

MUDr. Jan Pfeiffer

Kontext a vývoj krizových služeb v zahraničí

Emergentní a krizový stav

Emergentní- nouzový stav v oblasti duševního zdraví je často definován jako život ohrožující situace, ve které je daná osoba nebezpečný pro sebe nebo pro ostatní, zatímco krize není život ohrožující, ale osoba je stále silně ohrožena.

Dle této definice je v emergentní stavu osoba, která se pokouší o sebevraždu, zatímco v krizi je někdo, kdo o sebevraždě uvažuje nebo ji plánuje.

Krize duševního zdraví je, když něčí **chování brání ve fungování** nebo naznačuje, že by mohl ublížit sobě nebo ostatním.

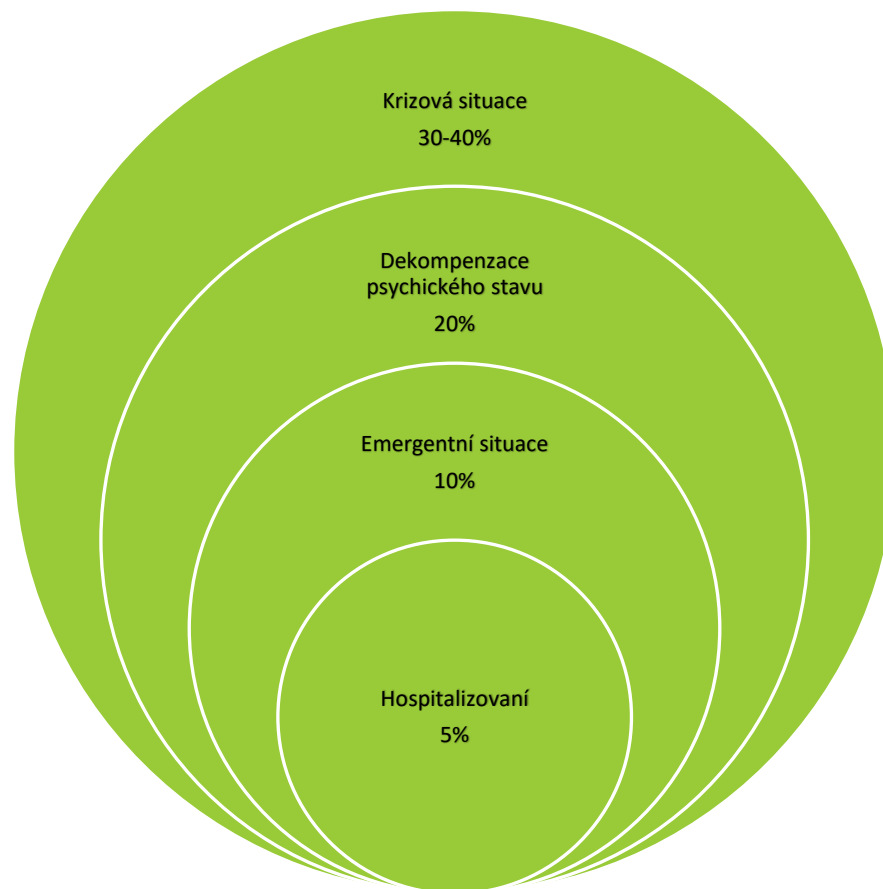
Krize se může zdát zdrcující a může se zdát, **že dovednosti zvládání, které obvykle máte, již nefungují.**

Psychiatrické krize a mimořádné události jsou pro člověka **jedinečné, ale mohou vypadat podobně** v tom, jak se člověk během krize prožívá a chová se.

Mnoho lidí **se o sebe nedokáže postarat**, mají zhoršené příznaky již existujících duševních poruch a vyhrožují sebepoškozováním nebo se o ně pokoušejí pokoušejí.

Ačkoli neléčené stavy duševního zdraví mohou vést ke krizi, je mylná představa, že toto je jediný okamžik, kdy k nim dochází. Věci se dějí – **krize duševního zdraví se mohou objevit u lidí bez diagnostikovaného duševního onemocnění** a u lidí, kteří dodržují léčebný plán.

Výskyt krizových- akutních (emergentních) situací v populaci



Analýza krizových služeb jižní Wales

Do intenzivních krizových a akutních služeb jsou doporučováni klienti, kterým by **lépe posloužil jiný typ služeb**.

K řešení krizových či akutních situací jsou však k dispozici jen **krizové týmy a akutní lůžka**.

Nedostatek času a prostoru pro řešení všech životních potřeb uživatelů v akutních a krizových službách.

Řada lidí se do krizových služeb (k hospitalizaci) dostává **opakovaně**.

Role **policie a záchranné služby** není do systému krizových služeb dobře integrována.

Neexistuje dobře nastavená **spolupráce s vězeňskou službou**.

U řady klientů je problém s **bydlením**.

Velký počet lidí s diagnózou **hraniční poruchy osobnosti**.

Velký počet lidí s problémy se **zneužíváním návykových látek**

Stávající systém krizových a akutních služeb je **přetížen**. Mimo jiné proto, že **není dobře diferencováno, jakou službu konkrétní pacient potřebuje**. Existuje malá škála možností jak intervenovat.

