



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

Webinář na téma „Krizové a akutní (komunitní) služby“

Autoři dokumentu: MUDr. Jan Pfeiffer (MZČR), John Jenkins (IMHCN)

Datum webináře: 29.1.2021, 15:00 – 17:00

Cílem webináře je přispět do aktuálně probíhající debaty o tom, jaké komponenty by celý systém krizové a akutní péče měl obsahovat a jak nastavit základní filozofii této služby.

V rámci semináře budou zahraničními kolegy prezentovány zkušenosti z míst, kde je rozvinut, či se rozvíjí komplexní, regionální systém krizové a akutní komunitní péče, jako doplnění, v řadě případů i alternativa, k akutní lůžkové, nemocniční péči.

Budou prezentovány příklady, které jsou založeny na principu zotavení a principu komplexnosti podpory, tak zvaný „whole life- whole system“. Jedná se o systémy, které nejsou primárně orientovány na to, co chybí, ale reflektují celistvost života té které osoby (seeing wholes not holes). Tyto systémy jsou flexibilní, umožňují vzájemné propojování a kooperaci různých služeb a zdrojů pomoci v komunitě. Jako krajně významné se ukazuje potřeba sdílení stejných hodnot a principů v rámci regionálního systému krizové- akutní pomoci. Základní principy takové služby možnost shrnou to následujícího:

- Krizovou situaci brát jako příležitost jedince ke změně. Jako signál, že není čas na pokračování nefunkčních, přežitých životních strategií bezmoci a beznaděje. Jako kritický čas pro reflexi a pozitivní růst k novému sebeurčení, ne deterioraci.
- Práce na rozpoznání dramatického emočního otřesu nebo nepříznivé životní situace by mělo být orientováno na postup na cestě zotavení jedince, ne 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 a k nim využívá různé zdroje různých: finančních obtíží, fyzického zdraví, pracovního stresu, environmentálních faktorů, rodinných problémů atd.
- Kontakt a vztah vytvořený mezi uživatelem a profesionálem v jedné části služby by měl být stejný důvěryhodný terapeutický vztah ve všech částech systému služeb.
- Sdílená odpovědnost mezi uživatelem, členem rodiny, profesionálními službami při vytváření prostoru pro „pozitivní riziko“.
- Na zotavení orientovaný systém krizové pomoci by měl být alternativou k redukcionistickému medicínskému modelu, alternativou k řešení krize umístováním do nemocničního, lůžkového zařízení.

Materiál nevyjadřuje oficiální stanovisko Ministerstva zdravotnictví, ale představuje prostor pro diskuzi a sdílení zkušeností a názorů odborníků v rámci systému péče o duševní zdraví.





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

- Služby by měly být „šité na míru“ konkrétnímu člověku, jeho osobní historii a zkušenostem, ne kontrole nemoci či chování.
- Plně využívat „unikátnost krize“ toho kterého člověka.
- Maximální využívání komunitních zdrojů.
- Krizová pomoc by měla napomáhat zvýšit znalost toho kterého člověka o jeho (komplexních) potřebách.
- Krize jako potřeba zvýšené komunikace klienta se službami, jako potřeba zvýšení sociální viditelnosti.
- Potřeba strategického a efektivního přístupu, který je jedinečný a humánní s komplexním a otevřeným novým přístupem.

Pro komplexnost systému je potřeba, aby v něm byly obsaženy následující komponenty:

Jeden vstup do systému (Referral Pathways)

V řadě systémů se lidé v krizové- akutní situaci dostávají k potřebné službě různými, někdy velmi komplikovanými cestami (jsou odvezeni policií, záchrankou, doporučení CDZ, obvodním lékařem, ambulantním psychiatrem...). Triage model znamená, že v jednom místě, které je vstupem do systému krizové- akutní pomoci v daném regionu dochází k hodnocení potřeb dané osoby a poté předání (zapojení-napojení) na adekvátní pomoc-službu. Jedná se o způsob, jak zjednodušit a zlepšit otevřený přístup k pomoci, která je v té které situaci zapotřebí, respektive optimální.

Konkrétní podoby Triage modelu se různí. V Paříži krizové týmy (s relativně velkou spádovou oblastí) udělají základní analýzu potřeb, základní intervenci (pokud potřeba) a základní plán, v kterém pak pokračují komunitní týmy, včetně případné domácí hospitalizace či jiné služby (které krizový tým kontaktuje). V jiných modelech je „roztřídování“ umístěno na pohotovostní službu místní všeobecné nemocnice. Daný tým za klientem může i vyjet, pokud nutno. Nicméně úkolem týmu je určit potřeby a napojit ke klientovi další potřebné služby.

