



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**

Zahraniční analýza komunitních týmů duševního zdraví

Zpracovatelský tým:

MUDr. Jan Pfeiffer

Mgr. Zuzana Laurenčíková

Jan Louženský



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Obsah

- I. ÚVOD**
- II. DEFINICE KOMUNITNÍ PÉČE**
- III. SPECIALIZOVANÉ VERSUS UNIVERZÁLNÍ KOMUNITNÍ TÝMY**
- IV. ZÁKLADNÍ OBLASTI URČUJÍCÍ EFEKTIVITU PRÁCE TÝMŮ**
- V. SOUHRN**
- VI. POUŽITÁ LITERATURA**





1. ÚVOD

V souvislosti s kritikou ústavní péče se v řadě zemí západního světa začaly v šedesátých letech dvacátého století rozvíjet komunitní týmy duševního zdraví. Rozvoj těchto týmů umožnil přesunout péči o pacienty z ústavů do komunity. Cochranův přehled komunitních programů ukázal, že rozvoj komunitních týmů duševního zdraví vedl ke snížení míry sebevražd, zlepšil spolupráci pacientů se službami a péče těchto týmů byla pacienty přijímána lépe než péče v psychiatrických nemocnicích (Tyrrer a kol., 1999). Prokázalo se, že komunitní péče také snižuje počet dní pobytu pacientů v nemocnici, nikoli však počet přijetí (Marshall et al., 1995). V současné době jsou komunitní multidisciplinární týmy nedílnou součástí moderních služeb duševního zdraví.

Komunitní týmy duševního zdraví však byly v průběhu svého vývoje také kritizovány za nejednoznačné a někdy příliš ambiciózní cíle. Cílem kritiky byla i tendence zanedbávat lidi s nejnáročnějšími potřebami zdravotní a sociální péče (Patmore & Weaver, 1991; Sayce a kol., 1991).

Budování a udržování efektivního týmu duševního zdraví vyžaduje odhodlání, jasný účel, sdílenou vizi a účinnou zpětnou vazbu (Burns & Guest, 1999). Efektivní tým by měl mít jasné cíle, ke kterým by se měl vztahovat každý jeho člen, tedy „přesné a efektivní sdělování myšlenek a pocitů; distribuovaná účast a vedení; vhodné a účinné rozhodovací postupy; produktivní kontroverze; vysoká míra důvěry, přijetí a podpory mezi členy; vysoká úroveň soudržnosti; konstruktivní řízení moci a konfliktů; a adekvátní postupy řešení problémů“ (Anantraman, 1984).

I když zárodky komunitních týmů duševního zdraví na našem území začaly vznikat již krátce po sametové revoluci, jejich plný rozvoj teprve probíhá. Následující text, který vychází ze zahraničních zkušeností, se snaží být příspěvkem k tomuto procesu.





2. DEFINICE KOMUNITNÍ PÉČE

Proces reformy péče o duševní zdraví je procesem, kdy dochází k náhradě služeb, přičemž je dominantní část zdrojů investována do komunitních služeb namísto do ústavní péče. Komunitní týmy duševního zdraví jsou páteří tohoto systému, proto je důležité definovat podstatu komunitní péče a rozumět jí. Předkládaná definice komunitní péče o duševní zdraví zdůrazňuje několik základních problémů.

Za prvé: Komunitní péče o duševní zdraví zahrnuje: a) populační přístup, b) pohled na pacienty v socioekonomickém kontextu, c) individuální i populační prevenci, d) systémový pohled na poskytování služeb, e) otevřený přístup ke službám, f) týmové služby, g) dlouhodobou celoživotní perspektivu, h) nákladovou efektivitu z hlediska počtu obyvatel. Zahrnuje také závazek k sociální spravedlnosti tím, že se zabývá potřebami tradičně nedostatečně vybavených populací, jako jsou etnické menšiny, bezdomovci, děti a mladiství a přistěhovalci, a poskytování služeb tam, kde se nacházejí ti, kteří to potřebují, a způsobem, který je přijatelný a také přístupný.

Za druhé: Komunitní péče o duševní zdraví se nezaměřuje pouze na deficity a postižení lidí (perspektiva nemoci), ale také na jejich silné stránky, schopnosti a aspirace (perspektiva uzdravení). Služby a podpora tak mají za cíl zlepšit schopnost člověka vyvinout si pozitivní identitu, zahránovat zkušenost s nemocí, samostatně zvládat nemoc a vykonávat osobně ceněné sociální role.

