úvodník

# O VZNIKU CENTER KRIZOVÉ PÉČE V NEMOCNICÍCH

Reforma psychiatrické péče či nově péče o duševní zdraví, s odkazem na další sektory podílející se na jejím zajišťování, je v plném proudu. Možná to nemusejí vnímat všichni stejně, ale kdo by měl možnost nahlédnout do všech oblastí, v nichž reforma probíhá, určitě by to viděl. Tím nemá být řečeno, že vše probíhá ideálně nebo že se změny dějí ve všech oblastech stejně rychle, ale globálně se jich děje hodně. Ty dosud opomíjené čekají mj. na iniciativu všech zainteresovaných a jejich návrhy, které si získají podporu kolegů, uživatelů a také míst, jež rozhodují o organizaci péče a jejich úhradových mechanismech.

Jednou z aktuálních oblastí, do nichž proniklo reformní úsilí intenzivní formou v minulém roce, je oblast krizové péče, a to hned ve dvou rovinách. Jednak byl připraven Koncept krizové péče definující rozvoj krizové péče jako celku, jednak bylo na předchozím nezávisle rozhodnuto Radou vlády pro duševní zdraví o přednostním vzniku tzv. center krizové péče v jedné nemocnici každého kraje. Jejich vznik si vyžádala naléhavá situace po prvních vlnách pandemie, která přinesla zvýšenou poptávku po podpůrných, psychoterapeutických i psychiatrických službách. A tak přestože si krizové služby obecně představujeme jako oddělené od zdravotnických zařízení a klasické psychiatrické péče (viz koncept krizové péče), hledala se pod vlivem událostí zkratka, jak vývoj akcelerovat. Ta byla nalezena v možnostech usměrňovat rozvoj velkých zdravotnických zařízení, ať už systémem finančních pobídek, či přímým vlivem zřizovatelů. Vznikl tak materiál nazvaný „Páteřní síť center krizové péče".

Obsahem zmíněného návrhu je tříetapový rozvoj poskytování krizové péče ve velkých všeobecných nemocnicích. Pohledem zdravotních pojišťoven a také z důvodu snadnějšího výkonového i nevýkonového financování (čekání na práci) byla tato tzv. centra krizové péče navázána na urgentní (někde spíše centrální) příjmy nemocnic a oproti jiným psychiatrickým výkonům byly navrženy rovněž vyšší hodnoty bodu za výkony prováděné v rámci krizové péče. V I. stupni má jít ve zkratce o schopnost zařízení vytipovat v rámci urgentních příjmů osoby, u nichž je žádoucí poskytnout krizovou podporu, a poskytovat vyškoleným pracovníkem fyzickou a telefonickou krizovou péči v režimu 24/7. Ve II. stupni má být nad rámec prvního stupně navíc k dispozici psychoterapeutická ordinace v režimu 8–22/7 a ve III. stupni rovněž 6 a více krizových lůžek.

Tento model přináší dovnitř všeobecných nemocnic prvky krizové péče, jak bychom si ji představovali spíše mimo zdravotnická zařízení. Lidé v krizi by totiž pomoc neměli hledat na urgentních příjmech. Rovněž personální zajištění je problematické, požadavky na vzdělání pracovníků poskytujících krizovou podporu jsou nevyvážené a navrhované finanční úhrady nedostatečné. Tedy pokud by mělo dojít ke skutečnému posílení poskytovaných krizových služeb. Shrnuto – je dobře, že se řeší problematika krizových služeb, která je v některých krajích obtížně dostupná až nedostupná vůbec, a že vznikla vůle vyřešit něco urychleně v závislosti na zintenzivněné poptávce. Přijatý návrh řešení však není dostatečně koncepční a jeho realizace v „doslovné podobě" by přinesla řadu organizačních zmatků pro zdravotnická zařízení i potenciální osoby v krizi. Ty totiž potřebujeme podporovat co nejblíže místu, kde žijí, nízkoprahově, časově dostupně a mimo psychiatrická zařízení, která z nich přirozeně činí své pacienty.

Je však také pravda, že psychiatrie poskytuje péči řadě pacientů, kteří rovněž potřebují krizovou podporu. Tu totiž nepoptávají jen „duševně zdraví lidé" v situační krizi, ale i osoby původně bez duševní nemoci, u nichž pod vlivem krizových okolností došlo navíc k jejímu rozvoji, a konečně osoby s chronickými duševními onemocněními, která oslabují

jejich zvládací mechanismy, a u nichž i mírná psychická zátěž vede k výraznému rozkolísání stavu. Budeme-li o krizové péči přemýšlet v těchto dimenzích, je zřejmé, že posílení krizové péče ve všeobecných nemocnicích, resp. při psychiatrických odděleních by mohlo přinést smysluplné rozšíření poskytovaných služeb a prospěch pacientům.

Centra krizové pomoci, provozovaná čistě sociálními službami a fungující mimo zdravotnická zařízení, by se tak mohla soustředit na duševně zdravé jednotlivce v krizi, včetně nabídky pomoci sociální. Mimonemocniční krizová centra, kombinující zdravotní a sociální služby, by nadto mohla cílit na pacienty s přesahem krize do duševní nemoci, případně i na osoby s dlouhodobým duševním onemocněním zasažené psychickou krizí. Konečně pracoviště krizové péče v nemocnicích, poskytující pouze zdravotní služby, by se mohla zaměřit jednak na osoby s jakoukoliv kombinací krize a duševní nemoci, jednak na osoby, u nichž došlo ke vzniku psychické krize v souvislosti s poškozením jejich tělesného zdraví či zdraví jejich blízkých (o krizovou podporu u příbuzných pacientů v závažné zdravotní situaci se už dnes starají v řadě nemocnic interventi systému psychosociální intervenční služby SPIS, které by bylo možné do systému zapojit). Takovou dělbu rolí by mohla přivítat jak stávající sociální centra krizové pomoci, často přetížená psychiatrickými pacienty, tak psychiatři a psychologové v nemocnicích, kteří by mohli nad rámec bazální podpory v obvyklé časové nouzi, farmakoterapie či dlouhodobé psychoterapie nabízet bezprostřední krátkodobou krizovou péči k akceleraci celého léčebného procesu. Jistě by to přivítali i pacienti.

O takový model se nyní snaží Koncept krizové péče, který připravila Asociace center denních stacionářů a krizových center a který se nyní projednává na ministerstvu zdravotnictví i meziresortně s dalšími ministerstvy. Těžištěm krizové péče se mají stát právě mimonemocniční (komunitní) zdravotně-sociální krizová centra, případně by je mohla přechodně zastoupit pracoviště krizové péče v nemocnicích. Jejich úkolem by mělo být poskytování základní krizové triáže a vlastní krizové intervence. Měla by být napojena na zdravotnické interventy IZS, linky důvěry, praktické lékaře, triážové sestry urgentních příjmů nemocnic, psychiatrické pohotovostní služby a lůžková zařízení a stejně tak na ambulantní sociální, psychiatrické a psychoterapeutické služby, co se týče návazné péče. Koordinace a podpora vzniku těchto služeb by měla probíhat na úrovni kraje se zapojením zdravotních pojišťoven. Zvláštní pozornost bude také potřeba věnovat krizové péči u dětí a adolescentů.

*MUDr. Petr Šilhán, Ph.D., MUDr. Ondřej Pěč, Ph.D.*
*Revizní komise Psychiatrické společnosti ČLS JEP*
*petr.silhan@fno.cz*