

KONCEPCE KRIZOVÝCH SLUŽEB

MUDr Jan Lorenc

Konference sociální psychiatrie Ústí nad Labem 2023

RADA VLÁDY PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

k implementaci programu prevence duševního onemocnění do škol a podpoře primární prevence. Uvedl, že Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy spolupracuje v tomto bodě s Národním ústavem pro duševní zdraví, mají vedením ministerstva schválený konkrétní plán. V nejbližších týdnech začne proškolení školních psychologů, výchovných poradců, preventivistů a dalších v programu, který Rada uložila.

David Šmehlík, zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny k definování páteřní sítě center krizové intervence informoval, že je úkol splněn – síť byla vydefinovaná ve spolupráci s reformou psychiatrické péče, odbornými společnostmi a partnery. Cílem je zajištění prvního kontaktu v krizi a nasměrování pacienta do systému. Předpokládá se zajištění provozu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, nepřetržitá ambulantní péče pro zvládnutí krize, elektronická krizová intervence a dostupnost zdravotnických pracovníků (psychiatrů, psychologů, zdravotních sester a dalších). Nyní nastává fáze implementace – v květnu proběhne diskuse na platformě a jednání se zástupci poskytovatelů, v červnu se zřídí odbornost a nasmlouvají centra. Tento typ urgentního příjmu by se budoval v rámci fakulturních nemocnic v krajích.

Stránka 3 z 8

Úřad vlády České republiky



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Zřízení sítě je reakcí na snížení dostupnosti péče v oblasti duševního zdraví v období pandemie, ale také na medicínskou potřebu propojení primární péče (praktických lékařů pro děti i dospělé, záchranné služby) na centra krizové intervence. Některá centra už existují, nyní jde o definování základní páteřní sítě hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Předpokládán je další vývoj, tedy rozšiřování sítě a doplňování o další funkční prvky.

Petr Arenberger k obraně proti hoaxům a dezinformacím uvedl, že je připravena k podpisu smlouva s Prague Security Studies Institut, který bude připravovat jednotlivé problematické body i zpracovávat postupy, jakým způsobem s těmito hoaxy a dezinformacemi pracovat.

Bod č. 3

Návrh postupu a realizace opatření v době epidemie COVID-19 pro oblast prevence

NÁMITKA ADSKC

Stanovisko ADSKC k „Páteřní síti center krizové péče (CKP)“

Dokument „Páteřní síť center krizové péče (CKP), který reaguje na psychickou zátěž v době pandemie Covid 19, a chce alespoň částečně zajistit péči o jednotlivce v krizové situaci ze všech skupin populace.

Jde tedy jistě o bohužel záměr, otázka je, do jaké míry tento záměr zapadá do celkové strategie reformy psychiatrické péče a do jaké míry naplňuje standardy krizové intervence tak, jak ji v různých komunitních zařízeních kultivujeme již desítky let.

Ethosem psychiatrické reformy je přenesení systému psychiatrické péče z velkých a nemocničních zařízení do komunity, tj. poskytování péče rozvinou sítě poskytovatelů, kteří jsou blízko komunitě; komunitní služby – včetně služeb krizových – se řídí určitými principy;

Krizová péče v rámci urgentního příjmu nemocnic sice tyto principy částečně naplňuje (nepřetržitý provoz), avšak velmi formálně a podmínky na urgentních příjmech nemocnic jsou koncipovány a vedeny především s cílem zachraňovat život či být vstupní branou na jednotlivá oddělení nemocnic, nemohou však zajistit bezpečné, vstřícné prostředí, v kterých by bylo možné poskytovat krizovou intervenci odborným způsobem lidem, kteří jsou v psychické krizi;

je třeba odlišovat, že čistě somatická medicina vyžaduje takové intervence a postoje, které se osvědčují v život ohrožujících stavech a jsou dnes velmi instrumentálně náročné a často i invazivní.

