohromný zdroj pro osoby s duševním onemocněním na jejich cestě k zotavení.
- Využít náboženské komunity jako nástroj ke změně postojů veřejnosti k lidem s problémy duševního zdraví, k odstranění diskriminace a stigma, včetně odstraňování stigmatizačních postojů ve vlastních řadách.
- Zajistit lepší provázanost formálních služeb s náboženskými komunitami. Vnímat je jako místo, kde může dojít k včasné identifikaci výskytu duševní choroby. Náboženské komunity vidí, kdy se lidé stahují, mohou se k nim přiblížit, když začnou trpět, a nabídnout jim praktickou podporu a přátelství. Tyto komunity mohou také nasměrovat lidi na jiné služby.





5.2 Vzdělávání

V rámci práce skupiny pro vzdělávání se jasně ukázalo, že se v současném systému osoby s duševním onemocněním až příliš často setkávají s přerušáním vzdělávání nebo mají potíže s návratem do vzdělávání, školicích programů a rozvoje dovedností. Přitom dosažení vzdělání je důležitá cesta, jak si budovat sebevědomí, dovednosti, odolnost a nezávislost. Jako potřebné kroky ke zlepšení této situace byly indikovány následné oblasti:

- Zlepšit přístup ke stávajícím vzdělávacím programům.
- Vytvořit řadu kurzů, které usnadní a podpoří větší počet lidí s problémy duševního zdraví při zahájení nebo opětovném zahájení školicích kurzů a rozvoje dovedností.
- Zřídit „Univerzitu zotavení“ (Recovery College).

5.3 Zaměstnávání

Rozvoj možností zaměstnávání byl určen jako nejdůležitější oblast v procesu zotavení uživatelů, která jim umožní mít a žít „celý život“. Hlavní oblasti a konkrétní kroky, na které se budoucí rozvoj systému zaměstnávání má zaměřit, byly identifikovány následovně:

- Rozvíjení rozsahu a škály pracovních příležitostí.
- Zlepšení koordinace pracovních příležitostí.
- Zvýšení povědomí zaměstnavatelů o značných výhodách dobrého duševního zdraví v programech na pracovišti.
- Otevření programů zaměstnávání i pro osoby se závažnějšími duševními problémy.
- Zavedení systému specializovaných pracovníků pro zaměstnávání do komunitních týmů duševního zdraví. Přehodnocení role ergoterapeuta, aby byl zajištěn maximální užitek z jeho role ve směru orientovaném na zotavení.
- Rozvíjení a transformování sociálních firem a sociálních družstev tak, aby nabízely uživatelům s duševním onemocněním více příležitostí vstoupit do pracovního procesu a připravily je lépe na otevřených trh práce.

5.4 Přátelé a rodiny

Rodinní příslušníci a/nebo pečovatelé mohou hrát významnou, někdy i klíčovou roli v procesu zotavení osob s duševním onemocněním. Musí být zapojeni v rané fázi, musí jim být poskytnuty informace a musí se aktivně zapojit do plánů zotavení. Vyžadují však také podporu vlastních potřeb, které je třeba pochopit a řešit.

Zaměstnanci pracující ve zdravotnictví a sociální péči by měli pečující respektovat a spolupracovat s nimi.



Někteří poskytovatelé péče o duševní zdraví vypracovali a přijali tzv. chartu pečovatelů, což se ukázalo jako užitečný způsob, jak zajistit, aby potřeby a role pečovatelů byly zakotveny v politice a praxi služeb.

V rámci práce na strategii bylo definováno 6 základních prvků, které by měly všechny zdravotní (sociální) služby integrovat do své praxe:

- Pečovatelé a základní role, kterou hrají, je třeba identifikovat při prvním kontaktu nebo co nejdříve poté.
- Zaměstnanci jsou si vědomi významu role pečovatelů a jsou vyškoleni ve strategiích jejich zapojení.
- Jsou zavedeny zásady a postupy týkající se důvěrnosti a sdílení informací.
- Je definována role a zodpovědnosti pečovatelů v procesu zotavení klienta.
- Pečovatelům je jasně vysvětlena role té které služby. Mají možnost se seznámit s personálem. Jsou jim poskytovány všechny potřebné informace o postupech, dostupnosti a možnostech služeb.
- K dispozici je řada podpůrných služeb pro pečovatele.