Za třetí: Komunitní péče o duševní zdraví zahrnuje komunitu v široce definovaném smyslu. Jako důsledek druhého bodu klade důraz nejen na snižování nebo zvládání nepřízně životního prostředí, ale také na silné stránky rodin, sociálních sítí, komunit a organizací, které obklopují lidi s duševním onemocněním.

Za čtvrté: Komunitní péče o duševní zdraví prolíná medicínu založenou na důkazech a praktickou etiku. Vědecký přístup ke službám upřednostňuje použití nejlepších dostupných údajů o účinnosti intervencí. Lidé, kteří trpí duševními chorobami, mají zároveň právo porozumět svému nemocem, zvážít dostupné možnosti intervencí a jakékoli dostupné informace o jejich účinnosti a vedlejších účincích a mít své preference zahrnuté do procesu sdíleného rozhodování.





Komunitní péči o duševní zdraví tudíž definují následující principy a postupy potřebné k podpoře duševního zdraví místní populace:

- a) řešení potřeb populace způsoby, které jsou dostupné a přijatelné;
- b) stavění na cílech a silných stránkách lidí s duševním onemocněním;
- c) podpora široké sítě podpor, služeb a zdrojů odpovídající kapacity;
- d) zdůraznění služeb, které jsou jak založené na důkazech, tak orientované na zotavení.





3. SPECIALIZOVANÉ VERSUS UNIVERZÁLNÍ KOMUNITNÍ TÝMY

Thornicroft ve svém modelu vyvážené péče popisuje základní komponenty komunitních služeb dle výšky příjmů dané země následovně:

NÍZKOPŘÍJMOVÉ ZEMĚ	STŘEDNĚ PŘÍJMOVÉ ZEMĚ	VYSOCE PŘÍJMOVÉ ZEMĚ
Primární péče s podporou specialistů	Primární péče s podporou specialistů	Primární péče s podporou specialistů
	Všeobecná péče o zdraví pro dospělé	Všeobecná péče o zdraví pro dospělé
	Ambulance	Specializované ambulance
	Komunitní týmy	Specializované komunitní týmy: 1. týmy včasné intervence 2. asertivní komunitní týmy
	Akutní lůžková péče	Alternativy akutní hospitalizace: 1. krizové týmy 2. krizové komunitní rezidenční služby 3. akutní stacionáře
	Dlouhodobá rezidentní komunitní péče	Komunitní alternativy komunitních rezidenčních služeb včetně modelu housing first
	Služby podpory v zaměstnávání	Širší škála modelů zaměstnávání včetně IPS modelu

V tomto spíše „anglosaském“ konceptu se předpokládá, že s vyšší mírou zdrojů plynoucích do péče o duševní zdraví dochází k větší specializaci komunitních týmů. Nicméně se ukazuje, že s větším množstvím různých typů týmů v jedné lokalitě dochází k většímu množství „třecích ploch“, tedy k rozhodování, jaký tým se o jakého klienta má starat. Dochází k nutnosti definice





cílových skupin, formalizování překládů z jednoho týmu do druhého a může docházet i k narušení kontinuity péče.

Italský model na druhou stranu více pracuje s univerzálním týmem, kdy všechny potřebné funkce (včasné intervence, asertivní práce, krizové intervence) jsou zahrnuty v jednom týmu.

Ve Velké Británii se u zkušených komunitních týmů taktéž ukazuje, že jsou schopny integrovat funkce, které byly v určité fázi delegovány na specializované týmy.





4. ZÁKLADNÍ OBLASTI URČUJÍCÍ EFEKTIVITU PRÁCE TÝMŮ

Multidisciplinární komunitní týmy se ukazují jako velmi efektivní nástroj péče o osoby s duševním onemocněním, obzvláště o osoby se závažným duševním onemocněním s komplexními potřebami. Nicméně oproti práci samostatně pracujícího odborníka se jedná o poměrně komplikovaný „sociální systém“. Týmy předčí samostatně pracující jednotlivce, zvláště když výkon vyžaduje více dovedností, úsudků a zkušeností. Úspěšné týmy spojují vzájemně se doplňující dovednosti a zkušenosti, čímž zajišťují, že týmové schopnosti jsou větší než součet individuálních schopností v týmu.

Je důležité mít definovány základní oblasti, které dobrou efektivitu týmu určují. Thorne (1992) identifikoval sedm základů efektivit týmů: jasnost poslání, pravidla, role, vztahy, rituály, odměny a výsledky.

V následujícím textu se snažíme popsat pět základních oblastí, které jsou klíčové pro efektivní fungování komunitního týmu.