Krizová mobilní intervence

První služby, které se snažili podporovat osoby s duševním onemocněním v domácím prostředí spíše než je hospitalizovat vznikaly v USA a Kanadě. V UK, Norsku? se v posledních 20 letech rozvinuly specializované krizové týmy. Jejich základní charakter je flexibilita, mobilita. Chodí za klientem, ne klient za nimi. V jejich rejstříku je komplexní pomoc klientovi i jeho sociálnímu prostředí. Součástí služby bývá i intenzivní forma péče povětšinou nazývaná „domácí hospitalizace“. Jsou však modely, kde domácí hospitalizace je samostatnou službou. Péče

Materiál nevyjadřuje oficiální stanovisko Ministerstva zdravotnictví, ale představuje prostor pro diskuzi a sdílení zkušeností a názorů odborníků v rámci systému péče o duševní zdraví.





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

„krizového“ týmu je povětšinou limitovaná na dobu několika týdnů. Jeden tým je schopen se v jednom časovém úseku starat cca o 30 intenzivních klientů. Týmy jsou navázány na akutní lůžka. Hospitalizace na klasických lůžkách je umožněna (až na výjimky) na základě jejich doporučení. V řadě zemí jsou funkce krizové intervence integrovány do funkce všeobecných týmů duševního zdraví (v zásadě CDZ).

Nedostatek integrovaného modelu může být „menší specializace v krizových intervencích“, širší škála úkolů pro členy týmu. Předností je lepší kontinuita péče, lepší znalost a spolupráce týmu s danou komunitou. Na druhou stranu Universální tým může mít větší schopnost holistického, na zotavení orientovaného přístupu. Specializovaný krizový tým (zvláště pokud je pod tlakem) může snáze sklouznout k „řešení problému“ než zotavení.

Nicméně ať je funkce mobilní krizové intervence jako samostatná služba, nebo jako služba integrovaná do základních komunitních týmů, v každém případě je tato funkce jednou ze základních funkcí efektivního krizového- emergentního systému.

Krizová denní centra

Jedná se o formu denních center či stacionářů, kdy délka pobytu může být i velmi krátkodobá. Nicméně program by měl být velmi individualizován a velmi flexibilní. Poměr pracovníků a klientů by měl být velmi nízký (tedy málo klientů na jednoho pracovníka).

V portfoliu denních krizových programů v daném regionu by měly být intervence zaměřené jak na osoby v psycho- sociální krizi, tak osoby s duševním onemocněním, u kterých dochází k akutnímu zhoršení stavu.

Programy mohou být v rámci jedné služby, ale může být i z výhodou programy pro tyto dvě základní skupiny mít odděleně.

Krizová lůžka

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

Bylo zjištěno, že tato komponenta- služba je velmi efektivní při zajišťování řešení krizí. V řadě oblastí 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 celého života. Model je velmi preferován uživateli i rodinnými příslušníky. Model zajišťuje i větší integraci do místní komunity (oproti psychiatrickému oddělení či nemocnici). Oproti práci na lůžkovém oddělení poskytuje větší uspokojení z práce zaměstnancům.

Hostitelské rodiny

Materiál nevyjadřuje oficiální stanovisko Ministerstva zdravotnictví, ale představuje prostor pro diskuzi a sdílení zkušeností a názorů odborníků v rámci systému péče o duševní zdraví.





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

Jsou založeny na zkušenostech s programy pěstounské podpory dospělých, ale pokročily ve využití přirozené struktury domácího –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 2 týdnů. Hostitelské rodiny jsou přijímány, školeny a placeny. Někdy se také používají k umístování lidí za účelem prevence krize.

Tento model je vysoce kladně hodnocen klienty, ale i samotnými hostitelskými rodinami i profesionály

Uživatelé z nich zaznamenávají velmi pozitivní zážitek a jsou vysoce oceňováni hostitelskou rodinou a profesionály v oblasti duševního zdraví. Na některých místech výrazně omezili použití akutních lůžek. Jsou velmi nákladově efektivní alternativou k drahým klasickým psychiatrickým akutním lůžkům.