Ukázalo se, že je potřeba provádět pravidelné hodnocení a audity, aby se zajistilo, že těchto šest klíčových prvků zapojení pečovatelů existuje a zůstává v platnosti.

5.5 Bydlení

Mít bezpečný a cenově dostupný domov je obecně považováno za základní potřebu. Stabilní prostředí pomáhá udržovat zdraví a pohodu. Špatné bydlení nebo bezdomovectví mohou přispět k rozvoji duševních problémů nebo mohou ztížit zvládnutí stávajících duševních problémů.

Ukázalo se, že zajištění bydlení a ubytování je důležitou součástí úspěšného života uživatelů, že je tedy třeba vytvořit propojenější strategii, která to zlepší.

Byl naplánován průzkum veřejného a soukromého bytového fondu. Bylo naplánováno zapojení podnikatelské sféry. Bylo naplánováno hledání možností, jak uživatelům umožnit přístup k hypotékám.

V rámci místního průzkumu se ukázalo, že jedinci trpící duševními problémy by raději bydleli ve vlastním domě nebo bytě, bydleli sami nebo s partnerem či partnerkou a nežili s jinými lidmi, kteří mají problémy s duševním zdravím. Uživatelé jasně vyjadřovali potřebu silné podpory týmů duševního zdraví, která by měla být k dispozici na zavolání, což je pro ně přijatelnější než přemísťování se za potřebnou péčí. Uživatelé také zdůrazňovali důležitost materiální podpory, jako jsou peníze, dotace na nájem, telefony a doprava, pro úspěšný život v komunitě.

Je tedy potřeba zlepšovat znalosti soukromých pronajímatelů o duševním zdraví a potřebách lidí s duševními problémy a důležitosti jejich ubytování v procesu zotavení. To by mělo



zahrnovat advokacii a pomoc při řešení problémů s nájemníky v prodlení, dostupného nájemného a ubytování na dobré úrovni.

Byl naplánován vznik charty, resp. pravidel pro nájemce i poskytovatele různých typů bydlení (včetně volného trhu s nájemnými byty), která upravují následující oblasti:

- Role pronajímatelů při práci s nájemci, kteří ještě nejsou zapojeni do služeb duševního zdraví.
- Zajištění dobrých vztahů se sousedy.
- Stabilita v komunitě díky jistotě pronájmu.
- Veškeré ubytování by mělo disponovat minimálně 2 lůžky – druhý pokoj využít pro pečovatele, člena rodiny atd.
- Větší podpora pro soukromé pronajímatele, včetně podpory při individuální spolupráci s nájemníky.
- Zajistit spíše proaktivní než reaktivní přístup.
- Domy by měly mít stanovenou minimální velikost místností.
- Školit zaměstnance, jak se vyhýbat „problémům“ s nájmem vedoucím k vystěhování.
- Rozdílná legislativa pro sociální a soukromé pronajímatele.
- Institut podpurných pracovníků v sociálním bydlení.
- Jak připravit klienty na „dobrého nájemce“.
- Podpora při stěhování ze zařízení do nezařízeného domova – informace, jak se přestěhovat, plánovat, co je potřeba.
- Podpora pro nájemníky, kteří se chtějí přestěhovat ze stávajícího domova do jiného – možnosti, problémy.
- Záruky/pobídky pro soukromé pronajímatele, aby nabízeli domy nájemníkům s problémy s duševním zdravím.
- Finanční podpora nájemníků při nastěhování, např. záloha a nájem předem.
- Více informací pro pronajímatele a nájemníky – co dělat, když se něco pokazí.

5.6 Sociální síť

Při plánování se ukázal význam smysluplných sociálních sítí. Rozvíjet řadu životních dovedností lze podporou, vzděláváním a školením. Obzvláště důležitý se ukazoval další rozvoj svépomocných iniciativ. Jako potřebné se ukázaly následné oblasti:

- Vytvořit systém podpory pro rozvoj aktivit uživatelů.





