

MODUL KOMUNITNÍ PÉČE

BLOK: SYSTÉMY KOMUNITNÍ PÉČE

3x 90min

Budoucí úkol studenta: Prosazovat komunitní služby. Argumentovat. (K tomu je potřeba: znát modely komunitních služeb, umět je popsat a vztáhnout k praxi)		
Vzdělávací cíle	Výukové metody	Čas
Studenti: ✓ Mají přehled o tom, jaké jsou modely komunitní péče ✓ Mají přehled o službách KP (služby jako odpověď na různé životní situace) ✓ Umějí popsat systém komunitní péče a jeho výhody pro uživatele ✓ Jsou schopni problematizovat zažitě způsoby uvažování o duševně nemocných a hledat nestigmatizující způsob podpory	Cvičení.....	25min
	Virtuální mapa péče (s využitím příběhu uživatele)	
	Přednáška.....	90 min
	Definice komunitní péče	
	Role duševně nemocného člověka v systému péče	
	Role profesionálů v systému péče	
	Principy komunitní péče	
	Přednáška.....	40 min
	Komunitní péče v českých zemích	
	Tři pojetí komunitní péče	
	Přednáška.....	20 min
	Program asertivní komunitní léčby (Programme of assertive community treatment) PACT	
Diskuse ve skupinách.....	10min	
Přednáška.....	20 min	
Komplexní systém komunitní podpory (KSKP)		
Diskuse ve skupinách.....	10min	
Přednáška.....	20 min	
Alternativa k profesionálnímu modelu: „vytváření podpůrného prostředí“		
Diskuse ve skupinách.....	10min	
Diskuse ve skupinách.....	25min	
Skupinová práce s novinovým článkem		

Cvičení..... 25min

„VIRTUÁLNÍ MAPA PÉČE“

(Individuální cvičení: s kazuistikou - publikovaným příběhem duševně nemocného člověka a s vlastními znalostmi studentů)

(Doporučuji ho vřadit na úplný začátek, jako zahájení bloku o systémech komunitní péče.)

Představte si duševně nemocného člověka.

(Lze využít krátkou kazuistiku nebo například příběh - výpověď uživatele publikovanou v Espritu. Na tabuli (flipchart) do PowerPointové prezentace se zakreslí kruh „uživatel“, kolem jsou prázdné kruhy.)

Na základě vlastní zkušenosti si promyslete a každý na vlastní papír nakreslete kolem uživatele jednoduchou „mapu“ služeb, které může takový člověk ve své nemoci využívat... Nakreslete všechny služby, které vás napadnou. Nyní sestavíme virtuální mapu péče: dáme dohromady všechny služby, které vás napadly.

(Na tabuli (flipchart) do PowerPointové prezentace se do prázdných kruhů kolem kruhu „uživatel“ zapíše názvy služeb. Vznikne mapa virtuálního systému péče, sestavená ze služeb, které studenti znají (psychiatrická léčebna, ambulance, chráněné bydlení atd.). S mapou lze pracovat během celé doby výuky – lze ji doplňovat například o další prvky při výkladu o systémech péče, nebo přinejmenším srovnávat: např. s aktuální situací v ČR, s americkým Komplexním systémem komunitní podpory, s modelem „PACTu“ atd.)

Přednáška..... 90 min

1) DEFINICE KOMUNITNÍ PÉČE

Zatímco klinická psychiatrie si klade za cíl zabývat se „prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch“ (Raboch, Zvolský 2001), komunitní se nestará jen a pouze o to, co se děje v hlavách nemocných lidí, a o to, jak jim to tam změnit.

Komunitní psychiatrii lze definovat mnoha způsoby, jak to ukazují na svém souhrnu různých definic Graham Thornicroft a George Szmukler (viz níže).

Soudě podle definic se klinická psychiatrie zabývá pouze nemocemi a komunitní psychiatrie se zas spíše než nemocem samotným věnuje duševně nemocným lidem a jejich sociálním rolím. V psychiatrii, pokud je pojmána takto široce, není cílem jenom léčit, ale také, zdá se, ubytovávat, zaměstnávat, podporovat... To všechno do ní patří.

Co lze o komunitní psychiatrické péči říci na základě mnoha různých definic obecného? Pokusme se o shrnutí ve 3 bodech:

1) Komunitní péče se neorientuje jen na člověka, na jedince, jakkoli by měla být citlivá k jeho individuálním potřebám. Zaměřuje se na jeho **vztahy**: na jeho vztahy s jinými lidmi, ale také na vztahy s institucemi, se zaměstnavatelem, s praktickým lékařem atd. Cílovou skupinou komunitní psychiatrické péče tedy nejsou jen tak jednoduše duševně nemocní. Cílovou „skupinou“ je **komunita**.

2) Komunitní péče neznamená zdaleka jenom péči zdravotní, přestože mluvíme o duševně *nemocných*. Jak říkají Loren Mosher a Lorenzo Burti, komunitní péče znamená poskytovat dostatečně široký **soubor služeb, programů a zařízení**. Jde tedy i o služby, které nepracují s nemocnými primárně lékařsky - diagnosticky, nýbrž reagují na jejich potřeby s ohledem na praktické každodenní situace a s ohledem na klientovy možnosti a potřeby.

3) A nakonec se v rámci komunitní psychiatrie vyvíjí i vize toho, jak takové služby mají vypadat. Jak píše Paul Carling, pomáhající **profesionálové** by měli být spíše ti, kteří **umožňují a podporují**, než ti, kteří poskytují služby. Integrace podle něj znamená, že o duševně nemocné se nestarají především specializované služby, nýbrž komunita, kterou v tom právě profesionálové podporují. V Holandsku je tak například hlavním trendem komunitní péče **case management** jakožto služba, která jednak reaguje na individuální potřeby klienta a jednak pomáhá mobilizovat zdroje komunity ve prospěch klienta (blíže viz modul Rehabilitace).

Vývoj definic komunitní psychiatrie podle Thornicrofta a Szmuklera:

„...každý systém zaměřený na poskytování extramurální péče a léčby k usnadnění včasného rozpoznání duševní nemoci nebo relapsu a jejich léčby na neformálním základě, a rovněž zaměřený na poskytování sociálních služeb v komunitě za účelem podpory nebo sledování.“

Rehin a Martin (1963)

„...využití technik, metod a teorií sociální psychiatrie, stejně jako dalších behaviorálních věd, ke zjištění a naplnění nároků na duševní zdraví funkčně a zeměpisně vymezené populace v průběhu dlouhého období a zpětné získávání informací k přetváření základu sociálních a dalších behaviorálních věd a poznatků o duševním zdraví.“

Sabshin (1966)

„...komunitní psychiatrie předpokládá, že lidem s duševními poruchami může být neefektivněji poskytnuta pomoc tehdy, když jsou udržovány jejich vazby s rodinou, přáteli, spolupracovníky a celkově se společností; komunitní psychiatrie se snaží poskytovat preventivní, léčebné a rehabilitační služby v oblasti, což znamená, že terapeutická opatření směřují nejen k individuálnímu pacientovi.“

Freudenberg (1967)

„...komunitní psychiatrie má tři polohy: za prvé sociální hnutí; za druhé strategii poskytování služeb, zdůrazňující přístupnost služeb a přijetí odpovědnosti za nároky duševního zdraví v celé populaci; a za třetí poskytování co nejlepší možné klinické péče s důrazem na hlavní duševní poruchy a na léčbu vně totálních institucí.“

Serban (1977)

„...komunitní psychiatrie se týká nejen nároků na duševní zdraví individuálního pacienta, ale i místní populace, nejenom těch, kdo jsou definováni jako nemocní, nýbrž také těch, kdo mohou přispívat k této nemoci a jejichž zdraví nebo pocit duševní pohody mohou být naopak ohroženi.“

Bennet (1978)

„...systém péče věnované určité populaci a založené na komplexních a integrovaných službách duševního zdraví, který zahrnuje ambulantní zařízení, denní a rezidenční tréninková centra, domácí ubytování v ubytovnách, chráněné dílny a psychiatrická lůžková oddělení ve všeobecných nemocnicích a který zajišťuje s pomocí multidisciplinární týmové práce včasnou diagnostiku, okamžitou léčbu, kontinuitu péče, sociální podporu a blízký vztah s ostatními lékařskými a sociálními komunitními službami a obzvláště s praktickými lékaři.“

Tansella (1986)

„...sít' služeb, které nabízejí kontinuální léčbu, ubytování, zaměstnání a sociální podporu a které společně pomáhají lidem s duševními problémy znovuzískávat jejich normální sociální role.“

Strathdee a Thornicroft (1997)

„Komunitně založená služba duševního zdraví je taková, která zajišťuje veškerý rozsah efektivní péče o duševní zdraví pro vymezenou populaci a která se ve spolupráci s dalšími místními činiteli věnuje léčení a pomoci lidem s duševními poruchami úměrně jejich utrpení nebo potížím.“

Thornicroft and Tansella (1999)

(Podle: Thornicroft, Graham, Szmukler, George /2003/: *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press)

„Komunitní péče o duševní zdraví je „doručení okamžitých, přiměřených a odpovídajících řešení skutečných sociálních, psychologických a zdravotních potřeb vymezené populace. Je to poskytování dostatečně širokého souboru služeb, programů a zařízení tak, aby každý, kdo byl poslán nebo kdo sám hledá pomoc, mohl mít z nabízeného rejstříku na vybranou.“ (Str. 359)

(Podle: Mosher, Loren R., Burti, Lorenzo /1989/: *Community Mental Health. Principles and Practice*. New York, London: W.W. Norton & Company)

„Komunita je nahlížena jako zdroj možností, pochopení, uvědomění, přijetí a zařazení spíše než jako překážka nebo jako zdroj strachu, předsudků, lhostejnosti či odmítnutí. V přístupu komunitní integrace je moc umisťována do osoby klienta prostřednictvím jeho sebeurčení a ‚kruhů podpory‘, a to více než v hierarchických strukturách systémů služeb, ve kterých tvůrci systému regulují chování profesionálů provádějících služby, v nejlepším zájmu osoby s handicapem“.

Pomáhající jsou spíše ti, kteří umožňují a podporují, než ti, kteří poskytují služby. Konečně, budoucnost patří takové vizi, v níž každý občan naplňuje své sny a využívá svého nadání, spíše než aby patřila vizi kontinuálního klientství – role ve skutečnosti vytvořené modely služeb používanými v minulosti. V přístupu integrace hrají úlohu opor nejrůznější jedinci propojení ve svobodně navázaných vztazích. Dokonce i formální služby¹ jsou častěji poskytovány běžnými komunitními organizacemi nebo osobami v podobné situaci.“

(Carling, Paul J. /1995/: *Return to Community. Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York, London: The Guilford Press)

2) ROLE DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO ČLOVĚKA V SYSTÉMU PÉČE

Role duševně nemocného není dána jenom společenskými postoji a předsudky k duševně nemocným, ale i tím, jak vypadá a co dělá psychiatrická péče. Role, kterou má člověk v systému péče, se (transformovaně) přenáší i do jeho postavení mezi ostatními lidmi. Vrátit se domů z léčby není jen tak. Záleží na tom, jaká to byla léčba, a záleží na tom, jak je okolím pacienta vnímána. Stejně tak záleží na tom, jakou dostává člověk podporu sociálních (nemedicínských) služeb.