Krizová intervence u psychické krize vyžaduje naopak podmínky radikálně odlišné – bezpečné prostředí, vnitřní bezbariérovost (civilní prostředí, útulné podmínky, chránící pacienta před vnějšími stimuly), které není možné na urgentním příjmu zajistit; to se týká i vnější dostupnosti – urgentní příjem je místem, kam nejdu dobrovolně – většinou jsem tam přivezen v akutním stavu – tzn. že většina pacientů se ani neodhodlá jít žádat o pomoc.

Reforma psychiatrické péče již dávno postulovala ve svých standardech krizovou péči v rámci modifikace Center duševního zdraví s všeobecnou krizovou péčí (CDZ-K); tyto zařízení by byly dle našeho názoru adekvátní odpovědí v rámci psychiatrické reformy i na potřebu krizové péče v době pandemie;

VÝZVA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

- **Ministersvo zdravotnictví** po obdržení námítky oslovilo ADSKC, zda by mohla vytvořit koncepci krizových služeb
- Následně ADSKC (Petr Hudlička, Kamila Jiříš'ová, Jan Lorenc, Ondřej Pěč, Petr Příhoda) vytvořili dokument, který obsahoval:
- Obecné principy krizových služeb, vznik a vývoj ve světě, medicínskou a nákladovou efektivitu KS, organizaci krizových služeb v okolních zemích, dosavadní vývoj a síť služeb v ČR a typy jednotlivých zařízení s jejich přednostmi i slabinami
- Dále dokument navrhuje doplnění a organizaci rozvoje služeb, navrhuje financování a postup rozvoje

HLAVNÍ VODÍTKA KKS

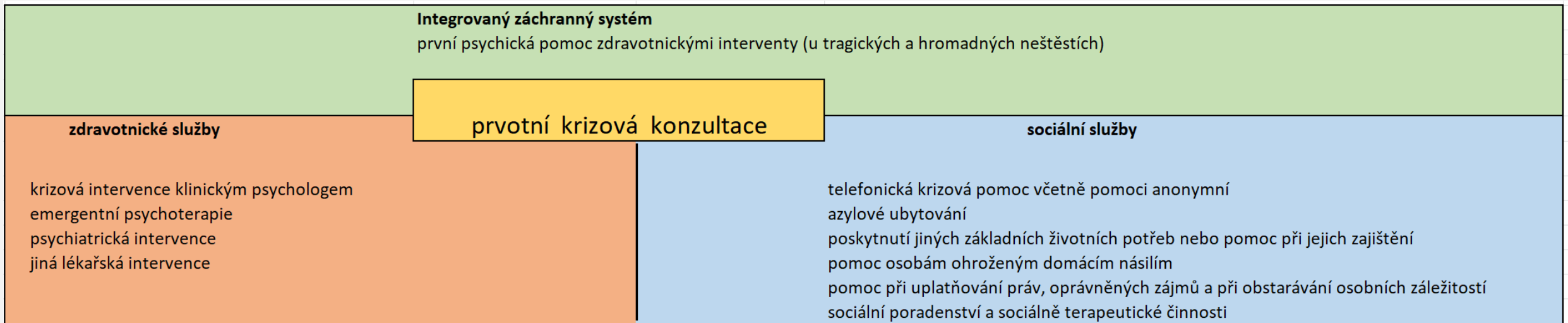
- Koncepce staví na **současné síti a existujících organizacích**
- navrhuje vznik KC, tam, kde **nejsou KS dostupné**
- Klade důraz na **koordinaci KS a na spolupráci mezi organizacemi**
- Navrhuje standard KC
- Popisuje kvalifikaci a vzdělávání

SPOLUPRÁCE

- zprvu Koncepce krizových služeb zahrnovala pouze **zdravotnická** zařízení
- MZ (dr Mička) v následujícím kroku přizval poskytovatele jak krizových služeb v **sociální** oblasti, tak kolegy ze složek poskytujících krizovou pomoc v rámci **IZS**