- Odstranit případné překážky blokující tvůrčí iniciativy uživatelů.
- Neziskové organizace budou/mohou proaktivně napomáhat s koordinací a organizačními aspekty.

5.7 Fyzické zdraví

Pracovní skupina se zabývala tím, co lze udělat pro zlepšení fyzického zdraví lidí s duševními problémy, ať už jsou zapojeni do služeb, nebo nedostávají žádnou podporu, nebo jim hrozí zhoršení duševního zdraví. Cílem strategie bylo snížit počet lidí s duševními problémy, kteří umírají předčasně, a zlepšit duševní pohodu lidí se špatným fyzickým zdravím.

Mezi faktory, které k tomu přispívají, patří riziko sebepoškozování a sebevraždy, nezdravé chování (nedostatek pohybu, špatná strava, kouření, konzumace alkoholu) vedoucí k dlouhodobě špatnému zdravotnímu stavu, nedostatek vzdělávání a podpory ke zdravějšímu životnímu stylu a špatná dostupnost ke službám fyzického zdraví.

Jako hlavní překážka k dobrému fyzickému zdraví se ukázalo to, že u uživatelů služeb péče o duševní zdraví jsou zdravotní kontroly méně časté než u běžné populace. Je u nich tak větší riziko nerozpoznání fyzických neduhů nebo jejich špatné léčení. Mají i celkově horší přístup k pohybovým aktivitám jako formě léčby a rehabilitace v sekundární péči. Jako hlavní kroky, které by měly uvedené nedostatky napravit, byly identifikovány následující:

- Profesionálové primární péče se musí více zaměřit na fyzické zdraví osob s duševním onemocněním.
- Služby duševního zdraví („advokáti“ klientů) musí více podporovat osoby s duševním zdravím při návštěvě praktického lékaře. Ukazuje se, že klienti, kteří byli doprovázeni k praktickému lékaři, cítili větší pozornost a kvalita poskytované péče byla lepší.
- Všichni zaměstnanci v první linii a klíčové služby pro budování fyzického zdraví a dobrého životního stylu (důležitost diety, cvičení, odvykání kouření a bezpečné konzumace alkoholu) musí uživatele služeb, pokud je to nutné, odkazovat na další vhodné služby.
- Služby duševního zdraví by měly do svých programů více zapojovat zdravé aktivity (cvičení, workshopy zaměřené na odvykání kouření atd.).

5.8 Léčba, terapie, alternativy

V posledním desetiletí došlo k revoluci v chápání toho, co podporuje uzdravení z duševních chorob. V rámci plánu bylo hlavně ze strany uživatelů konstatováno, že řada stávajících „statutárních“ služeb se stále orientuje především na „medicínský model“. Rozvoj dalších léčebných služeb a programů tak musí reflektovat posun.





Kroky v této oblasti:

- Je potřeba nastavit systém vyhodnocování zkušenosti každého uživatele s typem intervence, kterou absolvoval, zhodnotit její přínos i negativa.
- Široký výběr intervencí (léčby, terapie, nástroje) musí být vyvinut a praktikován všemi poskytovateli v rámci zotavovacího a celoživotního přístupu.
- Pro každého odborníka je třeba navrhnout školicí program týkající se procesu zotavení.
- Musí existovat plán školení pro každého odborníka, aby se maximalizoval rozsah intervencí dostupných uživatelům služeb.
- Organizace potřebují vytvořit kulturu, která podporuje zotavení.
- Rovněž rodinní příslušníci potřebují školení ohledně přístupů vedoucích k zotavení.
- Rozvoj dobrých životních podmínek a psychologicky vzdělávacích programů.
- Třetí sektor musí být zapojen do poskytování řady alternativních životních dovedností a psychosociálních dovedností a výchovných intervencí.