Role, které duševně nemocný zastává v různých souvislostech a sociálních kontextech, jsou zasaženy tím, jaký druh psychiatrické péče je praktikován. Proto se role duševně nemocných mění s tím, jak se vyvíjejí systémy péče. Tak to popisuje Carling:

1. Role pacienta (*medicínský model*)

Éra institucionalizace (první polovina minulého století) – dochází ke značné izolaci jedince od komunity, ochrana komunity před pacientem a pacienta před komunitou, prognóza beznaděje a celoživotní závislosti.

2. Role klienta, resp. příjemce služeb (*vývojový - rehabilitační model*)

Druhá polovina minulého století až doposud - zdůrazňuje roli profesionálů jako poskytovatelů služeb, programy jsou zaměřeny na „kontinuum služeb“, „individua vhazována do programových automatů“ („slots“).

3. Role občana (*přístup komunitní integrace*)

Důraz na praktickou spolupráci, úzdravu, sebeurčení a svobodnou volbu, předpokládá reciprocitu a respekt ve vztazích.

Výrazná odlišnost posledně jmenovaného konceptu od předchozích:

- jedinec je viděn jako osoba, nikoli jako hendikepovaný klient
- při naplňování potřeb se klade důraz na jedincovu kapacitu, nikoli deficit

(Podle Carling, Paul J. /1995/: *Return to Community. Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York, London: The Guilford Press)

„To, co potřebujeme, není ochrana,“ zní tvrzení Patricie Deegan – psycholožky a současně uživatelky psychiatrické péče. Můžeme mu rozumět tak, že prvotním úkolem komunitní služby není uživatele chránit před (příliš náročným) světem, přestože to tak někdy sami pracovníci v komunitních službách chápou – viz například názvy jako *chráněné* bydlení, *chráněné* dílny apod. Vlastně jde naopak o to, umožnit jim, aby se různým prostředím, různým světům mohli vystavovat a participovat v nich – podobně jako každý jiný občan.

3) ROLE PROFESIONÁLŮ V SYSTÉMU PÉČE

Co je rolí psychiatrických profesionálů? Starat se o duševně nemocné? Takto přímočará odpověď se v mnoha ohledech a s ohledem na různé přístupy a pojetí psychiatrické péče komplikuje.

¹ Formálními službami jsou v textu míněny běžné komunitní služby určené pro dlouhodobě nemocné, včetně nemocničních.

Paul J. Carling navrhuje vytvoření takových podmínek, v nichž podporu bude poskytovat především komunita, a nikoli profesionálové. Profesionálové mají podporovat komunitu, aby podporovala duševně nemocné. Carling to nazývá modelem „framework of support“ (model rámce pro podporu, mohli bychom také říci: model „vytváření podpůrného prostředí“). Odkazuje k experimentům s tímto systémem péče v Kanadě. (Kanadčané Trainor a Church jsou ostatně autoři názvu tohoto modelu.)

Něco podobného popisují Faloon a Fadden ve svém modelu „integrovaných služeb“. Integrované služby jsou takové, které podporují (mj. vzdělávají) okolí klienta tak, aby bylo vůči klientovi samo integrující a podporující. Odvolávají se na buckinghamský systém péče ve Velké Británii.

Snahám profesionálů o to, aby nemocní mohli (úspěšně) participovat v různých situacích každodenního života, ovšem paradoxně někdy brání logika „návratu do společnosti“. Toto klišé je v našich podmínkách běžnou součástí projektů komunitních služeb, ale i součástí mluvení o péči o duševně nemocné vůbec. Jenže rétorika integrace je vylučující, předpokládá, že duševně nemocní se nacházejí mimo společnost, v a-sociálním prostoru, v jakémsi nikde, nebo na zasutém okraji, odkud mají teprve být vtaženi k nám, do společnosti. „Integrátor“ pak nutně pracuje s lidmi, kteří už dopředu, apriorně, nepatří tam, kam se je snaží dostat. Může být taková snaha úspěšná? V tomhle je rétorika integrace nešťastná. Protože mate. Mluví o návratu a zapojení, čímž však současně strašně příkře rozlišuje ty, které je potřeba integrovat od těch, kteří už „tady“ jsou. Když připravujeme uživatele v chráněných bydleních na „reálný život“, odsuzujeme je do pozice žadatelů o vstup do „našeho“ světa, z nichž většina nakonec stejně nevyhoví vstupním podmínkám. Jako by příprava nepatřila do reálného života! Jako by celý život nebyl jednou velkou přípravou! (Nebo přesněji: nekonečným množstvím malých příprav...)

Dokud se budeme dívat na integraci jako na návrat nebo jako na přestup z nenormality do normality, z okraje do centra a dokud ji tak budeme provozovat, budeme se sami podílet na tom, co se snažíme změnit a co kritizujeme. Budeme se podílet na vylučování, na principiálním odlišování centra od okrajů a na zbytnování a nepropojitelnosti obojího.

Pokud dostojíme smyslu slova integrovat, pak budeme spojovat a sjednocovat. A to symetricky. Ne tak, že bychom se snažili vtahovat domnělý okraj (skupinu duševně nemocných) do jakéhosi imaginárního centra, do „většinové společnosti“. Ne, budeme pracovat se situacemi, v nichž se setkávají různé nároky a různé normy, které se spolu budou učit komunikovat, které se budou proměňovat *navzájem*. Integrace – spojování a propojování – probíhá vždy na mnoha frontách. V tom je praxe moudřejší než rétorika. Sociální pracovníci vlastně, přestože mluví o zapojování uživatele do společnosti, dělají (alespoň někdy, v některých službách) ve skutečnosti něco jiného. Dělají to, že pomáhají propojovat různé události a situace, různé prvky uživatele života s nějakými jinými situacemi, třeba se světem nějakého dalšího člověka, nebo se pokoušejí přeskupit a nově zprostředkovat vazby v rodině, v zaměstnání... Nebo někde jinde. Pomáhají navazovat mnohá parciální propojení a udržovat je průchozí. Spojují uživatele s mnoha rozličnými prostředími. Ale také naopak: tato prostředí spojují s prostředím uživatelských zkušeností, schopností, limitů, lidí a věcí kolem něj. Kupodivu tedy nejde ani tak prvotně o změnu jednoho nebo druhého, ale o změnu či vytváření vzájemných vazeb. Nejde o zapojování jednoho do druhého, nýbrž o propojování.

Model „vytváření podpůrného prostředí“

Profesionální (specializované) služby jsou nadále nutné, nikoli však dostatečné pro integraci.

Pomáhající jsou spíše ti, kteří umožňují a podporují, než ti, kteří poskytují služby.

(Podle Carling, Paul J. /1995/: *Return to Community. Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York, London: The Guilford Press)

Model integrované péče

Zaměřuje se na neformální podpůrné osoby a komunitní zdroje jakožto hlavní přispěvatele k úzdavě klienta. Cílem je zahrnout do péče všechny profesionální i ne-profesionální zdroje komunity.

Je poskytována krizová intervence, dlouhodobá rehabilitace v přirozeném prostředí, facilitace zapojení klienta do existujících pracovních, sociálních a rekreačních nabídek komunity, které využívají i ostatní občané.

Profesionální služby, jako denní centra nebo chráněné bydlení, přicházejí ke slovu teprve když běžné komunitní zdroje nejsou schopny klientovi asistovat, a to ani s plnou podporou profesionálního komunitního týmu.

Z toho vyplývá také (na rozdíl od přístupu, který vidí jako hlavní aktéry péče psychiatrické profesionály) důraz na rozsáhlé vzdělávání, trénink a konzultace pro pacienty, neformální pečovatele, praktické lékaře, sestry a další. A také důraz na vzdělávání profesionálů, na jejich schopnost používat posuzovací a intervenční strategie, které se osvědčily jako efektivní.

(Podle: Faloon, Ian R.H., Fadden, Gráinne (1993): *Integrated Mental Health Care. A comprehensive community-based approach*. Cambridge: Cambridge University Press)

4) PRINCIPY KOMUNITNÍ PÉČE

Východiska, principy, zásadní strategie komunitní péče se popisují různými způsoby. Toto jsou některé z nich:

PRINCIPY MODELU „VYTVÁŘENÍ PODPŮRNÉHO PROSTŘEDÍ“

- nutnost oddělit profesionální podporu od situací, kdy občané naplňují své běžné potřeby
 - bydlení, pracovní situace a běžné sociální situace není potřeba transformovat do „programů a služeb“
 - profesionálové by neměli ovládat oblast běžných individuálních kontaktů, potenciálního přirozeného systému podpory přátel, rodinných příslušníků, sousedů a spolupracovníků jenom proto, aby naplnili potřeby služby, zejména v krizových situacích
- (Podle Carling, Paul J. /1995/: *Return to Community. Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York, London: The Guilford Press)

PRINCIPY MODELU INTEGROVANÉ PÉČE

Použité strategie ve fungování služeb se odvíjejí od místních podmínek. Následující přehled popisuje strategie použité v Buckinghamu: v oblasti - komunitě, kde dobře fungovala primární zdravotní péče. Rodinní praktičtí lékaři byli dosažitelní 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Populace byla poměrně stabilní, lidé měnili doktora zřídka a rodiny byly většinou registrovány u stejného doktora. Proto mělo smysl, aby měl praktický lékař roli case managera (koordinátora pacientova případu).

- Nepřetržitá dosažitelnost praktického (rodinného) lékaře
- Žádná čekací listina, žádné návštěvy nemocnice; vzájemná domluva
- Nepřetržitě dostupná psychiatrická péče
- Zvládání léčby a podpory doma, vždy se zaangažováním pečovatелů z blízkého okolí klienta
- Systém této péče slouží výhradně k léčbě lidí s duševní nemocí, včetně těch, u nichž nemoc teprve propuká
- Každý z případů je zvládnán s pomocí bio-psycho-sociálního přístupu (kombinace biologické léčby s psychosociálními strategiemi)
- Co nejméně omezující léčebné postupy
- Vzdělávání pracovníků se soustřeďuje pouze na empiricky ověřené, efektivní strategie
- Rozhodování při léčbě a péči je vědecký proces.

(Podle: Faloon, Ian R.H., Fadden, Gráinne /1993: 20-23/: *Integrated Mental Health Care. A comprehensive community-based approach*. Cambridge: Cambridge University Press)

SOUHRN PRINCIPŮ KOMUNITNÍCH PROGRAMŮ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ NA ZÁKLADĚ ZKUŠENOSTÍ V USA A ITÁLII:

(Podle: Mosher, Loren R., Burti, Lorenzo /1989/: *Community Mental Health. Principles and Practice*. New York, London: W.W. Norton & Company)

Mosher a Burti shrnují principy úspěšných komunitních programů péče o duševní zdraví v USA a Itálii (sedm administrativních principů). Navíc přidávají 2 další administrativní principy (Decentralizovaná horizontální autorita a Systém odměn podle dosažených výsledků) a 3 klinické.