SPOLUPRÁCE

- v diskuzi všech 3 složek poskytujících služby pro osoby v krizi se zprvu vyjasňovaly hranice jednotlivých oblastí



1. prvotní krizovou konzultaci poskytují jak zdravotnické, tak sociální služby, příp. IZS (pokud je pomoc součástí zásahu složek IZS)

2. další uvedené služby mohou být součástí pomoci osobám v krizi, pokud není intervence jednorázová

3. za základní vodítka, jaké služby se uplatní v dalším průběhu krize, lze považovat:

a) charakter ohrožení: v případě ohrožení života (zdravotnické služby), v případě ohrožení kvality života (sociální služby)

a) podíl intrapsychické složky v krizi - čím více převládá, tím spíše budou využity zdravotnické služby

b) fokus intervence: základní životní potřeby (sociální služby) nebo potřeby psychologické (zdravotnické služby)

SPOLUPRÁCE



SPOLUPRÁCE

- V dalším kroku pak společná pracovní skupina popsala krajinu krizových služeb ve všech 3 oblastech
- Došla k závěru, že je potřeba vytvořit zvláštní kapitolu pro děti a dospívající, v které následně popsala doporučení k tvorbě sítě
- Vypracovala SWOT analýzu služeb a...

EFEKTIVITA KRIZOVÝCH SLUŽEB

- **Murphy et al. 2012:** Krizové služby patří do medicínských postupů založených na důkazech. Snižují opakovaná přijetí k hospitalizaci, vypadávání pacientů z léčby, snižují zátěž rodiny a v tříměsíčním sledování po skončení krize je psychický stav lepší než u standardní péče.
- **Siskind et al., 2013; McCrone et al., 2009, Bengelsdorf et al. 1993; Comans et al., 2013:** Studie ukazují na nižší ekonomické náklady než péče hospitalizační vzhledem k redukci akutní lůžkové péče a k redukci nákladů spojených se suicidálními pokusy
- **Murphy et al., 2012:** Pacienti/klienti i jejich rodiny vykazují větší spokojenost s péčí v případě krizových služeb než u standardní péče. Klinický stav vykazuje rovněž lepší výsledky než u standardní péče.

EFEKTIVITA KRIZOVÝCH SLUŽEB

- **Kiesler, 1982:**
- krizové služby mohou **redukovat lůžkový fond až o 55-66%**
- **Dean et al., 1993; Joy et al., 1998:**
- **pacienti dávají přednost mimonemocničním** formám pomoci při řešení jejich psychické krize
- **Audini et al., 1994:**
- krizové služby mohou zkrátit pobyt na lůžku až o 80%
- **Sledge, W.H., Tebes, J., Wolff, N., Helminiak, T.W., 1996:**
- srovnání hospitalizace a péče v denním stacionáři komb. s krizovou intervencí:
 - Programy prokazují **stejnou efektivitu** léčby,
 - komunitní programy jsou ve srovnání s hospitalizací **levnější pro některé skupiny pacientů**. Snížení nákladů je vyšší pro skupinu ne-psychotických pacientů;
 - rozdíly v nákladech mezi programy jsou dány především **vyššími provozními náklady hospitalizační léčby**;
 - **srovnatelné přímé personální náklady** mohou být důležitým klíčem pro obdobnou léčebnou efektivitu programů

EFEKTIVITA KRIZOVÝCH SLUŽEB

Minghella et al., 1998:

- krizové služby **zvyšují využití ostatních komunitních služeb**
- **snižují potřebu** nemocničních lůžek
- **snižují náklady** na akutní péči
- **snižují počet pacientů**, kteří vyžadují pobyt na akutních lůžkách
- našel velmi **nižší skóre burn-out syndromu a vyšší skóre spokojenosti** u personálu krizových služeb ve srovnání s personálem nemocničních zařízení

Fenton, W.S., Mosher, L.R., Herrell, J.M., Blyler, C.R.