Role odborného personálu při podpoře duševního zdraví a zotavení uživatelů:

- Výzkum ukazuje, že očekávání profesionálů ohledně zotavení uživatelů služeb nezahrnují aspirace na vzdělání a zaměstnání. Cesta lidí vedoucí k zotavení prostřednictvím vzdělávání a zaměstnání tak musí být zakotvena v jejich každodenní práci. Hlavní poskytovatelé potřebují disponovat jasným tréninkovým programem, který bude podporovat, aby všechny organizace důsledně pracovaly na dosažení zotavení uživatele.
- Veřejné zdraví a akční plán strategie duševního zdraví a pohody jsou příklady toho, co děláme.
- V týmech pro duševní zdraví by měli být začlenění specialisté, jejichž role spočívá v podpoře sociálního začleňování, zejména v oblasti povolání, vzdělávání a zaměstnání. Role ergoterapie by se mohla vrátit ke svým základním kompetencím, v nichž by toto přijala. Zvyšující se přístup k psychologickým terapiím ukazuje, že specialisté na zaměstnanost změnili myšlení praktikujících.
- Široká škála příležitostí pro lidi bude mít komplexní potřeby. STEPS podporuje jednotlivce v sekundární péči a forenzních službách. Toto ustanovení je třeba rozšířit. Je potřeba být kreativní a vymyslet, jak to zajistit například v sociálním podniku.
- Podpora fyzické aktivity ke zlepšení duševní pohody a podpoře zotavení.
- Toho by bylo možné dosáhnout využitím místních zařízení a zejména vybudováním spojení s Centrem života.





5.9 Rozvoj specifických služeb „pro kritickou dobu“

“Na základě zkušeností klientů se stávajícím systémem akutní péče se ukázalo, že neodpovídá jejich potřebám. Bylo zřetelné, že je nutné systém změnit tak, aby byl lépe orientován na principy zotavení a mohl poskytnout uživatelům služeb smysluplnější a přínosnější zkušenost.

Klíčové principy při definování celého systémového přístupu k reakci na kritickou dobu v životě člověka (před krizí nebo během ní) byly v pracovních skupinách definovány následovně:

- Rozpoznání dramatického emocionálního nebo nepřímého otřesu v životě člověka jako možnosti k zotavení, nikoli ke zhoršení.
- Kritický čas pro reflexi a pozitivní růst, sebeurčení – ne čas pro pokračující cestu beznaděje.
- Čas na změnu. Příležitost, aby se člověk podíval na svůj život jako na celek, nejen na svůj problém duševního zdraví.
- Příčiny krize vyžadují různá řešení z různých zdrojů. Je potřeba zajistit možnou podporu v řadě oblastí: finanční potíže, fyzické zdraví, pracovní stres, faktory životního prostředí, rodinné problémy atd.
- Kontakt a vztah vytvořený mezi uživatelem a profesionálem v jedné části služby by měl být stejně důvěryhodný jako terapeutický vztah ve všech částech systému služeb.

Jako reakce na zjištění stávajících nedostatků v péči o osoby s duševním onemocněním v krizové situaci a definovaných principů odpovídajících zaměření na zotavení byl sestaven seznam potřebných služeb, které byly v rámci dalšího procesu rozvíjeny jako alternativy k akutní nemocniční péči:

1. Týmy pro řešení krizí (týmy pro domácí léčbu)

Ty by měly poskytovat 24 hodin, 7 dní v týdnu, alternativní domácí léčbu a podporu intenzivní intervence, pokud je možné zvládnout krizi doma, aby se zabránilo přijetí do jiné péče.

2. Crisis Recovery Houses

Ty byly vyvinuty jako domácí alternativa k nemocniční péči v menším měřítku. Někde byly poskytovány pro specifické skupiny, např. ženy, menšinové etnické skupiny atd.

3. Krizová odlehčovací služba

Jedná se o neformální nebytové krátkodobé alternativy. Jsou poskytovány v hotelích, penzionech nebo podporovaném ubytování. Obvykle je řídí a podporují pracovníci komunitního centra duševního zdraví.





