

# Reforma péče o duševní zdraví v ČR

Jan Pfeiffer

# ODKUD JDEME- KDE JSME- KAM KRÁČÍME?



# REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

- 1990- Založení Fokusu, Sananimu později další NGO
- 1990- Den duševního zdraví
- 1993- Konference o reformě
- 1994- První návrh DI strategie
- 1995- MATRA projekty , založení CRPDZ
- 1996- Druhá konference o reformě- založení IMHN
- 2000- Koncepce psychiatrie
- 2007- Národní psychiatrický program
- 2013- Strategie reformy psychiatrie
- 2016- Projekty reformy

# WHO akční plán 2013- 2020

- Přesun péče z velkokapacitních psychiatrických nemocnic do ne specializovaných zdravotních služeb (primární péče) tak i specializovaných komunitních služeb, včetně lůžek pro krátkodobou akutní péči integrovanou do všeobecných nemocnic, ambulantní péči ve všeobecných nemocnicích, komplexní centra duševního zdraví, podpora osob s duševním onemocněním žijících se svými rodinami a podporované bydlení“.

# Transformace ústavní v komunitní péči

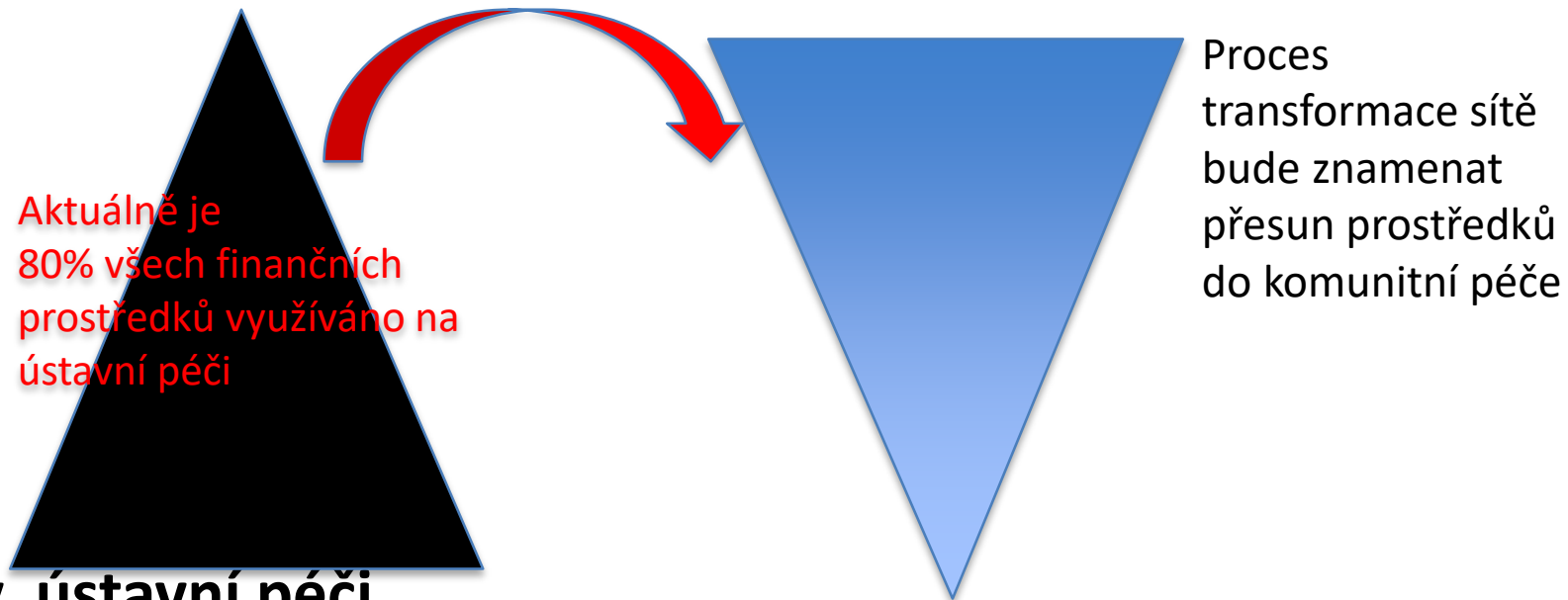
- Transformace či reforma péče o duševně nemocné je proces nahrazování služeb velkokapacitních psychiatrických nemocnic komunitními službami, službami v komunitě, podporou samotná komunity. De-institucionalizace je zaměřena na dva cíle:
- 1) Prvním cílem je snížení počtu kapacit v psychiatrických nemocnicích propouštěním dlouhodoběji hospitalizovaných do komunitních služeb, snižováním počtu hospitalizací a zkracováním délky pobytu.
- 2) Druhým cílem je změna zavedených institucionálních procesů tak, aby se snížila nebo odstranila závislost, beznaděje, naučná bezmocnost a další maladaptivní chování klientů .