Svoje rozdělení na principů na administrativní a klinické považují Mosher a Burti za arbitrární a říkají, že v praxi se principy doplňují.

Administrativní principy

1. Naprostá odpovědnost za oblast působnosti

Centrum pro duševní zdraví odpovědné za zhruba 100 000 lidí.

Oblast působnosti vymezena co nejpřirozeněji etnicky, nábožensky, zeměpisně.

Rozdělena do 3 – 4 podoblastí (i jejich hranice by měly sledovat přirozené hranice komunity).

2. Odpovědné týmy

Multidisciplinární týmy o 3-5 lidech.

Týmy jsou multifunkční pro každého klienta: krizová intervence a řešení krizí, case management, psychoterapie.

Neustálá dostupnost týmu.

Ne-hierarchická administrativní struktura, autonomie členů týmu.

3. *Decentralizovaná horizontální autorita a odpovědnost*

Autorita a odpovědnost i na nejnižším stupni hierarchie, hierarchie má být co nejplošší.

Každý tým dělá každodenně vlastní klinická rozhodnutí. Neshodne-li se tým, obrací se na konzultanta z centra

4. *Kapitační platby*

Na začátku každého roku obdrží každé centrum určitý obnos podle počtu obyvatel v oblasti k pokrytí všech potřeb duševního zdraví – od prevence po chráněné bydlení a rehabilitaci.

5. *Využití existujících zdrojů komunity*

Centra pro duševní zdraví by neměla zdvojit již existující zdroje (pracovní místa, školy, sportovní programy). Aktivní přístup vůči komunitě a pozvání komunity k využívání centra pro o duševní zdraví.

6. *Víceúčelové centrum pro duševní zdraví*

Centrum je víceúčelové zařízení přístupné pro komunitu po většinu dne. (Má aktivně komunikovat se svou oblastí působnosti, nevydělovat se z ní.)

Centrum je výhodné mít na půdě všeobecné nemocnice.

7. *Ne-institucionalizace*

Hospitalizace se poskytuje jen v případech naléhavé potřeby (lidé agresivní, sebevražední, akutně intoxikovaní, dezorientovaní akutně psychotičtí apod.), kdy nebylo jiného řešení. Demotivace personálu k hospitalizaci: ukotvením v komunitních službách a/nebo zesložitím procedury nedobrovolné hospitalizace.

8. *Systém odměn podle dosažených výsledků*

Mezi centra má být každoročně rozdělen finanční bonus na základě klinických výsledků pacientů v péči. (Měřeno dny hospitalizace, počtem znovupřijetí, užíváním léků², procento pacientů navrátivších se do práce, školy..., spokojenost klientů se službou atd.) Bonus musí být rozdělen mezi členy týmu rovnoměrně. (To má přispět k nehierarchické struktuře týmu.)

9. *Občanská a uživatelská účast*

Systém péče má obsahovat 3 typy zaangažování veřejnosti: občanské rady, uživatelské skupiny a skupiny dalších zúčastněných (rodičů, sourozenců). Občanské rady (složené z místních zastupitelů, občanů, zaměstnanců centra uživatelů) mají vytvářet všeobecnou strategii, uskutečňovanou potom v aktivitách center.

Klinické principy

1. *Kontextualizace*

Udržování klienta v kontaktu s jeho přirozeným prostředím (jak místním, tak interpersonálním), nakolik je to možné. Úkolem profesionálů je vyjednávat neustále kompromisy mezi objektivní historickou společenskou realitou a realitou klientovy subjektivní zkušenosti. Tyto dvě verze skutečnosti by měly být znovu spojeny, protože jejich rozopnutí je součástí vývoje problému.

2. *Ochrana a zlepšení osobní moci a kontroly*

Největším problémem péče je, že se okamžitě staví do pozice toho, kdo ví nejlépe, co je pro uživatele dobré, hlavně pro ty velmi neklidné a obtížné. To snižuje jejich moc a podkopává jejich smysl pro kontrolu vlastního života, ačkoli právě to je často hlavním rysem jejich problémů. Profesionálové mohou zlepšit osobní moc klientů různými způsoby: poskytování informací, pomoc při definování možností, hraní rolí, cvičení obhajoby, snaha o zaangažování klienta do celého pomáhajícího procesu. Zaměstnanci by měli vidět svou roli spíše jako roli konzultantů než terapeutů. „Aktivismus sám o sobě není problém – ve skutečnosti pevně věříme v důležitost advokacie, což je velmi aktivní funkce. Nicméně aktivismus „terapie“ může být překroucen způsobem, jenž se podřizuje cílům terapeuta nebo se přizpůsobuje statu quo, spíše než cílům klienta“ (str. 106). Je nutná „minimalistická filosofie“: čím méně děláme, tím lépe; zapojuje se co nejvíc nepsychiatrických zdrojů (přátelé, církve...).

3. *Normalizace (zobyčejnění)*

Vždy budou chvíle, kdy klient není schopen sám nalézt možnosti, které by mohly řešit jeho problém. Na profesionálovi pak je, aby mu takové možnosti pomohl stanovit. Když to však dělá, měl by především zvažovat

² To znamená čím méně, tím lépe – Mosher a Burti jsou v tomto ohledu docela radikální, ačkoli jsou oba psychiatři. Neodmítají léky v principu, ale volají po jejich zasazení do správného kontextu. Komunitní pracovníci by měli znát jejich hodnotu i omezení. Léky nelze podceňovat ani přeceňovat. Mnoho situací lze řešit psychosociálně, ale dělá se to s pomocí léků, protože nasadit pilulky je snazší. „Komunitní práce musí velmi obezřetně věnovat pozornost všemu, co ji dělá snazší nebo obtížnější – léky, rodiny, stigma apod.“ (str.47)

ty nejběžnější možnosti. Když chce klient práci, znamená to nesměrovat ho hned do pracovní rehabilitace, nýbrž procházet inzeráty. Podobně lze princip normalizace uplatnit v bydlení. Systémy komunitní péče vyvinuly programy bydlení, často nešťastně definované jako přechodné nebo „supervidované“ (s dohledem). Bylo by ale vhodnější, aby nebyly pouze dočasné a aby v nich klient měl normální roli nájemníka a byl podporován (což je běžná potřeba), spíše než aby nad ním byl držen dohled.

Tři výše uvedené klinické principy lze podle Moshera a Burtiho přepsat do praktických programů péče, v nichž jsou vtěleny tyto hodnoty:

Zásady programů péče:

- 1) Neubližuj.
- 2) Nečiň druhým tak, jak nechceš, aby oni činili tobě (tj. tytéž principy se uplatňují jak na klienty, tak na personál; každý by měl ve vztahu k druhému zachovávat důstojnost a respekt).
- 3) Buď pružný a odpovědný.
- 4) Obecně řečeno, uživatel ví nejlépe.
- 5) Volba, právo odmítnout, informovaný souhlas a dobrovolnost jsou pro fungování programu zásadní.
- 6) Hněv, závislost, sexualita a rozvoj potenciálu jsou přijatelné a očekávané.
- 7) Legitimní potřeby by měly být naplněny za jakýchkoli okolností.
- 8) Riskuj; když se nechopíš příležitosti, nic se nezmění.
- 9) Pojmenovávej mocenské vztahy.

Přednáška..... 20 min

1) KOMUNITNÍ PÉČE V ČESKÝCH ZEMÍCH

- Popis současné situace v ČR (podrobněji viz Adresář komunitních služeb z roku 2002: http://mujweb.cz/Instituce/asociace_komunitnich_sluzeb nebo www.cmhd.cz)
 - Poskytovateli komunitních služeb jsou většinou neziskové organizace.
 - Počet organizací poskytujících komunitní služby v ČR: asi 35 v roce 2001.
 - V některých oblastech komunitní služby pro duševně nemocné téměř vůbec nejsou (například v západních Čechách).
 - Síť služeb v regionech není kompletní.
 - Kapacita služeb nedostačuje.
 - Poskytované služby: chráněné dílny, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání, poradny, chráněné a podporované bydlení, case management, centra denních aktivit, denní stacionáře, domácí péče.
 - Komunitní krizové služby jakožto skutečná alternativa hospitalizace téměř chybějí.

(Viz také Politika péče o duševní zdraví v ČR - zpráva o současném stavu, Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví za finanční podpory Nadace Open Society Fund Praha, 2004)

- Charakteristické rysy: nekoordinovanost vzniku, zaměření na služby spíše než na komunitu, oddělenost zdravotního a sociálního sektoru, problém (ne)financování a (ne)plánování...
- (Lze nakreslit „mapu péče“ v ČR, resp. grafický přehled existujících služeb. Později ji lze porovnávat s dalšími „mapami“, pokud bude přednášející takto vykládat i další systémy péče ve světě.)

Naše komunitní služby vykazují často 3 základní nedostatky, jak je definují Mary Ann Test a spoluautoři v článku *Comprehensive community care for persons with schizophrenia through the programme of assertive community treatment (PACT)*

1. Péče je příliš **komplikovaná a fragmentovaná** - je poskytována mnoha organizacemi (např. klinika, denní centrum, chráněné pracoviště a dům na půli cesty), velkým množstvím personálu, péče bývá málo integrovaná a obtížně pochopitelná pro lidi s deficitem kognitivních funkcí charakteristickým pro schizofrenii.
2. **Služby předpokládají, že klient „přijde za nimi“**, což symptomy schizofrenie a jejich časová dynamika často vylučují. To vede k „výpadku“ ze služeb a následnému relapsu onemocnění.
3. **Služby nejsou individualizovány**. Cílem je „nacpat“ klienty do stávající, často limitované nabídky programů.
(Podle: Test, Mary Ann, / Knoedler, William H. / Allness, Deborah J. / Senn, Burke Suzanne / Kameshima, Shinya / Rounds, Laura /1997/: *Comprehensive community care for persons with schizophrenia through the*

programme of assertive community treatment /PACT/. In: Brenner, H.D. et al. /eds/: Towards a comprehensive therapy for schizophrenia. Seattle:Hogrefe and Huber Publisher /p.167-180/
/též v Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness //2002// Edited by Jaap van Weeghel, Geneva Initiative on Psychiatry, Trimbos Institut, GGZ Nederland/)

2) TŘI POJETÍ KOMUNITNÍ PÉČE PODLE FALOONA A FADDEN

(Přednášející zde navazuje na to, co bylo řečeno v úvodu o roli duševně nemocného člověka a o roli profesionála. Představí se tu tři pojetí komunitní péče, přičemž každé z nich pracuje jinak s tím, co je cílem profesionálů, a tedy i s jiným pojetím služeb.)