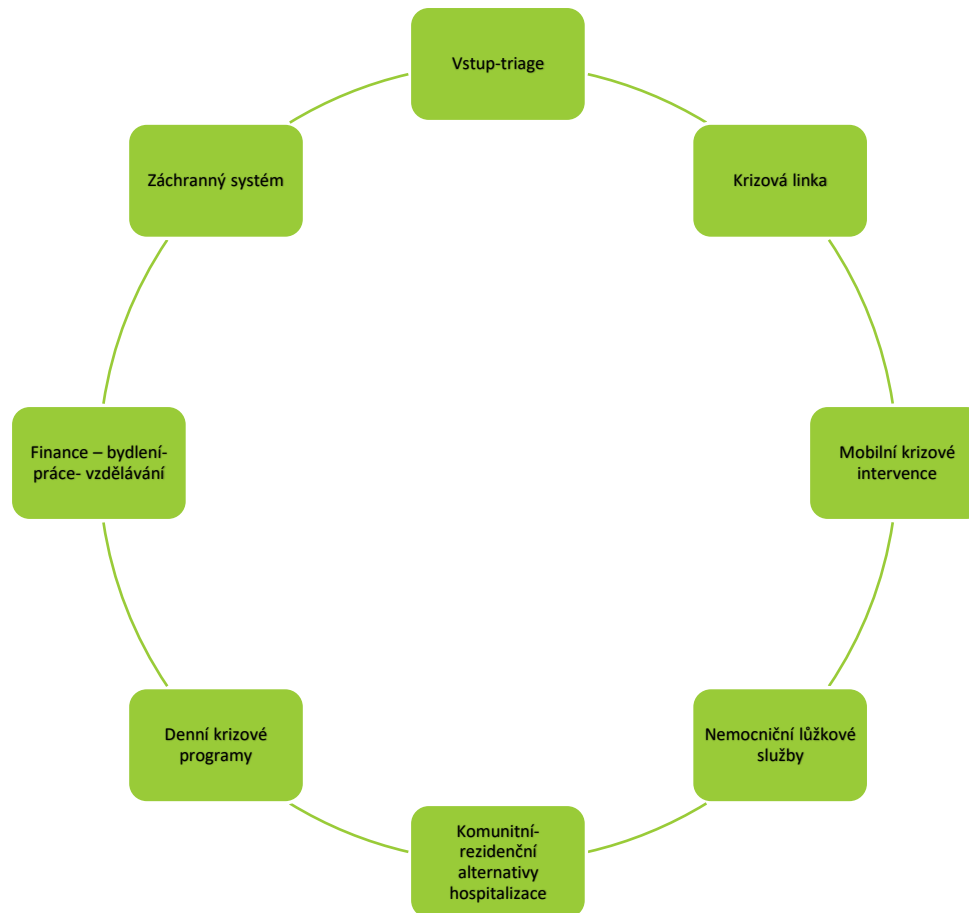
Krizové mobilní týmy obecně fungují dobře. Jsou však také často pod tlakem. V případě potřeby umístění klienta **mimo domov nemají jiné alternativy než psychiatrická oddělení**. Také se k nim dostává řada klientů, jejichž potřeby by mohly být lépe uspokojeny jinými druhy služeb a postupů, pokud by byly k dispozici.

Akutní lůžka pak ukazují 100% obsazenost. Na řadě místech jsou problémy s dostupností kvalifikovaných sester, lékařů, psychologů a dalších odborníků. **Velká část klientů akutních lůžek by dala přednost alternativám klasické hospitalizace**. Ty, ačkoliv jsou levnější než lůžková péče, nejsou dostupné v dostatečném množství.

Vztah mezi počtem hospitalizací a kvalitou krizových služeb



Komponenty sítě krizových služeb



Klíčové funkce Crisis and home treatment resolution teams

Hodnocení stavu – rizik

Poskytování komplexní akutní podpory v komunitním prostředí (mobilní – in house)

Poskytování domácí hospitalizace

Rezidenční alternativy lůžkových zařízení

Gatekeeping příjmů do lůžkového psychiatrického zařízení

Kooperace s lůžkovými zařízeními

Podpora včasného propuštění z nemocnice

PRINCIPY ZOTAVENÍ ORIENTOVANÉ NA KRIZOVOU A AKUTNÍ PÉČI

Příležitost jedince ke změně. Jako signál, že není čas na pokračování nefunkčních, přežitých životních strategií bezmoci a beznaděje.

Rozpoznání dramatického emočního otřesu nebo nepříznivé životní situace,
přesměrovat na nastoupení cesty zotavení

Prostor dívat na svůj **život jako na celek**, nejen na svůj problém s duševním zdravím.

Kontakt **a vztah** vytvořený mezi uživatelem a profesionálem v jedné části služby **by se měl přenést i do dalších částí služeb.**

Sdílení odpovědnosti mezi uživatelem, členem rodiny, profesionálními službami při vytváření prostoru pro „pozitivní riziko“.

Alternativou k redukcionistickému medicinskému modelu.

Služby by měly být „šité na míru“ konkrétnímu člověku, jeho osobní historii a zkušenostem, ne kontrole nemoci či chování.

Maximální **využívání komunitních zdrojů.**