# Cíle reformy 2013

- CÍL 1: ZVÝŠIT KVALITU PSYCHIATRICKÉ PÉČE SYSTÉMOVOU ZMĚNOU ORGANIZACE JEJÍHO POSKYTOVÁNÍ.
- CÍL 2: OMEZIT STIGMATIZACI DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH A OBORU PSYCHIATRIE OBECNĚ.
- CÍL 3: ZVÝŠIT SPOKOJENOST UŽIVATELŮ A JEJICH RODIN S POSKYTOVANOU PSYCHIATRICKOU PÉČÍ.
- CÍL 4: ZVÝŠIT EFEKTIVITU PSYCHIATRICKÉ PÉČE VČASNOU DIAGNOSTIKOU A IDENTIFIKACÍ SKRYTÉ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNOSTI.
- CÍL 5: ZVÝŠIT ÚSPĚŠNOST PLNŮHODNOTNÉHO ZAČLEŇOVÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH DO SPOLEČNOSTI (ZEJMÉNA ZLEPŠENÍM PODMÍNEK PRO ZAMĚSTNANOST, VZDĚLÁVÁNÍ A BYDLENÍ AJ.).
- CÍL 6: ZLEPŠIT PROVÁZANOST ZDRAVOTNÍCH, SOCIÁLNÍCH A DALŠÍCH NÁVAZNÝCH SLUŽEB.
- CÍL 7: HUMANIZOVAT PSYCHIATRICKOU PÉČÍ.

# Z institucionálního do komunitního systému péč:

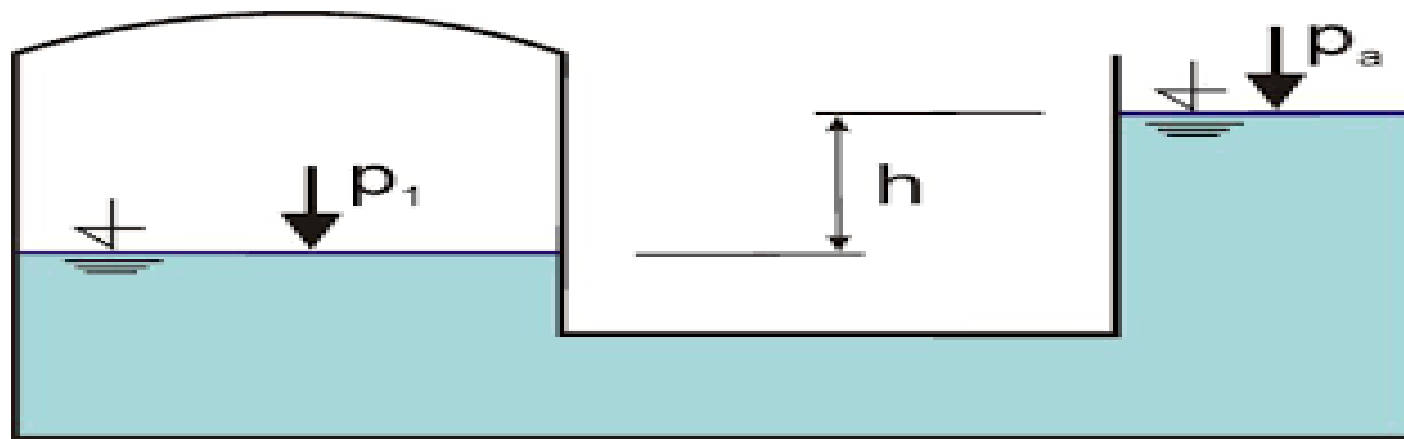
- Maximální podpora potřebných osob s duševním onemocněním v místě jejich bydliště, prevence jejich umístování do lůžkové- ústavní péče.
- **kapacity v komunitní péči**



- **kapacity v ústavní péči**

# Lůžková- mimo lůžková péče

- Lůžková a mimo-lůžková péče jsou k sobě vzájemně jako spojené nádoby:



- Čím více je robustní podpora v komunitě (v přirozeném prostředí klienta) tím méně je zapotřebí lůžkové- ústavní péče a naopak.



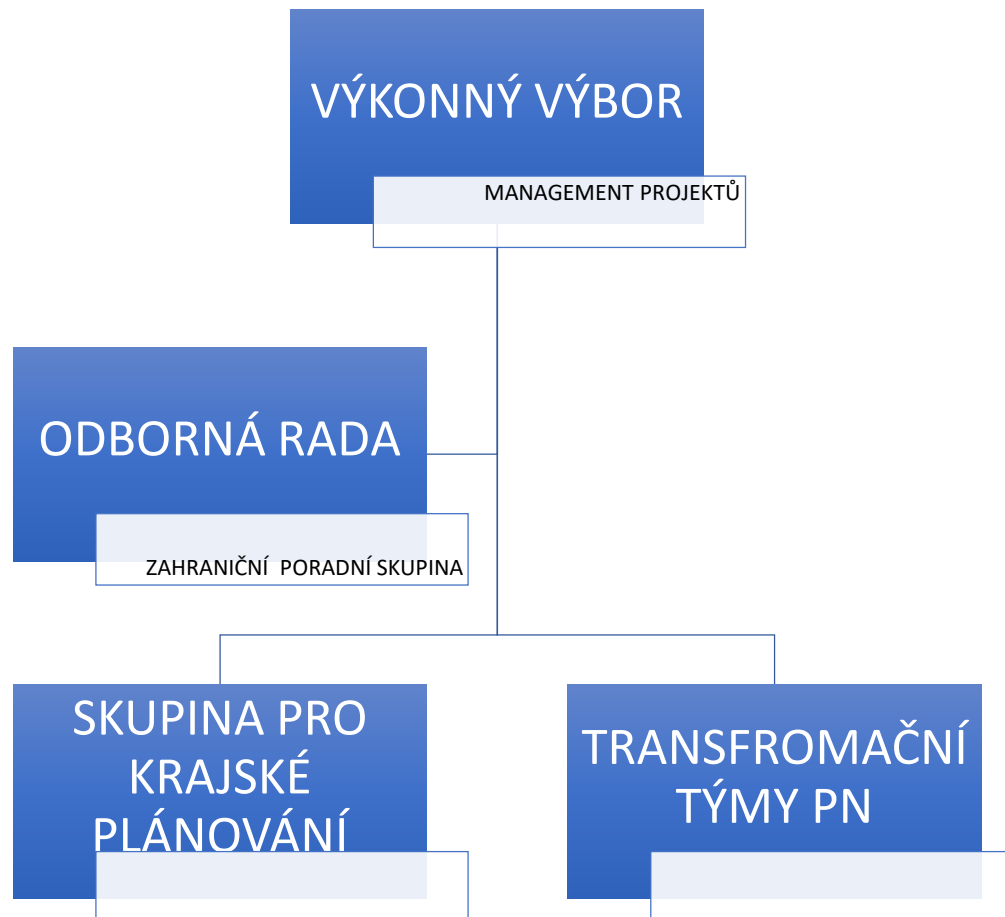
# Co není de-institucionalizace:

- **Investice do institucí**
- **Rozvoj komunitních služeb bez paralelní redukce (přesunu)kapacit institucí**
- **Redukce kapacit v institucích bez rozvoje potřebných alternativ v komunitě**
- **Trans-institucionalizace**
- **Institucionalizace komunitních služeb**

# ZAMĚŘENÍ PROJEKTŮ

- TRANFORMAČNÍ PLÁNY PN
- KRAJSKÉ TRANSFORMAČNÍ PLÁNY
- KVALITA PÉČE V PN ( DLE ÚMLUVY PRÁV LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM)
- FINANCOVÁNÍ
- LEGISLATIVA
- ROZVOJ CDZ (SMI) – MULTIDISCIPLINNÁRNÍCH TÝMŮ (DĚTI, FORENSNÍ, AT, GERONTO)- EARLY INTERVENTION
- MULTIDISCIPLINARITA
- DESTIGMATICE

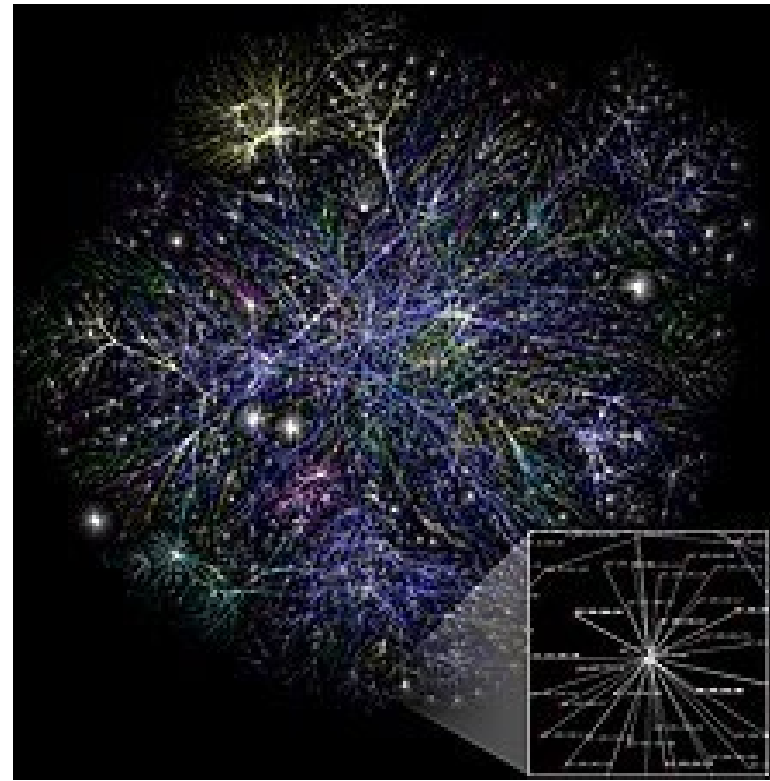
# KOORDINACE PROJEKTŮ- REFORMY



# ZMĚNA MYŠLENÍ PŘECHOD OD INSTITUCIONÁLNÍ KULTUŘE K KULTUŘE ORIENTOVANÉ NA ZOTAVENÍ

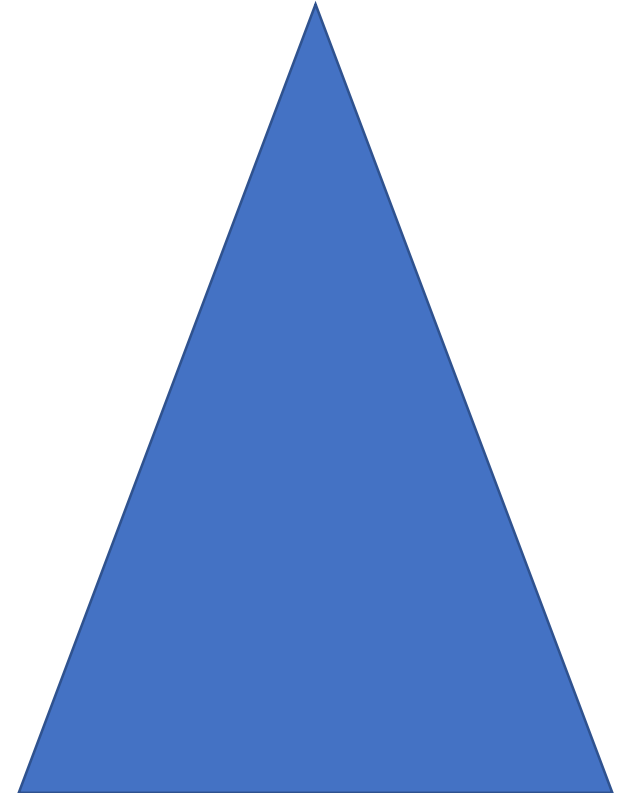
	INSTITUCIONÁLNÍ	KOMUNITNÍ
<b>KONTEXT</b>	Hospitalizace	Běžné životní prostředí
<b>POZORNOST NA</b>	Symptomy a kontrolu chování	Potřeby klienta a životní cíle
<b>KONTAKT S KLINTEM</b>	Rutinně	Flexibilně-plánovaně i neplánovaně dle potřeb klienta
<b>POSTUPY</b>	Dle standardů a procedur	Dle aktuálních situace a potřeb
<b>ROZHODOVÁNÍ</b>	Hierarchicky	Spolurozhodování s klientem, vyjednávání
<b>METODY</b>	Silná víra v biologickou léčbu jako hlavní nástroj	Kombinace přístupů a metod (bio-psycho-sociální)
<b>SYMPTOMY</b>	Závažné symptomy indikují pobyt v nemocnici	Symptomy ne nezbytně určují kde má klient být
<b>ZODPOVĚDNOST ZA CHOVÁNÍ</b>	Profesionálové jsou zodpovědní za chování klientů	Zodpovědnost za chování je na klientovi, i s důsledky jeho chování