Podle Iana Faloona a Gráinne Fadden lze služby pro duševně nemocné dělit do 3 skupin, které jsou zároveň řazeny vývojově. Na přelomu 60. a 70. let to byl nemocniční model, později se začal uplatňovat komunitní přístup a nyní (resp. na přelomu 80. a 90. let) se podle autorů vyvíjí přístup integrované péče.

Nemocniční model komunitní péče

Začal se vyvíjet ke konci 60. let v Evropě a USA. Centrem akutní péče i rehabilitace je v tomto pojetí všeobecná nemocnice.

Psychiatrická oddělení v nemocnicích (Inpatient services)

Zde probíhají hlavní terapeutické intervence zaměřené na zvládnání krize. I když existovala snaha přenést krizový management do prostředí s méně intenzivní péčí, tedy do denních stacionářů, většinou se stacionáře vyskytovaly na stejném místě jako psychiatrické oddělení.

Vysoce strukturované prostředí.

Medikace.

Denní sanatoria (Day clinics)

Cílem denních stacionářů bylo poskytovat stejné služby jako na psychiatrickém oddělení, ale pouze přes den. Podle Falloon a Fadden je otázkou, jestli se díky denním sanatoriím péče dostala více do komunity, a to i v případech, kdy byla denní sanatoria mimo nemocnice.

Škála služeb ve stacionářích je ovšem širší a léčba je efektivnější, když se zaměřuje kromě individuální a skupinové terapie ještě na dovednosti klientů (sebeobstarávání, pracovní aktivita, sociální dovednosti...)

Denní péče (Day care)

Často jsou tyto služby zaměňovány za denní stacionáře. Jedná se ale např. o chráněné dílny. Tyto služby jsou zaměřeny na lidi, kteří jsou považováni za neschopné najít si práci nebo volnočasové aktivity v běžné nabídce komunity. Denní péče vlastně v malém měřítku replikuje chráněné sociální prostředí, které se vytvářelo v tradičních psychiatrických léčebnách.

Ambulantní služby (Outpatient clinics)

Jsou v tomto modelu hlavním propojením mezi nemocnicí a komunitou a jsou zároveň hlavní komponentou tohoto typu komunitních služeb.

Kombinují více funkcí:

- vyhledávání duševních nemocí
- ambulantní zvládnání duševních nemocí tam, kde není hlavním problémem obtížné jednání nemocného, které vede k tomu, že ho okolí odmítne
- intervence v psychosociální krizi u lidí, kteří sice netrpí duševní nemocí, ale mají podobné problémy ve vztazích a se svou sociální rolí
- ambulantní zvládnání medikace po propuštění z nemocnice
- domácí péče psychiatrických sester a krizový management.

Způsoby poskytování ambulantních služeb jsou různé:

- ambulantní konzultace
- práce s rodinou

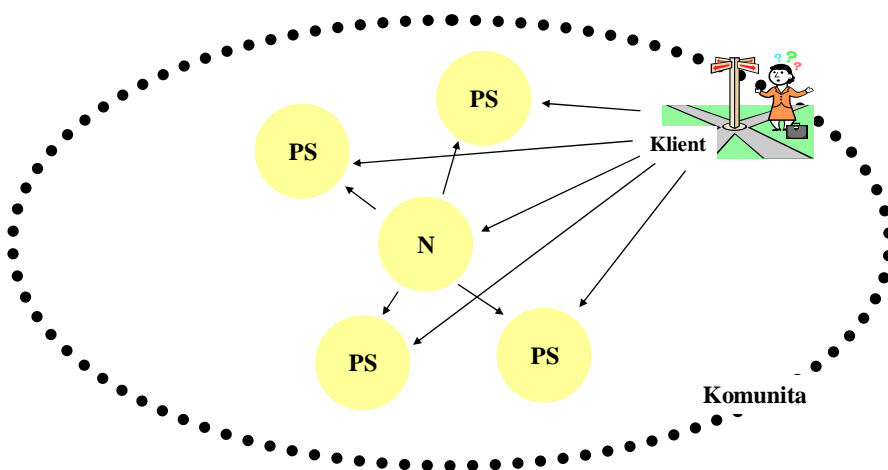
- podávání medikace v domácím prostředí
 - psychiatrické posouzení krize v domácím prostředí.
- Problémem ambulantních nemocničních služeb je jejich nízká intenzita.

Rezidenční alternativy k nemocnici (Residential alternatives to hospital)

Komunitní služby nemocničního modelu se snažily snížit výdaje rozvojem různých forem rezidenčních alternativ k nemocnicím. A to od domů, jejichž režim replikoval intenzivní klinický management v nemocnicích, až k programům léčebných komunit založených na intenzivní práci a vztahu s duševně nemocným v krizi.

Paradoxní je, že hlavním poskytovatelem bydlení pro duševně nemocné byly psychiatrické léčebny, které přijímaly nemocné, jejichž potíže plynuly z nemožnosti zajistit si v komunitě bydlení.

Nemocniční model komunitní péče



N - Nemocniční psychiatrické oddělení (klíčové pro zvládnání krize, centrum všech ostatních programů)
 PS – Další psychiatrické služby (denní sanatoria, chráněné dílny, ambulantní služby, rezidenční služby...)

(Obrázek - Paleček na základě Falloon a Fadden)

Komunitní přístup v komunitní péči

Hlavní rozdíl od předchozího modelu je v důrazu na komunitu jako místo péče. Základem jsou ambulantní služby, které by měly podporovat klienty v jejich vlastním prostředí během všech fází jejich nemoci, s pomocí individualizovaných intervencí (jako alternativ k centralizované skupinové léčbě prováděné ve službách nemocničního modelu). Nemocnice je viděna jako poslední útočiště, ne jako střed, z něž vycházejí všechny ostatní programy.

Příkladem je wisconsinský model z USA Dane County service (Mary Ann Test a Leonard Stein), který se vyvíjel od první poloviny 70. let.

Krizová intervence (Crisis intervention)

Je klíčovým vstupním bodem pro většinu případů.

Lidé v krizových situacích, kteří by v přístupu nemocničního modelu byli hospitalizováni, jsou bezodkladně vyšetřeni multidisciplinárním týmem, který definuje klientovy potřeby a posoudí sociální síť kolem klienta. Péče je intenzivní, 24 hodin denně, a může zahrnovat i asistenci ve všech aspektech každodenního života (příprava jídla, sebeobstarávání, pracovní aktivity). Je poskytována v klientově domácím prostředí. Pokud jsou rodinní příslušníci příliš stresováni, jsou klienti přemístěni do specializovaných ubytoven či do pěstounských - pečovatelských domovů (trénované a placené rodiny), kde je jim nadále poskytována péče.

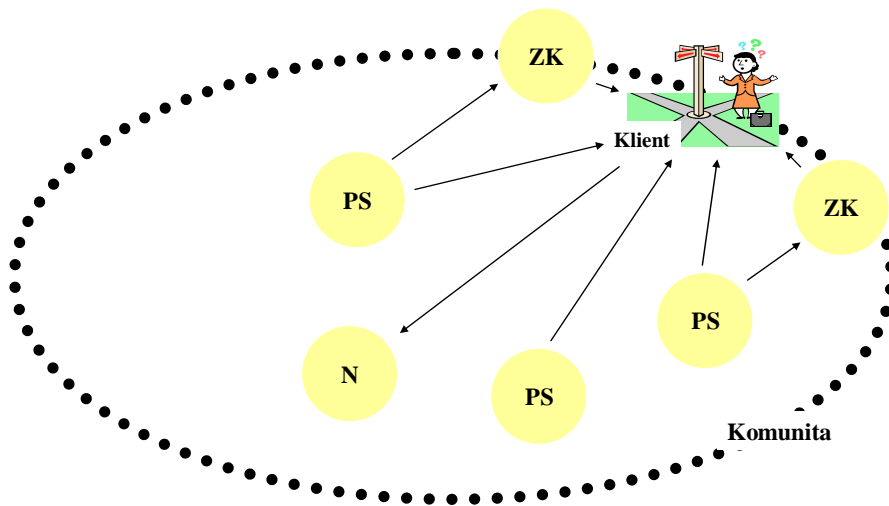
Mobilní komunitní rehabilitační programy (Mobile community rehabilitation)

Kde je to možné, jsou klienti podporováni při zapojování do programů v komunitě již existujících. Case manažeři facilitují přístup nemocných do komunity, tzn. že jsou ve spojení s důležitými osobami v komunitě, sociálními a bytovými agenturami, s policií. Důraz je ale kladen na odpovědnost klientů, tedy protiprávní jednání není automaticky omlučeno nálepkou duševní nemoci. Prevencí relapsu je dlouhodobá psychofarmakologická léčba, může být s dohledem nad domácím užíváním léků. Case manager asistuje klientovi v dosažení stabilnějšího životního stylu a předpokládá se, že u dlouhodobě nemocných může být tato podpora poskytována celoživotně. V komunitním přístupu není vždy jasně definována role neformálních pečovatelských, hlavně rodinných příslušníků. Často bývá cílem přesunout závislost klienta na podpoře rodinného prostředí na podporu profesionálního case managera. Tato nová závislost je podle autorů také největším rizikem komunitního přístupu.

Rezidenční péče s dohledem (*Supervised residential care*)

Právě snaha o dosažení nezávislosti klienta na péči rodiny vedla například ve wisconsinském modelu k velkému rozvoji alternativního chráněného bydlení. Efektivní však tato péče byla, jen pokud byla poskytována vysoce koordinovanými týmy 24 h denně, což bylo možné jen málokdy.

Komunitní přístup v komunitní péči



PS – Psychiatrické služby (krizová intervence, mobilní komunitní rehabilitační programy včetně case managementu, rezidenční péče)

ZK – Zdroje komunity (důležité osoby v komunitě, veřejné sociální a bytové agentury, policie...)

N - Nemocniční psychiatrické oddělení (spíše poslední útočiště, než střed ostatních programů)

(Obrázek - Paleček na základě Falloon a Fadden)

Integrované služby péče o duševní zdraví

Integrovaná péče znamená, že jsou plně propojeny 3 typy zdrojů: neformální pečovatelské (blízké okolí klienta, např. rodina), primární lékařská péče (praktický - rodinný lékař) a specializovaná péče (multidisciplinární týmy psychiatrických profesionálů).

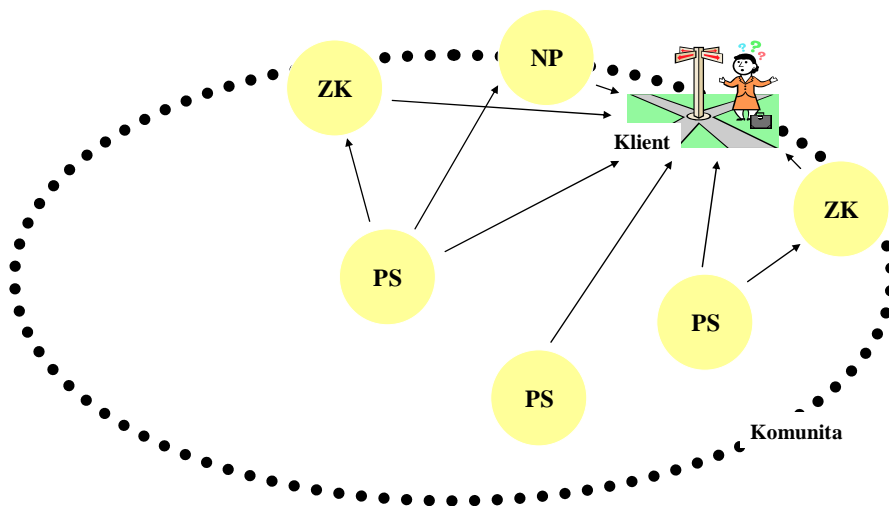
Příklad - Buckingham Project: populace 35 000 lidí od 16 do 63 let, registrovaných u 18 praktických (rodinných) lékařů.