Rozhodování v týmu

Forma spolupráce jednotlivých členů týmu, respektive způsob rozhodování, je jedním z klíčových faktorů efektivit týmu. Demokratická a konsenzuální forma rozhodování, která respektuje a zvažuje všechny názory v týmu, je obvykle považována za vhodný model pro multidisciplinární práci. Bezhraniční klima však není totéž co demokracie. Ve skupině s naprostou volností pro individuální rozhodování se udělá méně práce a je často horší kvality (Onyett, 1997). Na druhou stranu autokracie může vytvářet nepřátelství a agresi, stejně jako submisivní chování. V demokratické skupině je týmová práce otázkou společné diskuse a týmového rozhodnutí. Takové skupiny podporují kreativní způsoby práce, motivují členy k dobrým výkonům a zlepšují morálku. Avšak pokud jsou v týmu skryté mocenské boje, demokracie bývá jen formální a vztahy v týmu mohou být velmi napjaté a komplikované. Debaty o rozdílných pohledech na míru kontroly klientů nebo o rozdílech mezi biologickým a psychosociálním konceptem péče se mohou stát nástrojem bitev v týmu a mohou vést ke zvýšení konfliktní atmosféry (Lang, 1982).

Vedení týmu

Na charakter fungování týmu, včetně toho jak probíhá rozhodování v týmu, má značný vliv způsob vedení týmu. Na základě stylů vedení lze týmové vedoucí obecně rozdělit na sólové vedoucí a týmové vedoucí (Belbin, 1993). Sóloví lídři mají sklon k direktivnímu vedení, velkou





část rozhodnutí drží ve vlastních rukou. Většinou se silně zaměřují na dosažení stanovených cílů spíše než na harmonii mezi pracovníky. Často si nárokují zásluhy za dosažené úspěchy. Tento styl vedení může být ostatními členy týmu vnímán jako autoritářský a může být pro celkové týmové fungování poměrně destruktivní.

Naproti tomu týmový vedoucí („první mezi rovnými“) umí delegovat zodpovědnosti, staví na rozmanitosti, vyhledává a vychovává talenty, rozvíjí kolegy a stará se o společnou vizi. U takových vůdců je méně pravděpodobné, že si budou nárokovat osobní zásluhy za úspěchy. Budou se spíše snažit vytvářet příležitosti pro ostatní. V týmu pro duševní zdraví poskytuje efektivní vedoucí dobrý management, má jasnou vizi, rozumí místním a národním problémům, je si vědom skupinové dynamiky a silných a slabých stránek jednotlivých členů týmu.

Vedení týmu nemusí být nutně svěřeno psychiatrovi. Většinou je spíše výhodné, když role psychiatra je v týmu spíše rolí experta a konzultanta pro ostatní členy než rolí formálního vedoucího týmu (Onyett & Smith, 1998).

Týmové role

Sdílený pohled na definici, stanovení priorit, hodnocení rizik, alokaci zdrojů a delegování odpovědnosti v rámci týmu je zásadní pro dosažení účinnosti. Pokud je tým složen převážně z výrazných, kreativních individualit s vysokým intelektem, nemusí to být vždy výhra. Tito členové se mohou snažit přesvědčit ostatní, že jejich přístup je ten správný, spíše než aby pracovali na shodě na společném cíli. Takové týmy jsou pak náchylné k destruktivním debatám, mají potíže s rozhodováním a mohou trávit více času analýzou a kontraanalýzou myšlenek.

Důležité je, aby se tým skládal z různých typů osobností, kdy každá je schopna zastávat určitou týmovou roli: inovátor, kritik, dotahovač a další (Belbin, 1993). Způsobilost pro určitou týmovou roli nemusí být nezbytně vázána na profesní roli. Osobní střety v práci jsou často střety rolí a dobré týmy se jim vyhýbají tím, že zajistí shodu mezi vlastním hodnocením rolí jednotlivých členů týmu a hodnoceními ostatních členů týmu (Onyett & Smith, 1998).

Efektivní systém rozdělování práce

Dobře pracující týmy potřebují strukturovaný a spravedlivý systém přidělování práce pro své jednotlivé členy. To vyžaduje dobrý systém určování priorit, vyhodnocování rizik, určení toho, jak tato rizika zvládat a kdo z týmu má nejlepší předpoklady určený úkol zvládnout. K efektivnímu využití kapacit a přidělování práce jednotlivým členům je také důležité určit, co





služba týmu jako celek může a nemůže svým klientům poskytnout. Proto je mimo jiné důležitá spolupráce s dalšími segmenty, například s primární zdravotní péčí.

Rutinní kontroly stabilních pacientů a zdvojování práce mezi členy týmu je plýtvání energií týmů a může snižovat kapacity pro práci s klienty s vyšším rizikem (Appleby, 2000).