# Od pilířů k flexibilní síti

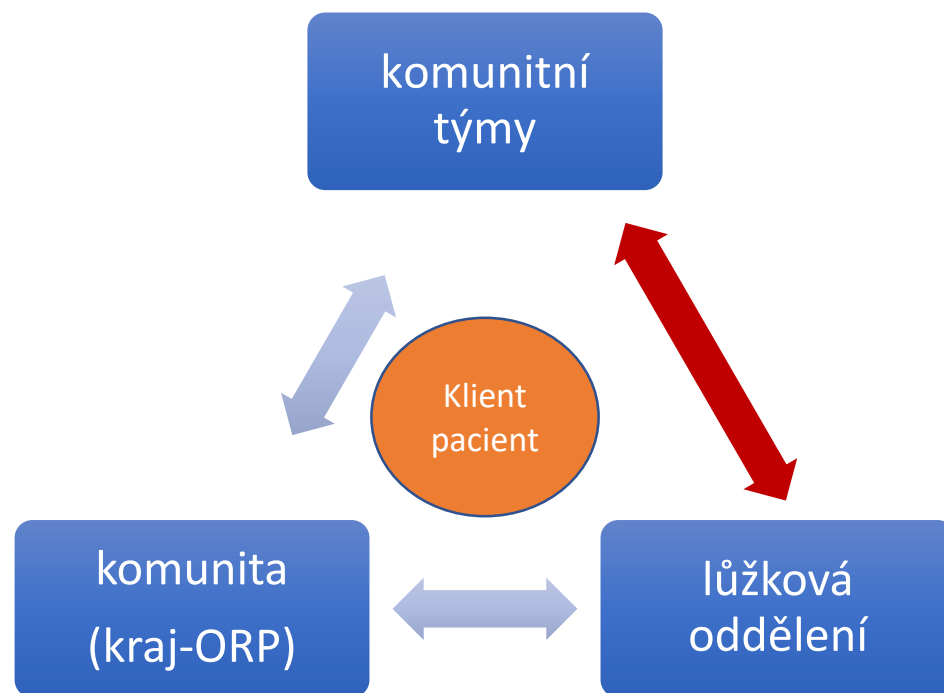


# Roviny multi-disciplinární mezi-rezortní

- I. Vlastní tým ( CDZ- p. oddělení-p. nemocnice)
- II. Komunikace mezi jednotlivými typy služeb
- III. Komunikace mezi službami a „komunitou“



# Spolupráce na II. úrovni



# MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE NAPŘÍČ SYSTÉMEM

- Pracovníci oddělení a pracovníci komunitní služby budou mít vzájemné porozumění o účelu a charakteru práce partnerského týmu.
- Oba týmy budou mít vzájemně sladěný pohled na problém péče o pacienta- klienta ve smyslu holistického, komplexního, na zotavení orientovaného přístupu.
- Pacienti – klienti budou dostávat od obou týmů kompatibilní informace.
- Pacienti – klienti budou motivováni k tomu, aby svým souhlasem umožnili mezi jednotlivými týmy předávání takových informací týkajících se jejich osoby, které jsou pro zajištění kontinuity péče napříč službami klíčové.
- Oba týmy sdílí systém posuzování potřebnosti klientů, identifikace jejich potřeb a zvažování indikace k zařazení do péče komunitní služby.
- Existuje PLÁN ZOTAVENÍ klienta vzájemně sdílený mezi týmem lůžkového zařízení a týmem komunitní služby spoluvytvářený klientem.
- Součástí PLÁNU ZOTAVENÍ je i krizový plán.
- Oba týmy sdílí systém kontinuálního hodnocení spokojenosti pacientů-klientů.
- Mezi týmy existuje systém a flexibilního informování.
- Mezi oběma týmy existuje systém vzájemných stáží a propojené vzdělávání.