Jsou rozšířením komunitního přístupu: zaměřují se na neformální podpůrné osoby a komunitní zdroje jakožto hlavní přispěvatele k úzdavě klienta. Cílem je zahrnout do péče všechny profesionální i ne-profesionální zdroje komunity. Je poskytována krizová intervence, dlouhodobá rehabilitace v přirozeném prostředí, facilitace zapojení klienta do existujících pracovních, sociálních a rekreačních nabídek komunity, které využívají i ostatní občané.

Profesionální služby, jako denní centra nebo chráněné bydlení, přicházejí ke slovu, teprve když běžné komunitní zdroje nejsou schopny klientovi asistovat, a to ani s plnou podporou profesionálního komunitního týmu.

Z toho vyplývá také (na rozdíl předešlého přístupu) důraz na rozsáhlé vzdělávání, trénink a konzultace pro pacienty, neformální pečovatele, obvodní doktory, sestry a další, a také důraz na vzdělávání profesionálů, na jejich schopnost používat posuzovací a intervenční strategie, které se osvědčily jako efektivní.

Integrované služby péče o duševní zdraví



NP – Neformální pečovatelé (blízké okolí klienta, např. rodina)

ZK – Zdroje komunity (důležité osoby v komunitě, veřejné sociální a bytové agentury, policie...)

PS – Psychiatrické služby (krizová intervence, mobilní komunitní rehabilitační programy včetně case managementu, rezidenční péče)

(Obrázek - Paleček na základě Falloon a Fadden)

(Podle: Falloon, Ian R.H., Fadden, Gráinne /1993/: *Integrated Mental Health Care. A comprehensive community-based approach*. Cambridge: Cambridge University Press)

Přednáška..... 20 min

PROGRAM ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBY (PROGRAMME OF ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT) - „PACT“ (starší název Training of Community Living-TCL)

Aplikace modelu: USA: Madison, stát Wisconsin, New South Wales, Austrálie, Velká Británie

ZÁKLADY a VÝCHODISKA

Dosud živý, inovacemi procházející model vyučovaný zejména v anglosaských zemích. Rozvíjení modelu od 70. let v: Madisonu, stát Wisconsin USA - Marry Ann Test et al.

Základní východisko: Předpokladem efektivní komunitní péče je **komplexní a dlouhodobá** péče. Taková péče může nahradit nebo velmi významně zkrátit hospitalizace a zvýšit kvalitu života klientů. Při rozvoji modelu studovány základní nedostatky stávajících systémů péče (Test, 1992).

Podpora se děje ve třech rovinách:

a/ snížení biologické vulnerability (tj.podávání psychotropních léků)

b/ pomoc klientovi při posilování ochranných faktorů (tj. sociální dovednosti, pracovní rehabilitace a psychosociální podpora)

c/ zeslabení environmentálních stresorů (tj. asistence klientovi při zajišťování základních potřeb - bydlení, finance, hygiena, zdraví, zajištění podpůrného pracovního a životního prostředí, nalezení takového prostředí, ve kterém může navzdory svým často závažným symptomům optimálně fungovat).

TÝM

Základem modelu PACT je základní tým („*core services team*“) nebo tým pro kontinuální léčbu („*continuous treatment team*“). Tým je multidisciplinární, složený z profesionálů v oblasti duševního zdraví, pracující v komunitě (*community-based*), odpovědný za definovanou skupinu klientů a jejich potřeb ve všech životních oblastech (vytváří „*fixed point of responsibility*“ - pevný bod odpovědnosti). Tým pracuje 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. (V dlouhodobé studii čtrnáctičlenný tým pro 120 klientů.)

Základní rysy týmu:

1. Tým poskytuje většinu bio-psycho-sociálních intervencí (provádí léčbu i rehabilitaci), spíše než by odkazoval klienty na další organizace. Když dojde k odkazu na jinou službu, týmu stále zůstává odpovědnost za to, zda jsou tam naplňovány klientovy potřeby. Je tak zajišťována kontinuita služeb, kontinuita v čase (potřeby klienta se v čase dynamicky mění) a kontinuita poskytovatele péče. (Prevence fragmentace a komplikovanosti služeb.)
2. Tým je mobilní. Většina kontaktů s týmem (78%, Test 1987) probíhá v přirozeném teritoriu klienta (bydliště, sousedství, pracovní místo nebo místo volnočasových aktivit). (Prevence „výpadku“ ze služeb a komplikovaného transferu služby z prostoru instituce do domácího prostředí.)
3. Služby jsou vysoce individualizovány, přizpůsobeny jak charakteru klienta a jeho potížím a potřebám, tak jejich změnám v čase.

LÉČEBNÝ PROCES

1. Podrobná klinická a funkční analýza
2. Individualizovaný léčebný plán zahrnující následující oblasti
 - a) symptomy a psychologické fungování (poskytování medikace, emocionální podpora, pomoc při řešení osobních problémů, v kontextu dlouhodobého vztahu edukace o nemoci a event. self-managementu symptomů; tým rovněž provádí individualizovanou edukaci rodinných příslušníků a členů komunity - ubytovatelů a zaměstnavatelů. Jeden člen týmu je na telefonu 24 hodin za účelem krizové intervence, v nutném případě je možné rychlé přijetí do nemocnice.);
 - b) podpora při zajišťování sociálního zázemí (personál pomáhá klientům hledat ubytování spíše v komunitě než ve specializovaných residenčních službách);
 - c) aktivity každodenního života (asistence a trénink při nákupu, hospodaření s penězi, zajišťování prádla, užívání hromadné dopravy, vytváření přátelství a hledání uspokojivých volnočasových aktivit). Rolí personálu je role „kouče“ - učí klienta, jak věci dělat, poskytuje mu emocionální podporu a popřípadě dělá věci spolu s ním, zvláště když se objeví něco nového nebo obtížného);
 - d) pracovní dovednosti (cílem je, aby klient získal zaměstnání na optimální úrovni, odpovídající jeho možnostem. Postupně přechod od konceptu chráněných dílen k podporovanému zaměstnávání, kde je větší možnost individualizace pracovní činnosti. Práce s klientem a zaměstnavatelem přímo na místě.);
 - e) sociální a interpersonální dovednosti;
 - f) celkové zdraví.

PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ

Personál zahrnuje veškeré profese v následujících oblastech péče o duševní zdraví: sociální práce, psychiatrické ošetřovatelství, ergoterapie, psychologie, rehabilitační poradenství a psychiatrie.

75% by mělo mít bakalářské či magisterské vzdělání v daném oboru, paraprofesionálů by mělo být ne více než 25%. V PACT modelu pracují všichni členové týmu se všemi klienty, tedy klient vždy najde někoho, s kým má dobrý pracovní vztah. Členové týmu se dělí o odpovědnost a vytvářejí léčebné plány společně; to vede mj. k prevenci burn-out syndromu.

Tým potřebuje supervizora. Předpoklady: zkušenosti z práce s dospělými duševně nemocnými, porozumění charakteristickým rysům a problémům této skupiny klientů, znalost metod a principů PACT.

Supervizorem může být psychiatrická sestra, rehabilitační poradce, sociální pracovník, psycholog nebo psychiatr. Pokud jím není psychiatr, měl by být psychiatr členem týmu.

ÚČINNOST V KRÁTKÉM ČASOVÉM ÚSEKU:

Studie ze 70. let (Stein and Test 1970) hodnotí použití PACT jako alternativu k psychiatrické nemocnici. Pokusná skupina byla zařazena do programu PACT, druhá obdržela nemocniční a poté dostupnou, na tehdejší dobu velmi progresivní, pohospitalizační péči v Dane County ve Wisconsinu (viz níže). Skupina byla do programu PACT zařazena 14 měsíců, poté přešla též do běžných ambulantních programů. Kontroly klientů ve studii probíhaly každé 4 měsíce v celkovém rozsahu 28 měsíců.

Výsledky byly velmi pozitivní: PACT skupina měla v průběhu 14 měsíců signifikantně kratší dobu hospitalizace, vyšší nezávislost v životě a méně symptomů. Zaznamenala též signifikantní, i když skromné úspěchy na poli práce a sociálního fungování.

Podobné výsledky byly zaznamenány i při dalších replikacích studie v USA, Austrálii a Velké Británii (např. Houlton and al. 1983 etc. ...).

Součástí studie byla komplexní ekonomická studie. Ukázala, že model je ekonomicky dostupný, náklady jsou prakticky srovnatelné s kontrolním systémem péče. Výsledky a zisky klientů nepředstavovaly ani další signifikantní ekonomickou zátěž rodiny (Test and Stein 1980).

Při šetření po 14 měsících vyřazení klientů z programu PACT se však ukázalo, že většina zisků nabytých v programu se ztratila a klienti již zdaleka tak dobře neprosperují.

Podobných výsledků bylo dosaženo i v jiných studiích, sledujících i jiné typy intervencí.

Klienti vykazují dobré výsledky, jsou-li sledováni v průběhu určitého programu, většina pozitivních výsledků se ztrácí, pokud jsou z programu vyřazeni.

Není úplně jasné, proč tomu tak je, ale patrně to vyplývá z psychobiologické vulnerability u schizofrenních klientů, kteří nemohou úspěšně existovat bez přítomnosti protektivních faktorů. Z toho vyplývá, že ideální léčebný program pro lidi se schizofrenií musí být nejen komplexní, ale i dlouhodobý.

ÚČINNOST V DELŠÍM ČASOVÉM ÚSEKU

Studie Test et al., 1985, 1991 šetří dopad dlouhodobé a komplexní péče u mladých lidí se schizofrenní problematikou.

Otázky:

- Jsou efekty komplexní komunitní léčby trvalejší, když se děje v dlouhodobém časovém rozpětí?
- Zlepší se signifikantně sociální a pracovní fungování klientů za těchto podmínek?

122 mladých dospělých ve věku 18-30 let přijatých do studie z nemocničních nebo ambulantních služeb po akutní epizodě. V léčbě PACT 60%, kontrolní skupina 40%.

V těchto léčebných podmínkách setrvali klienti po dobu sedmi let za pravidelných kontrol prováděných nezávislým týmem každých 6 měsíců.