(1998): srovnání hospitalizace a alternativní komunitní péče u pacientů s akutní epizodou závažného duševního onemocnění:

- **Hospitalizace** je častým a velmi nákladným důsledkem závažného duševního onemocnění
- U pacientů, kteří **nevyžadují somatickou zdravotní intervenci** jsou **alternativní programy ohledně efektu léčby srovnatelné s hospitalizací**

EFEKTIVITA KRIZOVÝCH SLUŽEB

- **Fenton, W.S., Hoch, J.S., Herrell, J.M., Mosher, L.R., Dixon, L. (1998):** srovnání nákladů na hospitalizaci na psychiatrickém lůžku a léčbu krizovými službami u pacientů se závažným duševním onemocněním:
 - Léčba akutní epizody onemocnění je v alternativních programech o 44% levnější
 - Léčba v průběhu 6měsíčního sledování je v alternativních programech o 33% levnější
- **Smyth, Hoult, 2000:** léčebné výsledky krizových služeb srovnatelné s hospitalizační léčbou (soubor s 75% podílem funkčních psychóz)

Souhrn:

- vycházejí vstříc potřebám uživatelů a k jejich větší spokojenosti se službami
- léčba v KS je srovnatelně efektivní s hospitalizační léčbou
- snižují počet hospitalizovaných klientů, resp. ji zkracují, pokud je nutná
- snižují celkové náklady

POLSKO

- Zde existuje síť center krizové intervence (OIK – Ośrodki Interwencji Kryzysowej),
- celkem asi 150 center (1 centrum cca na 250 tis. obyvatel), v každém vojvodství 2–15.
- Jde o zdravotně-sociální služby širokého rozsahu (psychologické poradenství, psychoterapie, právní poradenství, sociální poradenství, psychiatrická ambulance, terénní výjezdy, krizová linka).
- Časová dostupnost se liší místo od místa. Některé menší centra mají jen omezenou dostupnost ve všedních dnech. Větší centra mají časovou dostupnost nepřetržitou a jsou spojeny s hostelem (ubytováním), kde klienti/pacienti mohou pobývat po dobu poskytování služeb.

NĚMECKO

- 145 krizových center (1 centrum cca na 570 tis. obyvatel) s různou časovou dostupností, některá jsou dostupná nepřetržitě, alespoň telefonicky, některá mají omezenou dobu provozu.
- Většina center je spíše komunitního typu, krizová centra jsou propojena se sociálně-psychiatrickými centry nebo mimonemocničními službami, jsou však i centra, které jsou v užší vazbě na nemocnice. Mezi služby patří psychologické poradenství, psychoterapie, prevence suicidia, lékařské konzultace.
- V Německu existují též centrální krizové linky, zvláště pro dospělé a zvláště pro děti/mládež. V samotném Berlíně je jednotně organizovaná síť 11 krizových center, časová dostupnost 16-24 hodin denně, poté je od 0-8 hodin otevřeno jedno centrální krizové centrum ve středu města (psychologické poradenství, lékařské konzultace, i návštěvy v domácím prostředí).