# ZAPOJENÍ KLIENTŮ DO VŠECH ROZHODOVACÍCH PROJEKTŮ

<b>PLNÁ KONTROLA</b>	<b>Uživatelé efektivně kontrolují rozhodování na nejvyšší úrovni.</b>
<b>SDÍLENÍ MOCI</b>	Uživatelé se podílí na rozhodování a odpovědnosti, ovlivňují a spoluurčují výstupy.
<b>SPOLU PODÍLENÍ SE</b>	Uživatelé mohou dát doporučení a ovlivňují výstupy.
<b>KONZULTACE</b>	Uživatelé jsou dotazováni na své názory, avšak mají jen velmi limitovaný vliv na výstupy.
<b>POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ</b>	Uživatelé jsou informováni o tom, co se děje, ale nemají na procesy žádný vliv.
<b>BEZ VLIVU</b>	Uživatelé jsou jen pasivními konzumenty služeb.





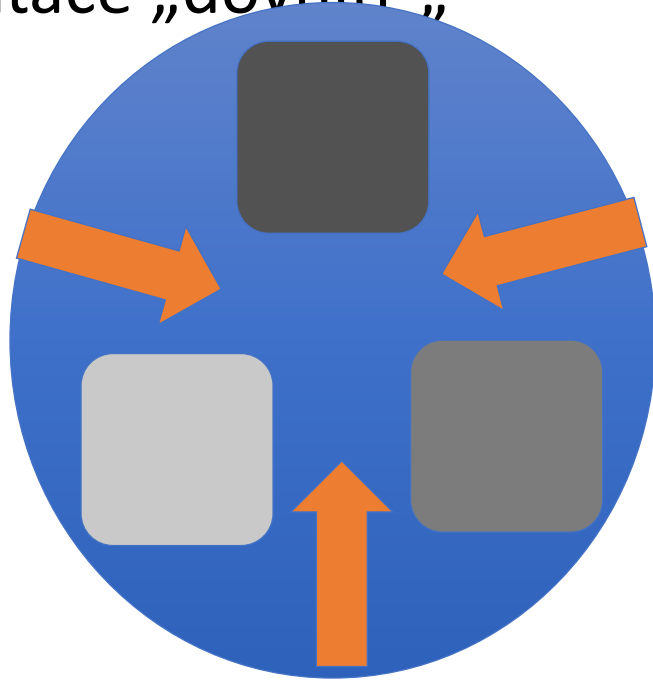
# TRANSFROMACE PN

- ▶ Vnitřní reorganizace dle spádových oblastí.
- ▶ Změna “poslání”- aktivní tvorba a poskytování služeb v komunitě ( ve spádovém regionu).

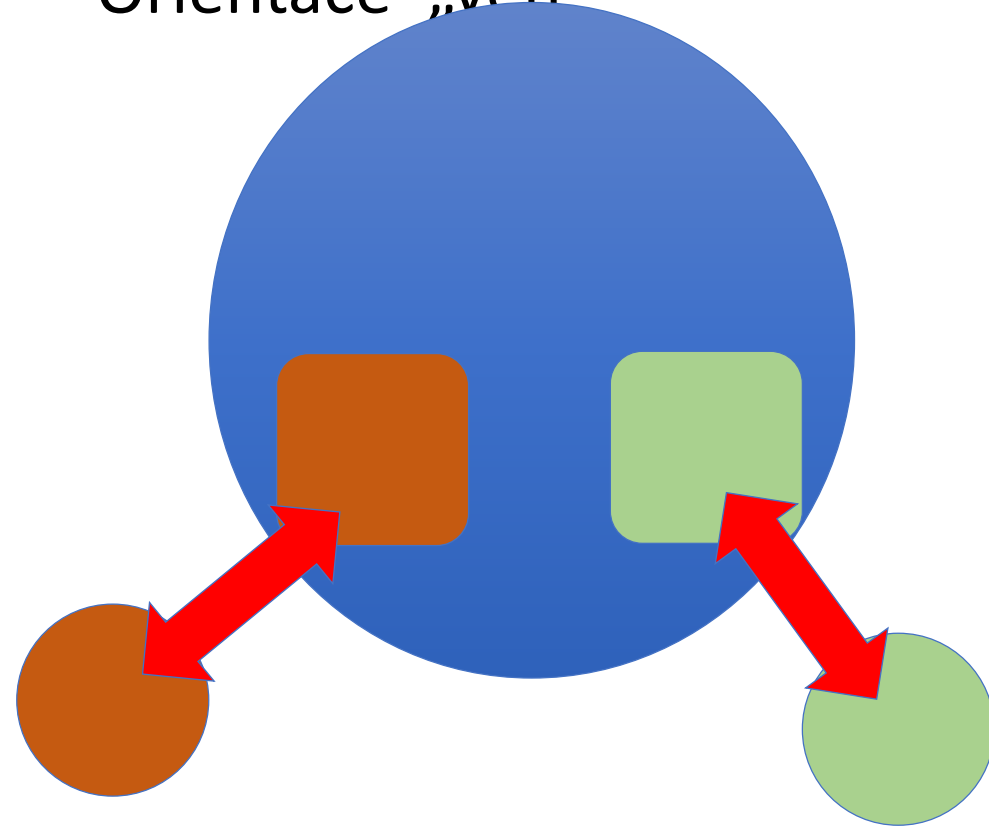
- ▶ **TRANSFORMAČNÍ PLÁN:**
- ▶ mapování spádového regionu
- ▶ klientela
- ▶ materiální a lidské zdroje
- ▶ plán potřebné budoucí sítě služeb
- ▶ náklady na provoz služeb ( komunitních-ústavních)
- ▶ plán konkrétních kroků (3, 5,10 let)
- ▶ nová struktura řízení
- ▶ příprava personálu
- ▶ příprava klientů
- ▶ komunikační strategie
- ▶ logistika
- ▶ monitorování kvality péče