4. Crisis Recovery Houses vedené uživateli

Jsou také označovány jako peer-run krizové domy. Velmi napomáhají k zotavení a mají přirozený étos svépomoci. Jsou spravovány a provozovány převážně uživateli služeb. Poskytují mnoho alternativních strategií zvládání sebeurčení, masáže, poradenství, nácvik dovedností, meditaci, posilování odpovědnosti atd. Zasahují, aby zahrnovaly přírodní zdroje komunity.

5. Hostitelské rodiny

Ty jsou založeny na zkušenostech s pěstounskými programy pro dospělé, ale využívají je rovněž k poskytování rodinné podpory pro jednotlivce během jejich akutní krize. Někdy se také používají k umístění lidí, aby se předešlo krizi. Uživatelé si z nich odnášejí pozitivní zkušenosti a hostitelské rodiny a odborníci na duševní zdraví si jich velmi cení.

6. 24hodinové komunitní centrum duševního zdraví s akutními lůžky

Tento model kombinuje funkce komunitního centra duševního zdraví, domácí léčebné služby a akutních/odlehčovacích lůžek v jednom mimo nemocničním prostředí. Bylo zjištěno, že je úspěšný při poskytování kontinuity péče, dosahuje lepších výsledků a spokojenosti uživatelů, zajišťuje odpovědnost vůči specifické komunitě za holistickou péči o jednotlivce a je velmi preferovaný uživateli a pečovateli, stejně jako integrovaný a vysoce uznávaný místními lidmi.

7. Telefonní linky pomoci

Ukázalo se, že telefonní linky pomoci poskytují základní podporu lidem, kteří právě prožívají dramatický nebo traumatický životní zážitek.

Některé z nich poskytuje třetí sektor, jiné jsou součástí komunitních služeb duševního zdraví.

8. Další obecné postupy

Některá místa vyvinula iniciativy, které uživatelé považovali za užitečné, například:

- Směrnice o předběžné léčbě/péči. Uživatelé vyjadřují a zaznamenávají své názory a přání na léčbu, kterou nechtějí dostávat, když jsou v krizi.
- Uživatelská krizová karta/společné krizové karty. Na kartách jsou formálně napsaná a dohodnutá přání uživatele samotného nebo požadavky mezi uživatelem a profesionálem. Mohou být uchovávány u konkrétní osoby a v případě potřeby předloženy jakékoli službě.
- Použití plánu zaměřeného na člověka pro uživatele, přátele a rodinu, jak rozpoznat jedinečné okolnosti spouštěčů relapsu a jak mu předcházet.

5.10 Integrace duševního zdraví do primární péče

Jak se ukázalo na pracovních skupinách, většina lidí s problémy duševního zdraví hledá podporu a léčbu v první řadě prostřednictvím služeb primární péče. Ukázalo se, že je možné a často více žádoucí, aby potřeby duševního zdraví většiny lidí byly uspokojeny prostřednictvím primární péče.





Výhody posílení podpory duševního zdraví v rámci primární péče se během procesu plánování ukázaly následovně:

- Lepší geografická dostupnost.
- Menší stigmatizace lidí s duševními poruchami stejným zvládáním potíží jako ostatní.
- Zlepšení míry detekce a léčby problémů duševního zdraví.
- Efektivnější využívání zdrojů zdravotnických služeb – úspora nákladů díky sdílené infrastruktuře.
- Komplexní přístup a vyšší kvalita péče o pacienty.
- Lepší řízení potřeb fyzického zdraví osob s duševním onemocněním – včetně lepší adherence a klinických výsledků u řady komorbidních poruch, jako je diabetes a srdeční choroby.

V rámci strategického plánu bylo cílem rozvoje péče o duševní zdraví v oblasti služeb primární zdravotní péče rozvinout její schopnost poskytovat některé psychologické intervence a umožnit používání širší řady psychotropních léků.

Za tímto účelem byl zlepšen systém telefonických konzultací mezi lékaři primární zdravotní péče a specializovanými službami v oblasti duševního zdraví. Byl zaveden systém osobních konzultací členů komunitních týmů duševního zdraví v centrech primární zdravotní péče. Pro pracovníky primární zdravotní péče byla vytvořena řada informačních materiálů a byl pro ně zaveden systém pravidelného vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví.