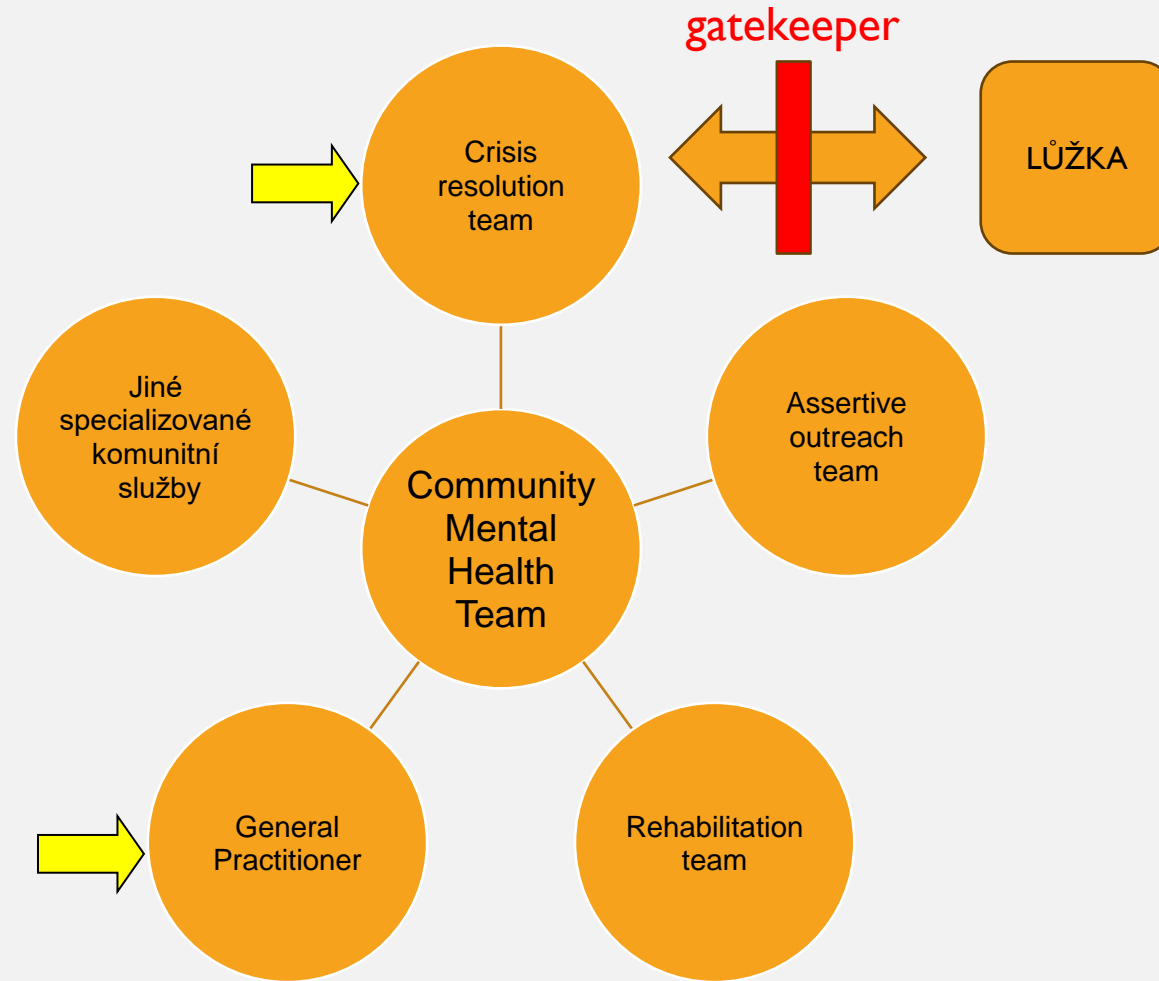
RAKOUSKO

- 40 krizových center (1 centrum cca na 220 tis. obyvatel).
- Vybavenější centra mají nepřetržitou službu, nabízejí krizové intervence (i online), konzultace s psychiatrem, mobilní služby, svépomocné skupiny.
- Část center má komunitní povahu, část je vázána na nemocnice.