# Hledání vyváženosti specializace x regionalizace v rámci psychiatrických nemocnic

- Orientace „dovnitř“



- Orientace „ven“



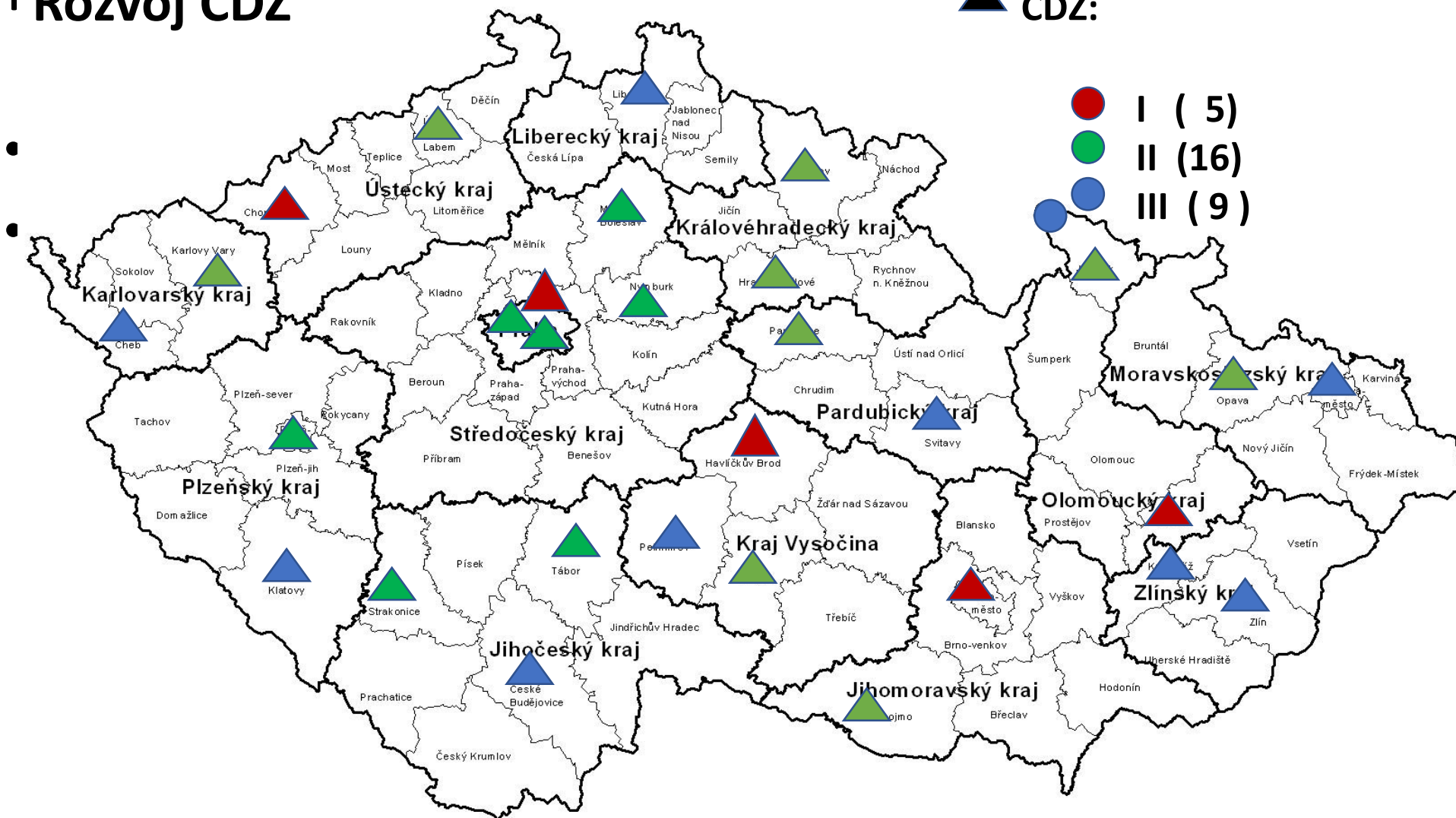
# Rozvoj CDZ

▲ CDZ:

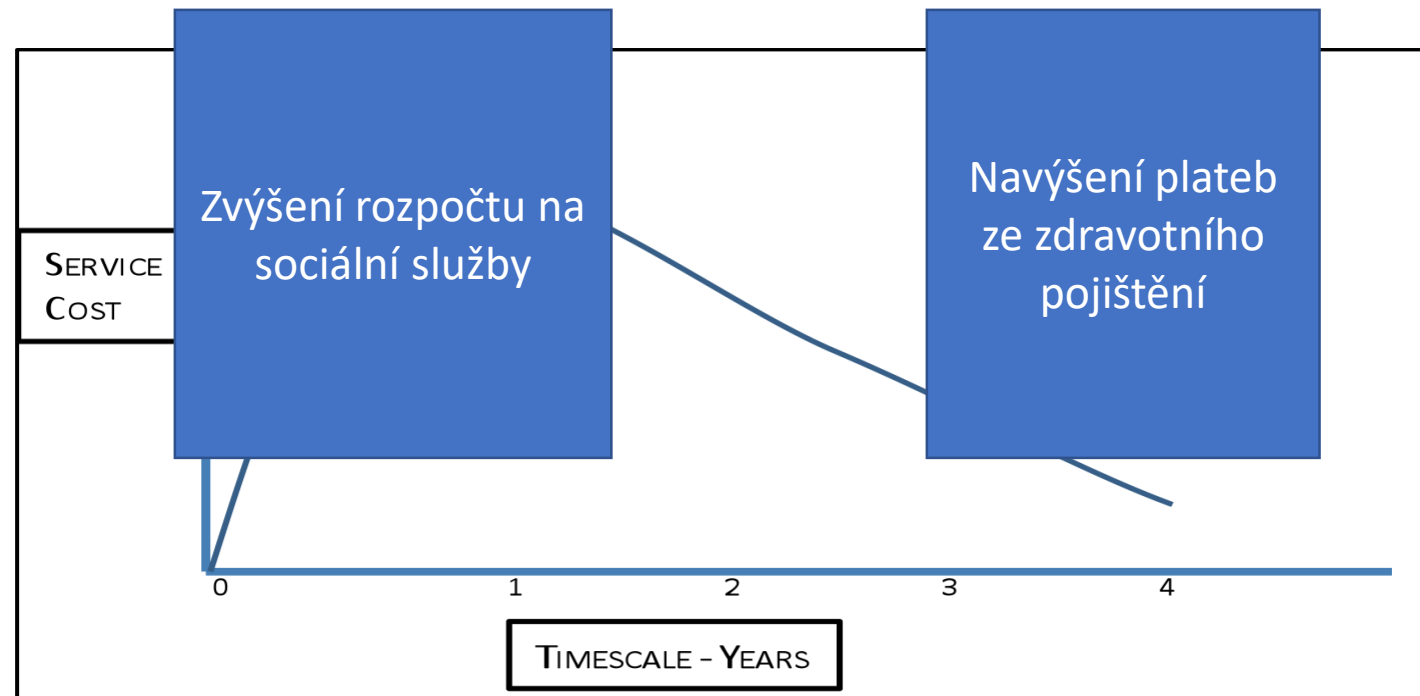
● I ( 5 )

● II ( 16 )

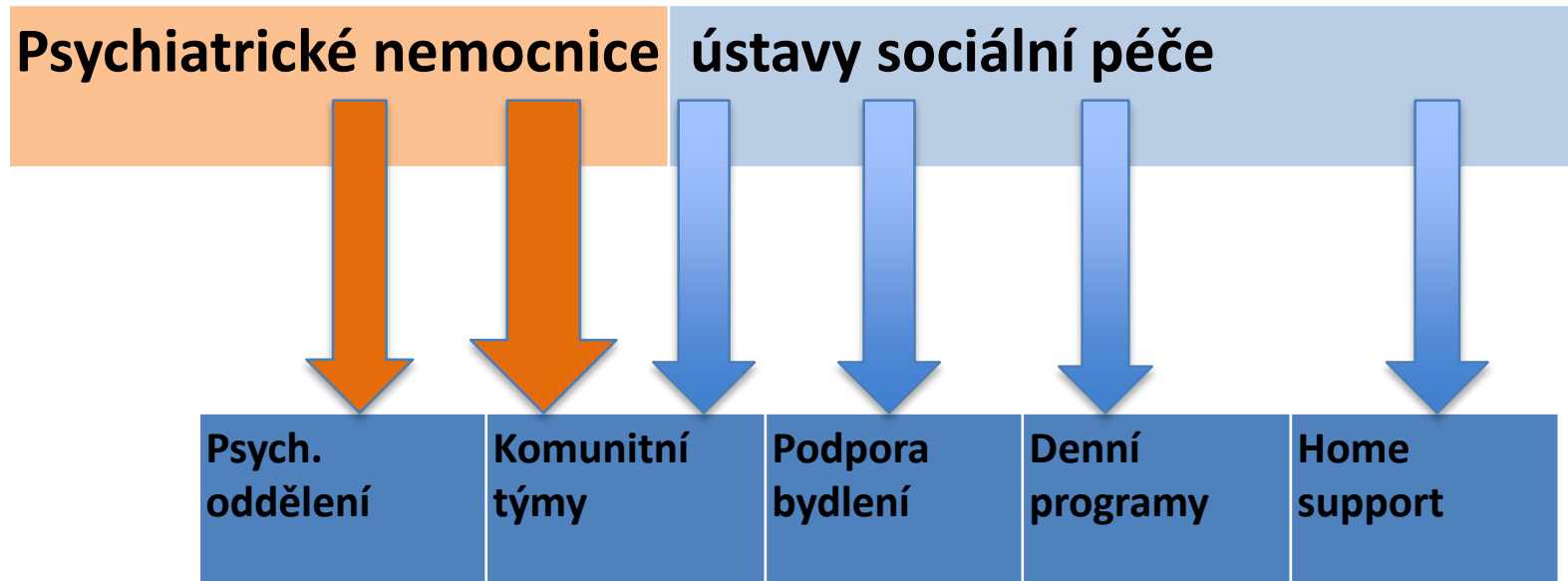
● III ( 9 )