5.11 Implementace plánu

Plymouthská síť duševního zdraví ve spolupráci se zdravotní a sociální péčí vytvořila implementační pracovní skupinu, která vypracovala roční i pětiletý akční plán a podpořila implementaci strategie „Celý život – celostní systém“. Skupina poskytovala holistický přehled a zajišťovala zajištění integrity celého systému.

Každá organizace následně vypracovala svůj konkrétní plán implementace v souladu s celým systémem. Plán obsahoval financování všech složek na příštích pět let.

5.12 Finální doporučení

Strategie zdůraznila jak následující priority procesu, který byl nastartován, tak odstraňování zjištěných nedostatků:

- Přezkoumat celkové potřeby současných uživatelů služeb v porovnání s principy přístupu orientovaného na zotavení v rámci konceptu „Celý život – celostní systém“.
- Zajistit koordinovaný vzdělávací program pro implementaci principů a praxe zotavení ve všech organizacích.





- Zlepšit přístup k uměleckým a kulturním aktivitám prostřednictvím koordinovaného přístupu a mechanismu umožňujícího zapojení co možná nejvíce organizací.
- Ze strany poskytovatelských organizací zlepšit porozumění významu náboženských komunit jako součásti podpůrné sítě klientů.
- Zlepšit šíři a dostupnost podpory v bydlení.
- Přezkoumat současný rozsah léčby, terapií a dalších intervencí založených na zotavení. Zajistit, aby byl k dispozici větší výběr.
- Zlepšit přístup uživatelů k využívání stávajících školicích a vzdělávacích programů a vzdělávacích zařízení. Vytvářet nové vzdělávací příležitosti v běžném vzdělávacím systému tak, aby lépe vyhovovaly potřebám a podmínkám uživatelů.
- Zajistit, aby zaměstnanci měli dostatečný přístup ke vzdělání a dalším příležitostem pro rozvoj svých dovedností.
- Zlepšit nabídku smysluplných povolání a pracovních příležitostí pro uživatele služeb. Rozvíjet sociální firmy, sociální družstva.
- Podporovat rozvoj svépomocných skupin.
- Rozpoznat a rozvíjet větší podporu pro rodinu a přátele.
- Podporovat fyzické zdraví a zdravý životní styl klientů.
- Rozvíjet komunitní alternativy k akutním nemocničním lůžkům.
- Zavést strategický přístup k integraci služeb duševního zdraví a primární péče.
- Podporovat a rozvíjet příležitosti pro zlepšení sociálních sítí pro uživatele a pečovatele.





SEZNAM PŘÍLOH

CO MY OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM POTŘEBUJEME JAK SAMI UŽIVATELÉ DEFINOVALI V PRACOVNÍ SKUPINĚ SVÉ POTŘEBY

BYDLENÍ

To, kde žijeme, by mělo odpovídat našim individuálním potřebám. Neměli bychom být v situaci, kdy se musíme bát, že nás vystěhují. Místo bydlení by nemělo být někde na okraji, pokud to sami nechceme. Měli bychom mít možnost přijít a odejít, kdy chceme. Neměli bychom být obtěžováni ani spolubydlícími, ani případnými zaměstnanci.

PENÍZE

Měli bychom mít dost peněz na zaplacení účtů, na jídlo, nemuset se v tomto ohledu ohlížet. Neměli bychom se cítit izolovaní nebo odříznutí od společnosti kvůli nedostatku peněz. Pokud je to potřeba, měli bychom mít podporu v zacházení s financemi, ale tak, aby nebyla ponižující. Pomoc při vyplňování formulářů na možné podpory a dávky.

NAPLNĚNÍ DNE

Měli bychom mít možnost strávit svůj den nějakou formou pravidelné a smysluplné činnosti. Může to být práce, studium, školení nebo klubová činnost.

SPOLEČENSKÝ ŽIVOT

Chceme mít příležitost setkávat se s lidmi a navazovat nová přátelství a vztahy. A to nejen s lidmi z komunity osob s duševním onemocněním. Aby to bylo možné, měli bychom mít dostatek peněz, přístup k dopravě, pokud je potřeba, možnost používat telefon.