ANGLIE

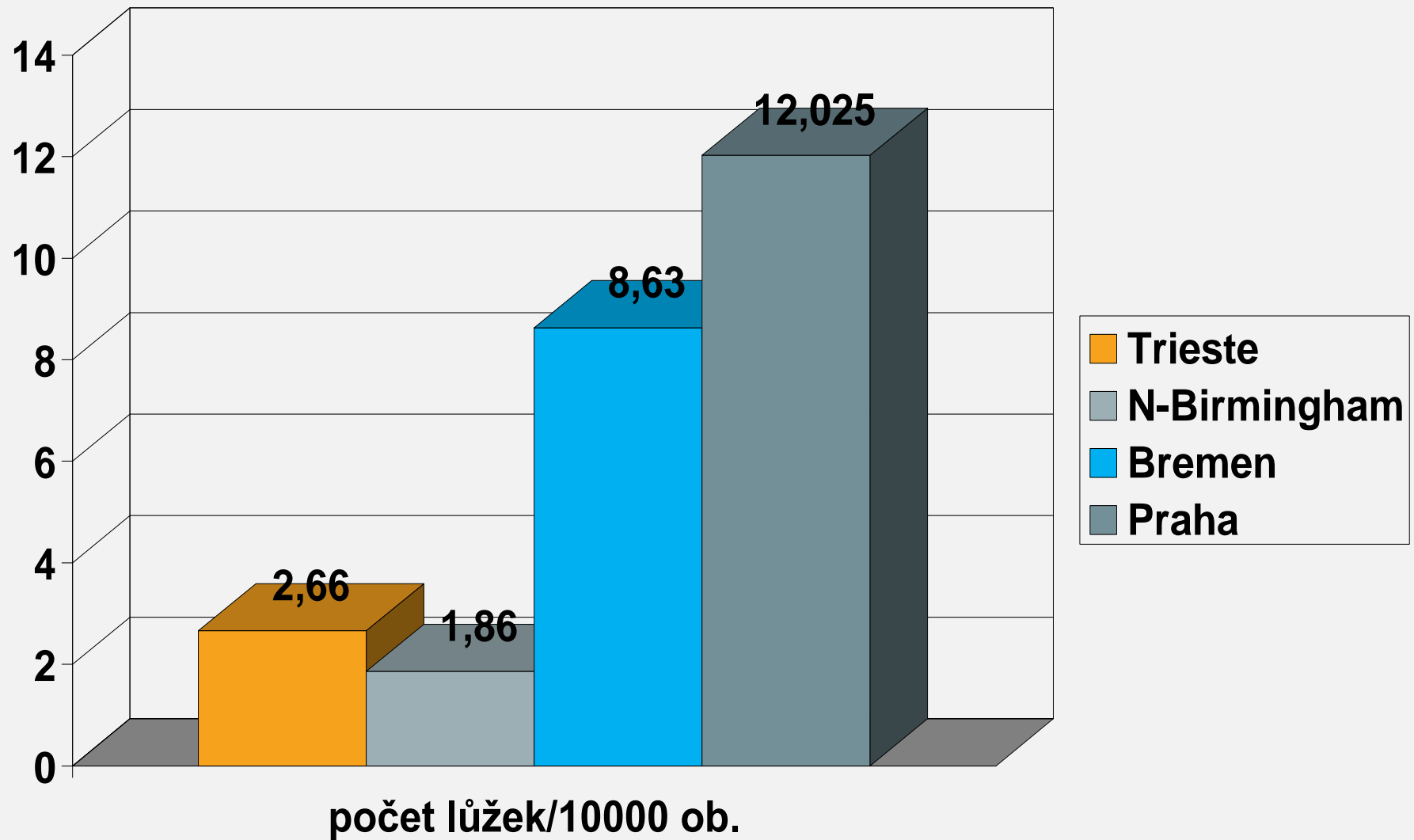
- Vedle toho zde existují krizové týmy (Crisis Resolution and Home Treatment - CRHT), které jsou v každém regionu a které poskytují krizovou intervenci v místě vzniku krize, mohou nabídnout i farmakologickou intervenci a sociální poradenství. Je zde řada celonárodních tísňových linek. Do řešení krizí se také zapojují praktičtí lékaři. V některých nemocnicích jsou emergentní psychiatrická oddělení (Accident & Emergency (A&E) Departments), které řeší život ohrožující stavy, zde se jedná hlavně o sebevražedná jednání.
- zde existuje síť krizových domů (Crisis Houses) s intenzivní krizovou intervencí a maximálním možným pobytem do 14 dnů. Jsou organizovány NHS nebo neziskovými organizacemi.
- Organizace Mind eviduje asi 11 těchto domů v Anglii.