Kontrolní skupina byla zařazena do DANE systému (systém Dane County se mezitím stal národním modelem pro komunitní péči v USA, jde o systém jednotlivých komponent služeb, např. krizové služby, psychosociální kluby, speciální podpora bydlení..., které odpovídají potřebám klienta v jednotlivých oblastech fungování a času). Tento systém postupně převzal v mnoha směrech filosofii PACT (ve smyslu kontinuity funkčních oblastí a času, nikoli však kontinuitu poskytovatele), další komponentou systému služeb se stal mobilní komunitní tým. Přesto tvůrci studie přepokládali větší intenzitu a kontinuitu péče u PACT.

Časné výsledky studie (Test et al. 1991) - klienti v PACT programu měli větší výdrž v komunitě:

- průměrný počet dní v nemocnici nebo ošetrovatelském domě: PACT 5,24(19,4%); DANE 44,17 (56.10%)

- klienti PACT též vykazovali signifikantně větší schopnost žít ve svých vlastních bytech.

Význam studie:

- poprvé podobná studie v takové šíři (zejm. časové) a s takovou skupinou (schizofrenní dospělí se špatnou prognózou)

- pokusná skupina byla velmi přísně kontrolována ve srovnání s národně uznaným DANE systémem

- ve srovnání s dřívějšími studiemi (viz výše) přetrvávaly dosažené úspěchy klientů další dva roky.

Co je příčinou efektivity PACT??? („Critical ingredients“)

- Zřejmá skutečnost, že efektivní léčba jednoduše přijde přímo ke klientovi;

- odpovědnost je fixována na jasně pověřený tým (tedy nikoli jednotlivce!!!) s dostatečnými zdroji a flexibilitou (možnost okamžité individualizace intervencí aktuálními potřebami klienta);

- tým je zároveň care managerem i poskytovatelem služeb („fixed point of responsibility“).

Cílová skupina

- nejvíce profitující skupinou z tohoto programu je skupina klientů s nejtěžšími formami onemocnění a největším postižením; program je vhodný i pro klienty s epizodickým průběhem onemocnění, kdy je možný monitoring prodromálních příznaků a prevence relapsů.

Výsledky dlouhodobě studie nejsou doposud kompletně zpracovány.

((Podle: Test, Mary Ann / Knoedler, William H. / Allness, Deborah J. / Senn, Burke Suzanne / Kameshima, Shinya / Rounds, Laura (1997): *Comprehensive community care for persons with schizophrenia through the programme of assertive community treatment (PACT)*. In: Brenner, H.D. et al. (eds): *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. Seattle: Hogrefe and Huber Publisher (p.167-180))
(též v *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness /2002/*, Edited by Jaap van Weeghel, Geneva Initiative on Psychiatry, Trimbos Institut, GGZ Nederland))

Diskuse ve skupinách..... 10min

Jaké ze tří pojetí komunitní péče (podle Faloon a Fadden – viz předešlá přednáška) představuje PACT? Nemocniční model komunitní péče, komunitní přístup v komunitní péči, anebo integrované služby pro duševní zdraví? (Eventuálně lze diskutovat o tom, jak systém využít pro člověka s duševní nemocí, jehož příběh byl uveden na začátku.)

Přednáška..... 20 min

KOMPLEXNÍ SYSTÉM KOMUNITNÍ PODPORY (KSKP)

Modelový systém komunitní péče pro USA (vyhlášen Národním Institutem pro Duševní Zdraví - NIMH)

Články systému KSKP:

Identifikace klienta a asertivní služba

Servis pro izolované a segregované klienty, kteří nechtějí nebo nejsou schopni navštěvovat formální služby nebo léčebná centra - zaměřuje potenciální klienty a nabízí jim asistenci.

Speciální pozornost klientům bez domova.

Psychiatrická léčba

Klinické služby zajišťují diagnostiku, podpůrné poradenství a psychoterapii, medikaci a služby pro duální diagnózu.

Krizové služby

K dispozici 24 hod. denně, se stálou telefonní službou, pojízdou krizovou službou, mobilním asertivním týmem a krizovými a nemocničními lůžky.

Zdravotní péče a péče o chrup

Duševně nemocní mají signifikantně vyšší výskyt fyzických onemocnění - musí mít zajištěn přístup ke všeobecné zdravotní a zubní péči.

Bydlení

Je potřeba stálé, dostupné a přijatelné bydlení v běžné komunitě. Jedinci jsou trénováni k výběru bydlení a kontrole nad vlastním bydlením. Trénink, podpora a služby jsou poskytovány bez ohledu na to, kde lidé bydlí. K dispozici je také malé množství strukturovaných a supervidovaných rezidenčních služeb. Zvláštní pozornost zasluhují lidé bez domova, jejichž situace vyžaduje nejrůznější míru struktury a supervize.

Podpora při získávání finančních příjmů a dalších oprávněných nároků

Svépomocná podpora

V každé lokalitě by měly být svépomocné skupiny a uživatelé definované, organizované a kontrolované služby, které doplňují formální komunitní služby pro duševní zdraví. Tyto služby by měly zahrnovat: podpůrné skupiny, drop-in centra nebo sociální kluby, programy nezávislého života, které poskytují asistenci při získávání finančních příspěvků, bydlení, rady a doporučení, trénink každodenních dovedností, pracovní poradenství a zaměstnávání, uživatelé provozované bydlení, respitní péči nebo krizové asistenční služby, dále by tyto služby měly zajišťovat

komunitní vzdělávání o psychiatrických postiženích a o potenciálu takto znevýhodněných lidí vést uspokojivý život a přispívat k životu komunity, ve které žijí.

Podpora rodin a další podpora v komunitě

Edukace o charakteru nemoci a postižení, poradenství a podpora, zapojení rodinných příslušníků do léčebného plánu, respitní péče, doporučení do podpůrných a advokačních (*advocacy*) skupin.

Další podpora pro nájemce, zaměstnavatele, komunitní agentury a všechny, kdo přicházejí často do kontaktu se zmíněným postižením.

Rehabilitační služby

Sociální rehabilitace

- služby pomáhající rozvíjet sociální dovednosti, zájmy, volný čas i dovednosti běžné sebeobsluhy

Pracovní rehabilitace

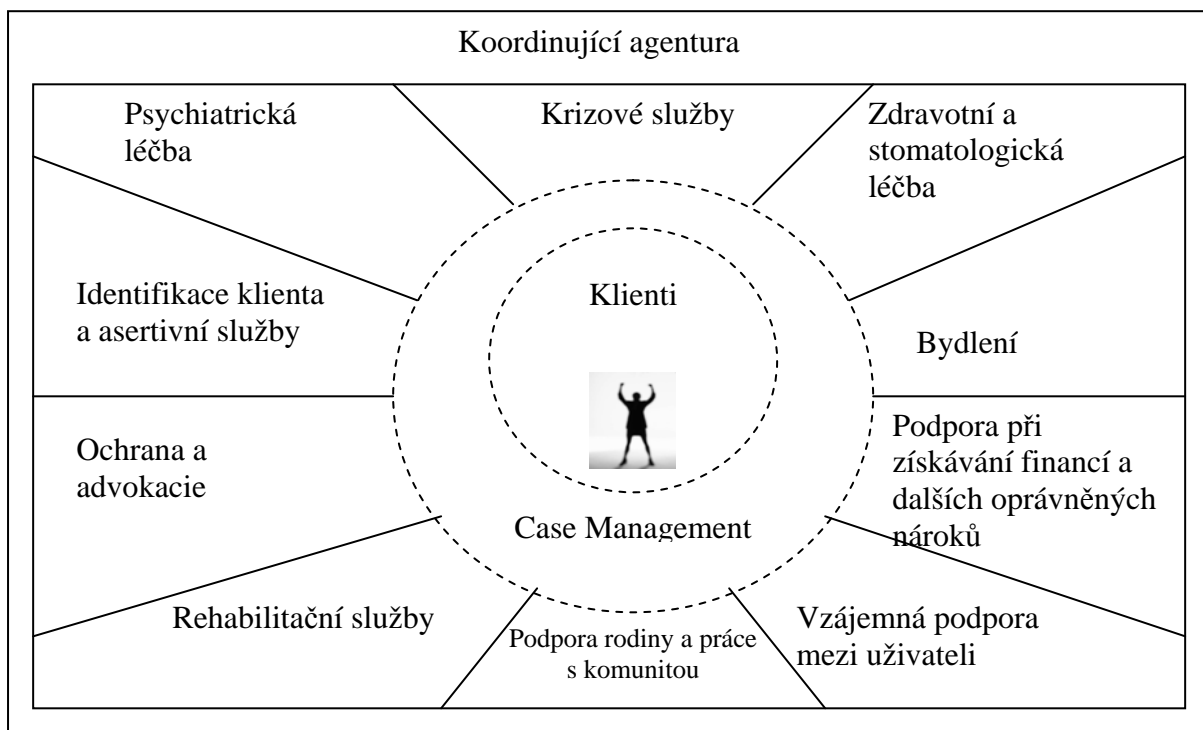
- systém služeb a pracovních příležitostí, které klienta připravují pro zaměstnání a pomáhají mu ho získat a udržet.

Ochrana a advokacie

Musí být přítomny stížnostní procedury a mechanismy na ochranu klienta (jak vně, tak uvnitř zdravotních a residenčních služeb), stejně jako informovanost klienta a jeho rodinných příslušníků o jeho právech a zákonných zdrojích. Tuto službu zajišťují nejrůznější státní, lokální a občanské organizace.

Služby case managementu

tj. jednotlivá osoba nebo tým osob zodpovědný za udržení dlouhodobého podpůrného vztahu s klientem. Case manager je pomocník, zprostředkovatel služeb a advokát klienta, způsob práce je na klienta orientovaný (client-oriented) a klienta posilující (client-empowering), resp. zplnomocňující. Nezbytně nutný je kontakt case managera a klienta během hospitalizace a koordinace nemocničních a komunitních služeb. Bezdomovci s psychiatrickými problémy vyžadují zvláště intenzivní a kontinuální case management, který se odehrává jak v útulcích, tak na ulici.



.Komplexní systém komunitní podpory (podle NIMH 1987)

Autor upozorňuje na nevýhody: koncentrace na deficit, důraz na primární nutnost služeb poskytovaných profesionály po celou délku života spíše než na podporu vrstevníků, členů rodiny.....