PŘÍSTUP K INFORMACÍM

Mělo by nám být poskytnuto tolik informací, kolik chceme nebo potřebujeme, a to: o službách a léčbách, které jsou dispozici; o zákonu o duševním zdraví; o tom, jak funguje systém duševního zdraví obecně. Pokud si to budeme přát, mít někoho (například jiného uživatele služby nebo člena stejné komunity), kdo nám pomůže se v situaci vyznat. Informace, které dostáváme, by měly být jasné a snadno srozumitelné a měly by být dostupné, kdykoli je potřebujeme.

SLUŽBY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Měla by nám být k dispozici řada služeb a měli bychom mít možnost si vybrat ty, které přesně odpovídají našim potřebám, včetně doplňkových/alternativních terapií, poradenství a psychoterapie. Měli bychom mít možnost volby ohledně pracovníků v oblasti duševního zdraví, se kterými se pravidelně setkáváme (například možnost zvolit si jejich pohlaví nebo etnický původ), a mít možnost změnit pracovníky, pokud nám nevyhovují.

Léky by nám měly být podávány pouze ke zmírnění příznaků duševního onemocnění a ke snížení našeho utrpení. Všechny léky mohou mít nežádoucí účinky, ale ty by neměly způsobit více narušení našeho života než pomoci k jeho zlepšení.





VZTAHY S PRACOVNÍKY V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Lékaři, sestry, sociální pracovníci a další pracovníci v oblasti péče o duševní zdraví by si k nám měli vytvářet vztahy založené na důvěře, projevovat nám úctu, být k nám upřímní a diskutovat s námi o věcech způsobem, kterému rozumíme. Informace o nás by měli uchovávat u sebe. Důvěrnost informací by měla být stanovena společně, a než je předají ostatním, měli by nás požádat o svolení. Pokud se předávají informace, měly by být přesné. Měli bychom být ušetřeni toho, abychom museli stejné informace opakovat novým pracovníkům.

KONZULTACE A KONTROLA

Pracovníci v oblasti duševního zdraví by na nás neměli vyvíjet nátlak, abychom dělali něco, co nechceme. Ani by za nás neměli rozhodovat, aniž by předtím získali naše svolení. Měli by nám projevovat respekt, naslouchat nám a brát naše názory vážně.

OBHAJOBA

Může nastat situace, kdy pro nás může být obtížné sdělit naše názory ostatním, zvláště pak „autoritám“. Do takové situace se můžeme dostat z řady důvodů. Mohou to být účinky léků, nebo můžeme prožívat děsivou či zstrašující situaci. Pokud budeme chtít, měli bychom mít někoho (advokáta), kdo by nám pomohl, podpořil nás nebo za nás mluvil. Měli bychom mít pocit, že tato osoba skutečně rozumí tomu, co chceme, a skutečně zastupuje naše názory, když mluví naším jménem.

STIGMA A DISKRIMINACE

Chceme se cítit v bezpečí a ostatní lidé by nás neměli obtěžovat, zneužívat, pronásledovat nebo být vůči nám násilní. Neměli bychom zažít stigma nebo diskriminaci doma, v práci nebo ze strany pracovníků v oblasti duševního zdraví, policie nebo jakékoli jiné části komunity. Lidé by nás neměli diskriminovat kvůli rase, kultuře, náboženství, pohlaví, sexuální orientaci, fyzickému nebo mentálnímu postižení nebo z jakéhokoli jiného důvodu.

PŘÍSTUP K VŠEOBECNÝM ZDRAVOTNÍM SLUŽBÁM

Měli bychom dostat léčbu a péči, kterou potřebujeme pro své fyzické zdraví, když ji potřebujeme. Ať už jsme v nemocnici, nebo bydlíme doma. Měli bychom mít možnost být registrováni u praktického lékaře a chodit na pravidelné prohlídky k zubnímu lékaři. Měli bychom mít přístup k dalším typům péče, jako je optik, pedikér, fyzioterapeut a tak dále. Lidé, kteří nám poskytují fyzickou péči, by nám měli naslouchat, projevovat nám úctu a brát náš stav vážně.