ANGLIE



SROVNÁNÍ T VS. N-B VS. B VS. P: POČTY PSYCHIATRICKÝCH LŮŽEK

JOERG UTSCHAKOWSKI, 2002



DOSAVADNÍ VÝVOJ A SÍŤ KS U NÁS

- ambulantní péče klinických psychologů a psychiatrů před rokem 1989
- Po roce 1989 se začaly rozvíjet diferencovanější a specializovanější krizové služby: prvními zdravotnickými zařízeními byly Centrum krizové intervence v rámci léčebny v Bohnicích, Krizové centrum RIAPS v centru města Prahy, dále Krizová centra vznikající při psychiatrických klinikách (PK VFN v Praze, psychiatrické klinice v Brně a v Olomouci). Současně v průběhu 90. let vznikala krizová centra jako sociální zařízení (krizová pomoc) v Ústí nad Labem, Plzni, Zlíně, Liberci, později v Ostravě, Dětské krizové centrum v Praze, SOS centrum Diakonie.
- Zdravotnická zařízení a některá sociální zařízení (KC Ostrava, Charita Plzeň) poskytují nonstop pomoc, u jiných sociálních zařízení poskytujících krizovou pomoc je služba časově omezená.
- V 90. letech se rozvinula síť linek důvěry s vyškoleným personálem fungující podle standardů vytvořených Asociací linek důvěry.

DOSAVADNÍ VÝVOJ A SÍŤ KS U NÁS

- Od roku 2000 fungovaly při Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov a později i u Esetu a Fokusu mobilní krizové služby pro klientelu těchto zařízení.
- S rozvojem komunitní péče a vznikem CDZ po roce 2017 se krizová intervence a krizová pomoc stává integrálním nástrojem pracovníků CDZ při ošetření akutních stavů, při prevenci a zkracování hospitalizace u populace lidí se závažným duševním onemocněním.
- Krizovou intervenci aktuálně poskytují krizové služby ve zdravotní i v sociální oblasti, a to při zdravotnických zařízeních, zcela samostatně nebo při neziskových a církevních organizacích. Tato síť (vyjma sítě CDZ) vznikala většinou z podnětu a zájmu jednotlivců a neziskových organizací, tedy nesystematicky a nesystémově dle lokálních potřeb, regionálně však poskytují kvalitní krizové služby.
- Také v rámci složek IZS jsou psychologové a zaměstnanci školeni v krizové intervenci a krizové pomoci.

CHARAKTERISTIKA SÍTĚ U NÁS

- Vznikala především z entusiasmů zakladatelů, tudíž nevznikala systematicky
- Síť je roztržštěná, má různé provozovatele, není nikým koordinovaná
- Podléhá schizmatu rozdělení zdravotnické a sociální péče
- Regionálně však poskytuje kvalitní služby

...(CO BYLO - BUDE DÁL?)

- Ještě než byla „Koncepce“ dokončena (po odchodu p. Mičky a Kláry Laurenčíkové práce stojí)...
- MZ připravuje dotaci na vytvoření min. 3 krizových center
- Problematickým bodem výzvy je model KC, který bude výzvou definován:
- parametry:
- Typ poskytované služby (ambulantní, terénní, distanční)
- Zastoupení jednotlivých profesí (1 – 5)
- Doba poskytování (8 hod denně – 24/7)

VÝZVA

- Jakou krizovou službu provozujete?
 - kdo tvoří tým (jaké profese)?
 - kolik má tým členů?
 - Poskytujete službu nepřetržitě nebo omezenou dobu?
 - Měli byste zájem vytvořit krizové centrum a jaké?
-
- lorenc@dpc.cz