Peer krizové- klidové domy zotavení (Sanctuary Houses)

Během posledních 10 let se ve Velké Británii a na mezinárodní úrovni objevily různé modely této služby. Byly vyvinuty jako útulnější, drobná rezidenční alternativa k nemocniční péči. Poskytují uživateli čas a prostor, aby se mohli zamyslet nad svou životní historií, využít svůj životní příběh a silné stránky k potlačení epizody v jejich životě, která způsobuje jejich krizi. Na některých místech byly poskytovány konkrétním skupinám, ženám, menšinovým etnickým skupinám atd. Nazývají se také krizové domy typu peer-run. Mají silný na uzdravení a svépomocné orientovaný étos. Jsou spravovány a provozovány hlavně uživateli služeb. Poskytují mnoho alternativních strategií zvládnutí, příležitosti pro sebeurčení, masáže, poradenství, výcvik dovedností, meditaci, víru, umění a kulturu, sport a volný čas, posilování odpovědnosti atd. Snaží se zahrnout a využít přirozené zdroje místní komunity.

Komunita zotavení (Recovery house)

Centra- domy zotavní nabízí uživatelům i jejím rodinným příslušníkům příležitost pracovat na cestě procesu zotavování. Klíčovým principem je, že všichni zúčastnění jsou rovnocenným a plným partnerem v procesu vývoje a implementace.

Práce začíná sdílením a porozuměním „klinického příběhu“ a vytvářením vlastního celistvého životního příběhu (integrace „ nemoci“ do životního příběhu). Na tomto základu a na základě uvědomění svých snů a životních cílů si pak každý vytváří svůj individuální plán zotavení. Realizace tohoto plánu je pak vyjednávána se službou, rodinnou i celou sociální sítí klienta. Je na klientu rozhodnou jakou podporu potřebuje, jakou službu obecně využije i jakou podporu potřebuje od služeb duševního zdraví. Je zásadně důležité, aby uživatelé služeb a členové

Materiál nevyjadřuje oficiální stanovisko Ministerstva zdravotnictví, ale představuje prostor pro diskuzi a sdílení zkušeností a názorů odborníků v rámci systému péče o duševní zdraví.





Projekt „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“ reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007038 rodiny byli do procesu plně zapojeni od začátku. Aby se lidé mohli vydat na cestu zotavení, je nezbytný čas a prostor. Délka pobytu je flexibilní. Ale jako nejlepší praxe se však doporučuje minimálně šest měsíců. Může být alternativou k středně dobré hospitalizaci. Komunita pro zotavení poskytuje zvláštní podporu v těchto oblastech:

- Rozvoj spolu- vlastnění společného cíle zotavení v rámci společenství pro zotavení.
- Podpora zotavení rodiny a vzdělávací programy pro rodiny.
- Práce s jednotlivými rodinami na jejich klíčových otázkách a obavách.
- Ovlivňování dalších (okolních) složek péče o duševní zdraví tak, aby chápaly význam orientace na zotavení a aplikovaly tuto filosofii a přístupy ve své práci (se stávajícími a budoucími klienty a jejich rodinami).
- Specifické způsoby práce se zkušenostmi klientů týkajících se: medikace, paranoie, spánku, strachu, hněvu, hlasů, sebepoškozování, zdraví a duševní pohody.

Týmy 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 s potřebou bydlení, kteří mají potíže s hledáním a udržováním svého ubytování. Pracují s lidmi, kteří jsou bezdomovci, jimž hrozí vystěhování nebo v nevhodném či nejistém bydlení.

Pomáhají lidem pracovat na rozvoji nebo opětovném získání dovedností pro nezávislý život vytvořením individuálního plánu podpory 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 nutno přistoupit k jejich přemísťování mimo místo, kde právě jsou.

Práce a zaměstnání

Komplexní systém podpory práce a zaměstnání by měl obsahovat

- Odborné vzdělávání
- Rozvoj dovedností
- Individuální umístění a podpora v zaměstnání
- Univerzitní a vysokoškolské kurzy
- Práce na plný nebo částečný úvazek v otevřeném zaměstnání

Materiál nevyjadřuje oficiální stanovisko Ministerstva zdravotnictví, ale představuje prostor pro diskuzi a sdílení zkušeností a názorů odborníků v rámci systému péče o duševní zdraví.





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

- Samostatná výdělečná činnost jako obhájci, školitelé, vychovatelé
- Příležitostná práce jako prostředek k získání důvěry.
- Dobrovolnictví v komunitní práci.
- Rozvoj sociálních firem nebo sociálních podniků

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

Materiál nevyjadřuje oficiální stanovisko Ministerstva zdravotnictví, ale představuje prostor pro diskuzi a sdílení zkušeností a názorů odborníků v rámci systému péče o duševní zdraví.