SOUHRN

Jak z celé studie vyplývá, pro změnu systému péče o osoby s duševním onemocněním je klíčová změna myšlení. Pokud změna myšlení nestojí na počátku procesu, výsledkem může být sice výrazná redukce lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích a rozvoj komunitních služeb, nicméně obsah péče může být stále velmi redukován a forma péče značně paternalistická a kontrolující.

Taktéž z celé studie jasně vyplývá, že pokud zůstaneme zakletí v myšlení o službách (potřebujeme více akutních lůžek, potřebujeme více bydlení...) a nesoustředíme se na potřeby osob, pro které se služby vytváří a po celou dobu plánování a implementace nezůstaneme v tomto nastavení, výsledkem bude jen přeskldaná stavebnice, ne však živý a vskutku nový přístup a systém.

O dalším vývoji v Plymouthu, po událostech popsáných ve studii, není mnoho literatury. Nicméně z té, která je dostupná, i z přímých svědectví účastníků je patrné, že po určité době u nově nastavených služeb se projevila jistá únava a řada přístupů a služeb měla tendenci navrátit se ke „starým pořádkům“. Samozřejmě k tomuto jevu přispívala obměna lidí na všech pozicích, od zastupitelů místní správy, nejvyššího vedení služeb, po samostatné pracovníky služeb. Bylo pak zapotřebí nového úsilí k obnovení původně nastaveného ducha. MIND (organizace uživatelů služeb) hovoří o ztraceném a znovu nalezeném pokladu.

Jasným poučením je, že nově nastavený – na zotavení orientovaný systém je z jiného těsta než klasické služby. Je podobný chlebovému kvásku, o který je potřeba se neustále starat. Jen tak pak si můžeme upéct domácí, skvělý, voňavý chléb.

Dalším poučením je, že potřebné zdroje a služby jsou v podstatě kolem nás. Můžeme se utápět v zoufalství z nedostatku personálu, anebo můžeme tento koncept (bez velkého množství vysoce kvalifikovaných pracovníků není této cesty možné dosáhnout) opustit a hledat, jak využít talentů „méně vzdělaných“, jak můžeme využít zdrojů komunity. Trochu to připomíná příběh hledání pokladu po celém světě a on je nakonec zakopán pod podlahou u nás doma.

A jako poslední, ale přitom jedno z hlavních ponaučení je potřeba uvést oblast zapojování uživatelů služeb do všech podstatných rozhodovacích procesů. Vskutku naplňovat heslo: „Nikdy ne o nás bez nás“.





POUŽITÁ LITERATURA

Grande C., Beauguitte L., Alexander L., Coldefy M., Care coordination for severe mental health disorders: BMC Health Serv Res. 2020; 20: 548. Published online 2020 Jun 17. doi: [10.1186/s12913-020-05173-x](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05173-x)

Mental helth service in Plymouth: Marbels lost and found. <https://marbleslostandfound.co.uk/section/plymouth-mental-health-services>

Plymouth Community Mental Healht Services. <https://www.rethink.org/help-in-your-area/services/community-support/plymouth-community-mental-health-service/>

Storm M., FortunaK.L., GilleA.A., Pincus H.A., Bruce M.L.,Bartels S.J., Coordination of Services for People With Serious Mental Illness and General Medical Conditions:. Psychiatr Rehabil J. Author manuscript; available in PMC 2020 Sep 1.*Published in final edited form as: Psychiatr Rehabil J.* 2020 Sep; 43(3): 234–243. Published online 2020 Jan 27. doi: [10.1037/prj0000404](https://doi.org/10.1037/prj0000404)

Taking a whole-system approach - <https://www.nhsconfed.org/case-studies/taking-whole-system-approach-mental-wellbeing>

Whole Person Whole Life and recovery approaches- international mental healht collaborative network - <https://imhcn.org/bibliography/recovery-an-introduction/>.

WHO European framework for action on mental health 2021–2025-
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057813>