Prevence „vyhoření“ členů týmu

Výzkumy ukazují, že efektivita komunitních týmů duševního zdraví velmi závisí na vysoké motivovanosti a oddanosti, na osobním nasazení členů týmu (Coid, 1994). Nicméně je prokázáno, že dlouhodobé vysoké pracovní nasazení členů týmů je spojeno s rizikem vyhoření. Termín vyhoření se používá ke conceptualizaci dlouhodobého negativního účinku takového stresu a zahrnuje emoční vyčerpání, tendenci k rozvoji cynických a negativních postojů k ostatním a negativní sebehodnocení, zejména pokud jde o osobní úspěchy v práci (Maslach & Jackson, 1986). Přítomnost syndromu vyhoření může ovlivňovat zvýšení fluktuace členů týmu a to pak může mít další negativní efekt na jeho stabilitu a výkon (Wykes et al, 1997). Proto je zapotřebí zavést kulturu péče o pracovníky, o jejich duševní zdraví (Prosser et al., 1996).



5. SOUHRN

Komunitní týmy duševního zdraví jsou v transformovaných systémech péče o duševní zdraví hlavním nástrojem pomoci osobám s vážnějším duševním onemocněním, včetně dětí a jejich rodin, osobám staršího věku, osobám s problematikou závislosti. V jednotlivých zemích mohou mít různá označení, ale základní principy jsou shodné:

- Multidisciplinarita
- Týmová spolupráce
- Individuální přístup
- Case management
- Orientace na všechny potřeby klienta
- Orientace na zotavení
- Spolupráce a využívání všech dalších relevantních služeb a komunitních zdrojů
- Regionální působení

Významnou je mimo jiné intenzivní spolupráce s lůžkovými službami. Oproti „klasickému modelu“ jsou akutní lůžkové služby spíše „zdrojem“ pro komunitní týmy než naopak. Existují rovněž modely, kdy komunitní tým je zodpovědný za svého klienta i v době hospitalizace a také lékař týmu zůstává ošetřujícím lékařem klienta v době hospitalizace. Tato praxe je například zavedena v některých MHT (Mental Health Trust) ve Velké Británii, a to jak u specializovaných AOT (Assertive Outreach Teams), tak u základních komunitních týmů. Do značné míry hraje roli ochota psychiatra týmu tuto zodpovědnost na sebe vzít (J. Schneider, 2018).

Ze strany komunitních týmů je v současné době zřetelná i značná snaha o budování alternativ akutní hospitalizace.

Tématem, které je předmětem řady odborných diskusí, zůstává, nakolik v rámci jedné lokality budovat více specializovaných týmů (jak dle typu situace klienta či jeho věku) a nakolik jít cestou jednoho univerzálního týmu v jedné lokalitě. Tato otázka je o to více aktuální, o co více má region, kde tým operuje, spíše venkovský charakter a dojezdové vzdálenosti jsou o mnoho větší než v městské aglomeraci.

6. POUŽITÁ LITERATURA

Anantraman, V. (1984) Teambuilding. In Human Resource Management: Concepts and Perspectives (eds V. Anantraman, L. Chong, S. Richardson, et al). Singapur: Singapore University Press.

Appleby, L. (2000) Bezpečnější služby: závěry ze zprávy National Confidential Inquiry. Pokroky v psychiatrické léčbě, 6, 5–15.

Beck, A., Croudace, T. J., Singh, S., et al. (1997) Studie akutního užívání lůžka v Nottinghamu: alternativy k akutní psychiatrické péči. British Journal of Psychiatry, 170, 247–252.

Belbin, R. M. (1993) Týmové role v práci. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Bindman, J., Beck, A., Glover G., et al. (1999) Hodnocení politiky duševního zdraví v Anglii. Přístup k programu péče a registry dohledu. British Journal of Psychiatry, 175, 327–330.

Brooker, C., Falloon, I., Butterworth, A., et al. (1994) Výsledek školení komunitních psychiatrických sester k poskytování psychosociální intervence. British Journal of Psychiatry, 165, 222–230.

Burns, T. & Guest, L. (1999) Vedení asertivního komunitního léčebného týmu. Pokroky v psychiatrické léčbě, 5, 348–356.

Creed, F., Fahy, T., et al. (1999) Intenzivní versus standardní case management pro těžké psychotické onemocnění: randomizovaná studie. The Lancet, 353, 2185–2189.

Schneder, J., Brandon, T., Woof, D., Carpenter, J., Paxton, R., Assertive outreach: policy and reality: Published online by Cambridge University Press:02 January 2018.