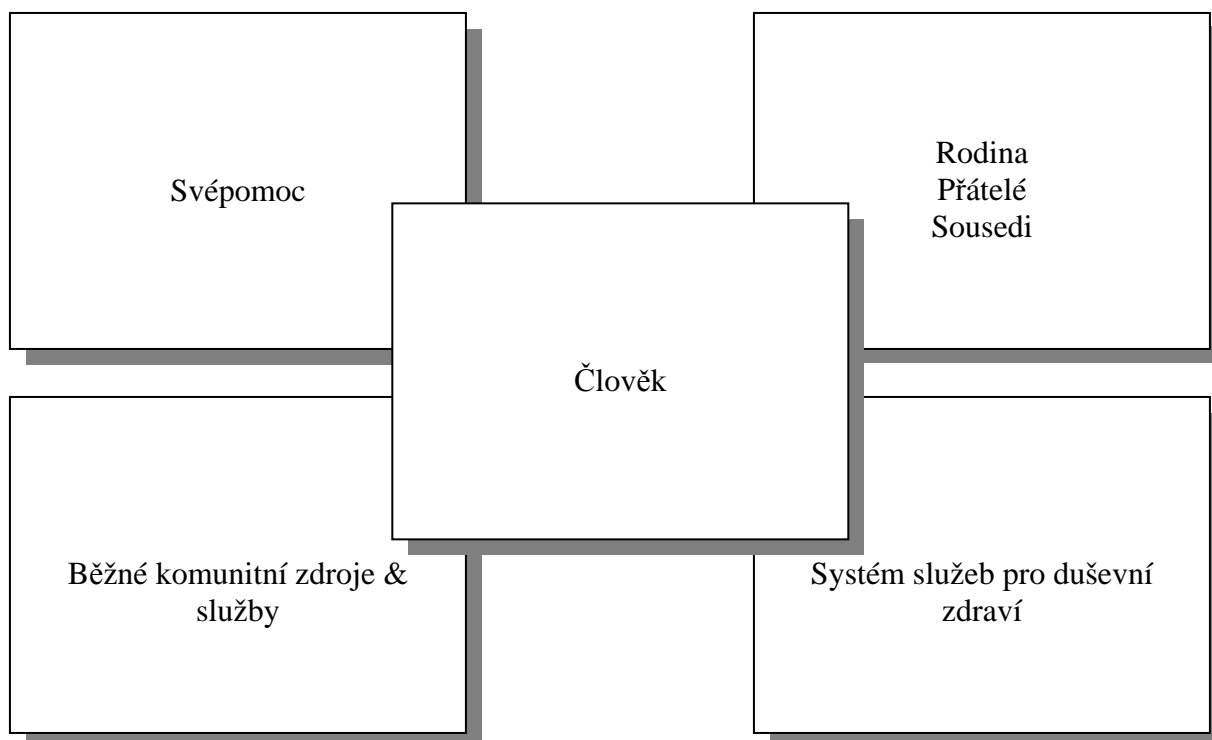
(Podle Carling, Paul J. /1995/: *Return to Community. Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York, London: The Guilford Press)

Diskuse ve skupinách..... 10min

Jaké ze tří pojetí komunitní péče (podle Faloon a Fadden) představuje KSKP? Nemocniční model komunitní péče, Komunitní přístup v komunitní péči anebo Integrované služby pro duševní zdraví? (Eventuálně lze diskutovat o tom, jak systém využít pro člověka s duševní nemocí, jehož příběh byl uveden na začátku.)

Přednáška..... 20 min

ALTERNATIVA K PROFESIONÁLNÍMU MODELU: VYTVÁŘENÍ PODPŮRNÉHO PROSTŘEDÍ



Model „vytváření podpůrného prostředí“ (Podle Trainor a Church 1984)

Politika „vytváření podpůrného prostředí“ byla vyvinuta kanadskými teoretiky komunitní péče (Trainor a Church, 1984 ; Trainor, Pomeroy a Pape 1993, Pape 1990). Carling (1995) ji považuje za progresivnější.

Základní myšlenka: ke skutečné integraci a úspěchu znevýhodněného jedince vedou jeho vlastní síly a svépomoc, nikoli použití profesionálních služeb. „Vytváření podpůrného prostředí“ je tedy modelem, ve kterém největší podpora v životě člověka přichází 1/ od člověka samotného (svépomoc)³, 2/ od přátel a rodiny, 3/ od běžných organizací a služeb v obci (tj. církví, sociálních klubů, komunitních agentur atp.). 4/ Specifické služby duševního zdraví jsou primárně koncipovány jako „podpora podporujícím“, tedy výše zmíněným (1-3). Nevytvářejí paralelní systémy služeb, ale podmínky, které jedincům s handicapem usnadní přístup k běžným zdrojům komunity a umožní jim setkávat se s podporou za přibližně stejných podmínek jako běžní občané. Předpokladem je silné partnerství mezi všemi zúčastněnými (obr.2.2.).

³ Svépomoc (self-help) je v textu užívaná ve smyslu pomoci, která je obsažena ve vlastních silách jedince („pomoz si sám“), tak šířeji ve smyslu vzájemné podpory členů svépomocných skupin.

Běžnou tendencí naopak je, že se formální služby duševního zdraví stávají jediným poskytovatelem podpory, který však člověka izoluje od přirozených zdrojů pomoci. Takto se tyto, většinou ekonomicky „podvyživené“ služby, stávají přetíženými a v podstatě nemohou efektivně kontinuitně péči kvalitně poskytovat. V centru tohoto bludného kruhu je nakonec izolovaný člověk bez podpory.

Cíl modelu „vytváření podpůrného prostředí“: lidé s psychiatrickým znevýhodněním žijí bohatý a uspokojivý život v komunitě.

Předpoklady dosažení cíle:

1/ lidé s psychiatrickými problémy jsou zplnomocněni k převzetí kontroly nad svými životy a k svobodnému výběru charakteru podpory

2/ komunita je mobilizována k použití celé své kapacity pro akceptaci a podporu lidí s psychiatrickými problémy.

V efektivním systému podpory jsou *všechny složky v rovnováze*, není dominance profesionálních služeb duševního zdraví, je nutný legislativní rámec a v systému služeb pro duševní zdraví jsou role redefinovány.

Studie:

Projekt modelu „vytváření podpůrného prostředí“ byl testován ve třech komunitách v Kanadě. Studie (Pape 1990) ukázaly, že dosahování balance mezi jednotlivými složkami podpory je velmi komplikované a chaotické, účast uživatelů předpokládá zcela základní práci s nimi, „vytváření podpůrného prostředí“ nemůže fungovat bez změny investic do komunity (tj. přesun zdrojů pro instituce a profesionální služby ke komunitním a uživateli kontrolovaným službám).

JEDNOTLIVÉ SLOŽKY MODELU „VYTVÁŘENÍ PODPŮRNÉHO PROSTŘEDÍ“

1. Zaměření na člověka a svépomoc
2. Neformální podporující síť: přátelé, rodiny, sousedé
3. Běžné komunitní služby a příležitosti
4. Formální služby duševního zdraví

1/ Zaměření na člověka a svépomoc

- posun zájmu od profesionality ke kapacitě *jedince a svépomoci uživatelů* znamená zásadní posun v tom, kdo definuje klientovy potřeby
- jedinec s duševní chorobou má jako jakýkoli jiný člověk jedinečné silné stránky, které mohou vést k naplňování jeho jedinečných potřeb
- ve svépomocných skupinách užívají tyto jedinci kolektivní síly, aby podporovali jeden druhého
- tak se v modelu „vytváření podpůrného prostředí“ setkává cíl formálních i neformálních podporujících systémů: *maximalizovat rozsah, ve kterém lidé přebírají odpovědnost za své vlastní životy, podstatná rozhodnutí, své směřování a volby.*
- všichni realizujeme své životy v kontextu svých vztahů (hlavně přátelských a rodinných), spíše než nezávislí („independent“) jsme tedy „souvisějící“, propojení jeden s druhým („interdependent“). *„Někdy se jedinec stane závislejší na druhých (třeba na pomoci osobního asistenta), aby mohl být nezávislejší v jiných životních oblastech (např. udržel si zaměstnání).“* (Anthony, Cohen and Cohen 1984)
- je jasné, že mnohé z psychiatrických problémů (negativní i pozitivní psychotická symptomatika, kognitivní deficit) interferují s možností převzít odpovědnost za svůj život, při směřování formální i neformální podpory právě na tento okruh problémů lze překonat i tento konflikt
- v tomto procesu je velmi důležitý příklad druhých - tedy druhých uživatelů (daleko účinnější než proklamace profesionálů o nutnosti seburčení jedince)
- profesionálové ale mohou pomoci tomuto procesu: v každém vztahu s profesionálem, v provozu jakékoli služby (residenční, denního centra etc...) se otvírá prostor, ve kterém uživatel může trénovat svou moc a kontrolu. Důležitá otázka pro profesionála: *„Získal jedinec (uživatel) v naší vzájemné interakci více či méně moci (kompetence)?“*

2/ Neformální podporující síť: přátelé, rodiny, sousedé

Pape (1990) považuje tuto síť za rozhodující zdroj podpory, který je ale často neuznáván, resp. ignorován.

Přátelé a sousedé:

Přátelé jsou nejdůležitější podporou pro kohokoliv. Lidé s psychiatrickým znevýhodněním ale mají často velmi úzký nebo neexistující okruh přátel, popřípadě síť tvořenou pouze uživateli psychiatrické péče. Normální přátelství jsou však navazována při společenském životě komunity (kluby, zájmová sdružení, noční bary atd...), nebo běžných činnostech (zaměstnání, vzdělávání, bydlení). Spolupracovníci, sousedé a spolužáci jsou nejpodstatnějším zdrojem přátel.

Z tohoto vyplývá snaha formálních i neformálních podporujících služeb o maximalizaci času, který lidé s psychiatrickým handicapem stráví v kontaktu s těmito přirozenými zdroji. Nejjednodušší strategií je provádět veškerou rehabilitaci a komunitní podporu v reálném prostředí jako je běžné zaměstnání, bydlení a vzdělávací kurzy. Nejlepší podpůrné komunitní služby jsou často „neviditelné“.

Služby, které pracují na tomto principu, podporují klíčové vztahy jedince (přátele, sousedy, učitele, majitele bytů a zaměstnavatele) a kladou důraz na sílu a kvalitu této přirozené sítě. Když se objeví krize, služby asistují nejen individuálně, ale i této síti, jejím posilování, event. rekonstrukci.

Rodiny:

Vzhledem k reálné situaci (tj. izolaci duševně nemocného od přirozených vztahů a nedostatkům formálních služeb) hrají členové rodiny často všechny důležité role - jsou přáteli, domácími i poskytovateli služeb. To pochopitelně vede k takovému přetížení, že se pak institucionální péče jeví jako jediné řešení. Přitom kdyby rodiny měly skutečně adekvátní podporu v komunitě, takové řešení by často nevolily.

Hlavním úkolem formálních služeb je tedy znovu získat důvěru rodin. Rodiny potřebují podporu, informace o handicapu, možnost podílet se o zkušenost s jiným rodinami a vzájemně se podporovat, možnost nacházet prostor, ve kterém může handicapovaný člověk přispívat k životu rodiny, asistenci při separaci handicapovaného člena, podporu v přechodných krizích.

3/ Běžné komunitní služby a příležitosti

Rozhodující pro integrativní přístup je rozsah, ve kterém mají duševně nemocní přístup k normálnímu zaměstnání, bydlení, volnočasovým aktivitám, prostor, ve kterém mohou přispívat k běžnému životu komunity ve vší jeho bohatosti.