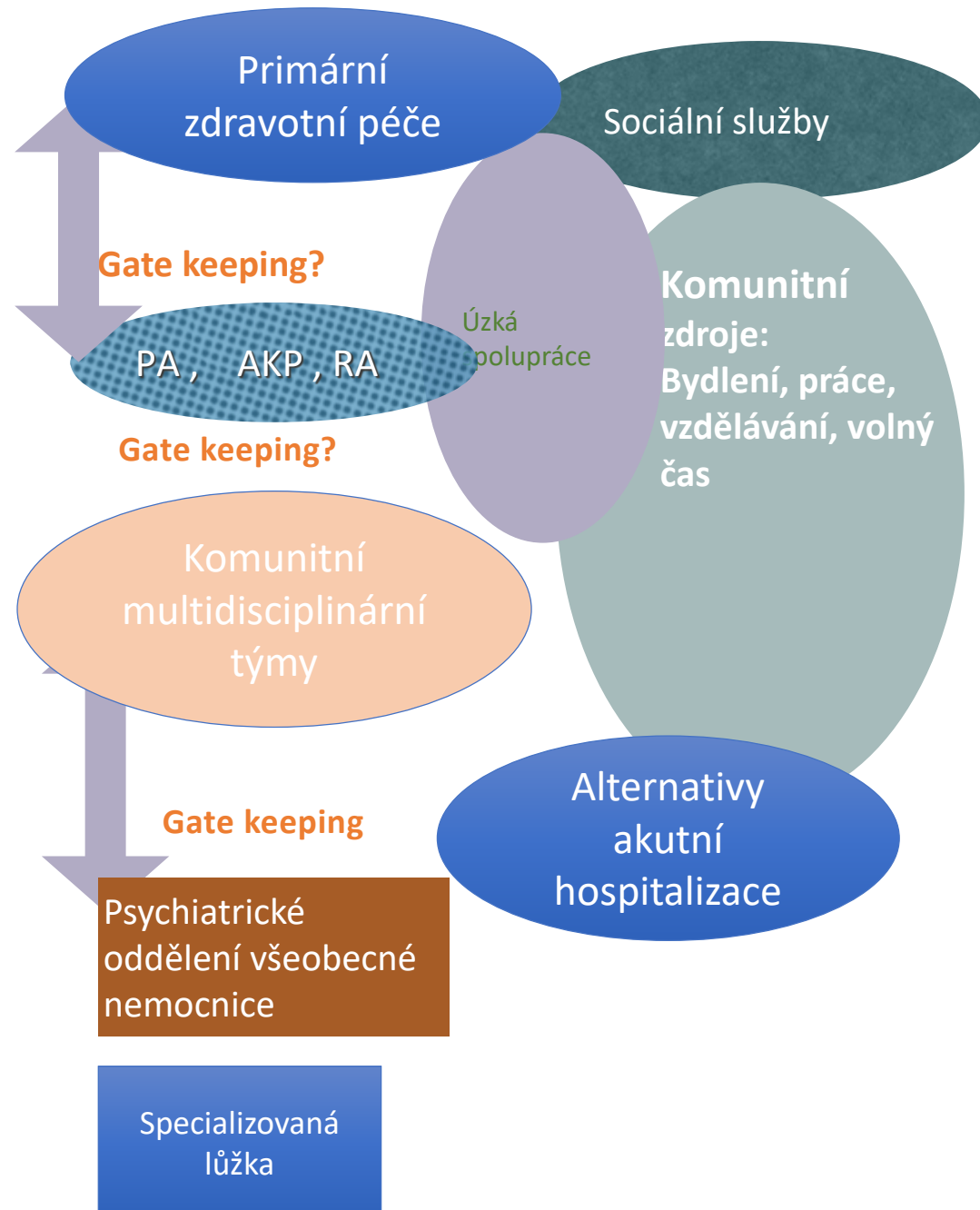
# TRANSFORMAČNÍ NÁKLADY PŘEMOŠŤUJÍCÍ „ZDROJE“



# Re-alokace existujících zdrojů



# SYSTÉM SLUŽBY



- “Duševní zdraví” v primární péči
- Ambulance funkčně propojené s primární péčí a MDTýmy
- Multidisciplinární týmy pro osoby s komplexnějšími potřebami: děti, dospělý (SMI), AT, geronto, forenšní
- Alternativy k akutní lůžkové péči.
- Akutní psychiatrická oddělení ve všeobecných nemocnicích.
- Oddělení bydlení a podpory
- Specializované “chráněné” bydlení (alternativa dlouhodobých pobytů USP, PN)
- Využívání a mobilizace komunitních zdrojů
- Kapacity specializovaných psychiatrických nemocnic (forenšní psychiatrie)

# KOMPONENTY ZMĚNY



**Změna myšlení**



**Změna praxe**



**Změna systému**