Úkolem přirozených a formálních podpůrných systémů je hledání tvořivých přístupů, které usnadní jedinci přístup k těmto zdrojům (nikoli tedy budování paralelního světa služeb). Přístup k těmto přirozeným zdrojům je především funkcí přátelských vztahů, právě tak jako přístupu ke zdrojům podpory.

Důležité jsou tedy přátelské vztahy jedince, jeho společné zájmy s ostatními členy komunity a asistence při navazování kontaktů s těmi, kteří v komunitě poskytují přátelství a podporu v tomto procesu získávání přístupů ke zdrojům.

(Mnoho zkušeností v tomto procesu s občany s mentálním handicapem, Taylor et al.1987).

Důležité úkoly v tomto procesu:

- překonání chudoby duševně nemocných (značná bariéra v přístupu ke komunitním zdrojům) prostřednictvím podpory při získání vyšších příjmů, tréninku zacházení s peněží
- asistence při vytváření přátelství se spolupracovníky a sousedy a jejich udržení na základě společných zájmů a vzájemné podpory (profesionálové by se měli zaměřit na tyto klíčové vztahy, spíše než očekávat, že tyto potřeby budou osloveny v nějaké speciální službě)
- přímá práce s těmi, kdo poskytují běžné komunitní služby (např. lékaři, dentisté, poradci, učitelé, prádelny, restaurace...), za účelem zvýšení možností přístupu lidí se znevýhodněním k těmto službám (ne tedy zbavovat tyto služby odpovědnosti vytvářením speciálních služeb a přímo pracovat pouze s handicapovanými jedinci)
- zajistit lidem s psychiatrickými problémy možnost přispívat svým dílem do života komunity, ve které žijí - dobročinné akce, dobrovolnické programy, volby etc....

4/ Formální služby duševního zdraví

Efektivní systém komunitní podpory (jak bylo řečeno) je takový systém, v němž profesionálové pracují s jedinci (svěpomoc v širším slova smyslu) a s přirozeným systémem podpory (přátelé, sousedé, rodiny, běžné služby v komunitě) za účelem pomoci jim realizovat jejich aspirace.

Systém komplexní komunitní podpory (popsaný výše) by tuto efektivní podporu mohl poskytovat, v praxi je však často velmi úzce rozvíjen jen jako síť formálních specializovaných služeb.

INTEGRACE PROFESIONÁLNÍCH SLUŽEB DO MODELU „VYTVOŘENÍ PODPŮRNÉHO PROSTŘEDÍ“

Primární strategií je systematicky restrukturovat poselství, politiku, finanční zdroje, opatření a hodnocení běžných služeb ve smyslu podpory a zvyšování kompetence jedinců s psychiatrickým znevýhodněním (bohatá literatura o těchto strategiích: Rose a Black 1985, Zinman et. al., 1987, Curtis Mc Cabe, Montague, Caron and Harp, 1991).

1. Zahnout přístup komunitní integrace do všech poselství a politických stanovisek zdůrazňováním hodnoty sebeurčení a nezávislého života.
2. Měnit způsob, kterým se profesionálové, agentury a vládní byrokracie vztahují k duševně nemocným v důležitých rozhodováních - plánování, financování a hodnocení služeb, trénink personálu.
3. Učinit systém přehledným pro ty, kterým má sloužit, stálým dotazováním uživatelů, jak by měla vypadat určitá služba, ještě před jejím odstartováním. Rutinním a kontinuálním výzkumem zjišťovat efekt služby u uživatelů a jejich spokojenost s ní.

(Podle Carling, Paul J. /1995/: *Return to Community. Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York, London: The Guilford Press)

(citovaná kapitola je publikována též v *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness /2002/*. Edited by Jaap van Weeghel, Geneva Initiative on Psychiatry, Trimbos Institut, GGZ Nederland)

Diskuse ve skupinách..... 10min

Jaké ze tří pojetí komunitní péče (podle Faloon a Fadden) představuje model „vytváření podpůrného prostředí“? Nemocniční model komunitní péče, komunitní přístup v komunitní péči anebo integrované služby pro duševní zdraví? (Eventuálně lze diskutovat o tom, jak systém využít pro člověka s duševní nemocí, jehož příběh byl uveden na začátku.)

Diskuse ve skupinách..... 25min

(Skupinové cvičení: na základě práce s novinovým článkem o duševně nemocném člověku se pokusit formulovat problém jinak /a s jinými následky pro duševně nemocného a duševně nemocné obecně/; nastínit alternativní řešení popsané situace.)

Studenti pracují ve skupinkách s novinovým článkem (viz níže)

1. Co z článku vyplývá o duševně nemocných a o řešení problému duševně nemocných?
2. Jak by bylo možné článek přepsat „destigmatizačně“? Jak to napsat jinak, aby text neimplikoval automaticky představu, že duševně nemocný je automaticky nebezpečný?
3. Jak by se tato situace mohla řešit s pomocí některého ze systému komunitní péče?

MF Dnes, příloha Praha, 31.3.2004

ŠÍLENEC OHROŽUJE NUSLE

Lidé už nevědí, jak se útokům duševně nemocného Václava Halusky bránit.

Nusle (jaz) – Již několik let terorizuje duševně nemocný Václav Haluska z domu v ulici V Horkách, který patří městské části Praha 4, své okolí. Lidé si od té doby nesčetněkrát stěžovali na místní radnici i na policii, avšak bez výsledků.

Nedávno Haluska dokonce ohrožoval člověka střelbou z plynové pistole. Obyvatel sousedního domu Zbyněk Dubský potvrzuje, že dotyčný je svému okolí nebezpečný.

„Pan Haluska lidem vyhrožuje, že je zabije, nedávno řval na servírku a pokladní v jedné místní restauraci. Někdy hází po ulicích dělbuchy, kreslí po zdech různé vulgární symboly a také hákové kříže,“ tvrdí Dubský.

Nebezpečný nájemník je v plném invalidním důchodu. I lékaři potvrdili, že je psychicky nemocný, avšak nařízené ambulantní léčbě se dlouho vyhýbal.

Obyvatelé z okolí Haluskova bytu jsou bezradní a zoufalí z toho, že jim nikdo nepomůže. „Ten člověk lidem ničí zvonky tím, že je postříká barvou. Také je pověstný tím, že krade z aut zrcátka,“ upozorňuje Dubský.

Šéfová oddělení přestupků radnice Prahy 4 Ludmila Němcová potvrdila, že je Václav Haluska problémový a nebezpečný člověk. Odmítla však tvrzení, že by úředníci nic nedělali. „My musíme dodržovat zákon a ten nařizuje, že přestupky, kterých se pan Haluska dopouští, s ním musíme projednat osobně. My mu napíšeme, ale on si poštu nebere. Můžeme ho sice nechat předvést policii, jenomže on často nebývá doma nebo nikomu neotvírá. Policisté však v takovém případě nesmějí vniknout do bytu násilím,“ tvrdí Němcová. Policejní mluvčí Iva Knolová uvedla, že policie problém s Václavem Haluskou řeší, a lidem dokonce svítla naděje, že budou mít klid. „Občané na něj podali trestní oznámení a my ho stíháme pro poškozování cizí věci. Nakonec jsme ho dopadli při krádeži v Praze 8. Lékař potvrdil, že je psychicky nemocný, a nařídil jeho umístění do psychiatrické léčebny,“ řekla Knolová.

Titulek u fotografie ulice V Horkách:



OBYVATELÉ. Život v jinak klidné ulici už delší dobu ztrpčuje lidem duševně nemocný člověk.

ODBORNÍK RADÍ

Právník říká: Běžte k soudu

Praha (jaz) – Právník Daniel Šimánek uvedl, že lidé se mohou bránit proti sousedovi, který ohrožuje jejich bezpečnost, dvěma způsoby.

„V případě, že místní radnice a policisté nejsou schopni proti takovému člověku účinně zasáhnout, mohou se lidé obrátit přímo na příslušnému obvodnímu soudu s podnětem, aby mu takové jednání zakázal,“ řekl Šimánek. Advokát upozornil, že lepší by bylo opatření, které by duševně nemocného člověka izolovalo od místa, kde ohrožuje ostatní. „Jestliže se obyvatelé domnívají, že dotyčný je psychicky narušený a nechápe, že to, co dělá, je nebezpečné, je tady jedna šance. Lidé mohou dát k soudu návrh, aby mu nařídil léčbu v psychiatrické léčebně,“ dodal Šimánek.

Literatura

Adresář komunitních služeb pro duševně nemocné:

http://mujweb.cz/Institute/asociace_komunitnich_sluzeb nebo www.cmhcd.cz

Carling, Paul J. (1995): Foundation for a new approach. In: Return to Community. Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities. New York, London: The Guilford Press (Ch.2, p.49-68) (citovaná kapitola je publikována též v Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness /2002/ Edited by Jaap van Weeghel, Geneva Initiative on Psychiatry, Trimbos Institut, GGZ Nederland) (k dispozici výtah v češtině)

Deegan, P.E. (1992): Hnutí nezávislého života a lidé s psychiatrickým postižením: znovuzískávání kontroly nad našimi životy. In: J.Paleček, ed.: To co potřebujeme, není ochrana. Nezávislý život duševně nemocných. Fokus Ústí nad Labem. Ústí nad Labem. Str.25-35 (<http://www.cpb.cz/stranky/publikace.htm>)

Faloon, Ian R.H., Fadden, Gráinne (1993): Integrated Mental Health Care. A comprehensive community-based approach. Cambridge: Cambridge University Press
MIND Factsheets

Mosher, Loren R., Burti, Lorenzo (1989): Community Mental Health. Principles and Practise. New York, London: W.W.Norton & Company

Mowbray, Carol, T. / Moxley, David P. (1995): A framework for organizing consumer roles as providers of psychosocial rehabilitation. In C.T. Mowbray et al (Eds.). Consumers as providers in psychosocial rehabilitation. Columbia: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (Ch.2., p. 35-44) (též v Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness (2002). Edited by Jaap van Weeghel, Geneva Initiative on Psychiatry, Trimbos Institute, GGZ Neederland) (k dispozici výtah v češtině)

Politika péče o duševní zdraví v ČR - zpráva o současném stavu, Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví za finanční podpory Nadace Open Society Fund Praha, 2004

Raboch J., Zvolský P. et al. (2001): Psychiatrie. Praha: Galén, Karolinum

Test, Mary Ann, Knoedler, William H., Allness, Deborah J., Senn, B. S., Kameshima, S., Rounds, L. (1997): Comprehensive community care for persons with schizophrenia through the programme of assertive community treatment (PACT). In: Brenner, H.D. et al. (eds): Towards a comprehensive therapy for schizophrenia. Seattle:Hogrefe and Huber Publisher (p.167-180) (též v Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness (2002) Edited by Jaap van Weeghel, Geneva Initiative on Psychiatry, Trimbos Institut, GGZ Nederland) (k dispozici výtah v češtině)

Thornicroft, G. / Szmukler, G. (2003): Textbook of Community Psychiatry. Oxford: University Press