

Mezinárodní kontext v reformě péče o duševní zdraví- novinky

MUDr. JAN PFEIFFER
Mental Health Europe
European Expert Group on DI

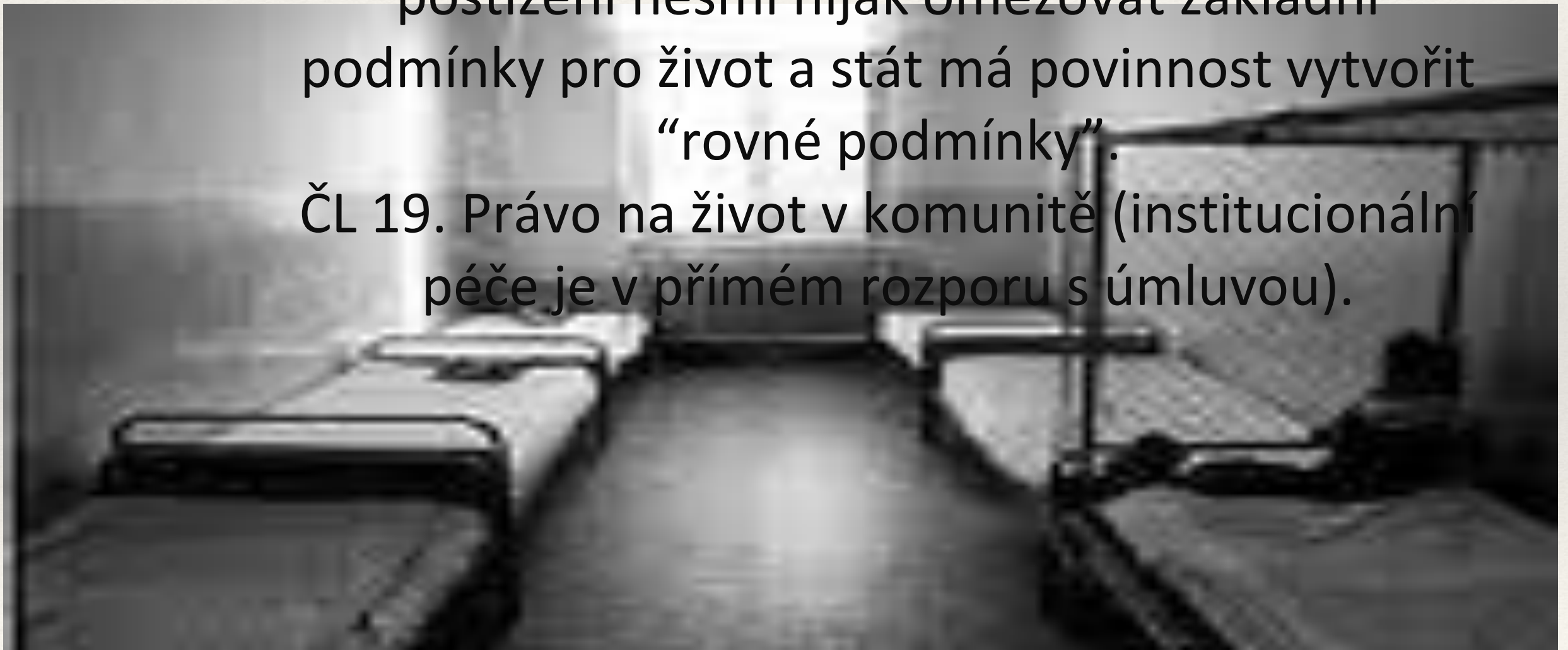
Vývoj od paternalismu k sebe-determinaci

- ❖ Po II. Sv. válce - změna v pohledu postavení osob se zdravotním znevýhodněním
- ❖ Počátek deinstitucionalizace 60.léta minulého století
- ❖ Vývoj technologií pomoci, podpory a organizace péče
- ❖ 2006- UN Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením
- ❖ Ratifikace úmluvy Evropskou komisí

Základním měřítkem kvality je naplnění práv

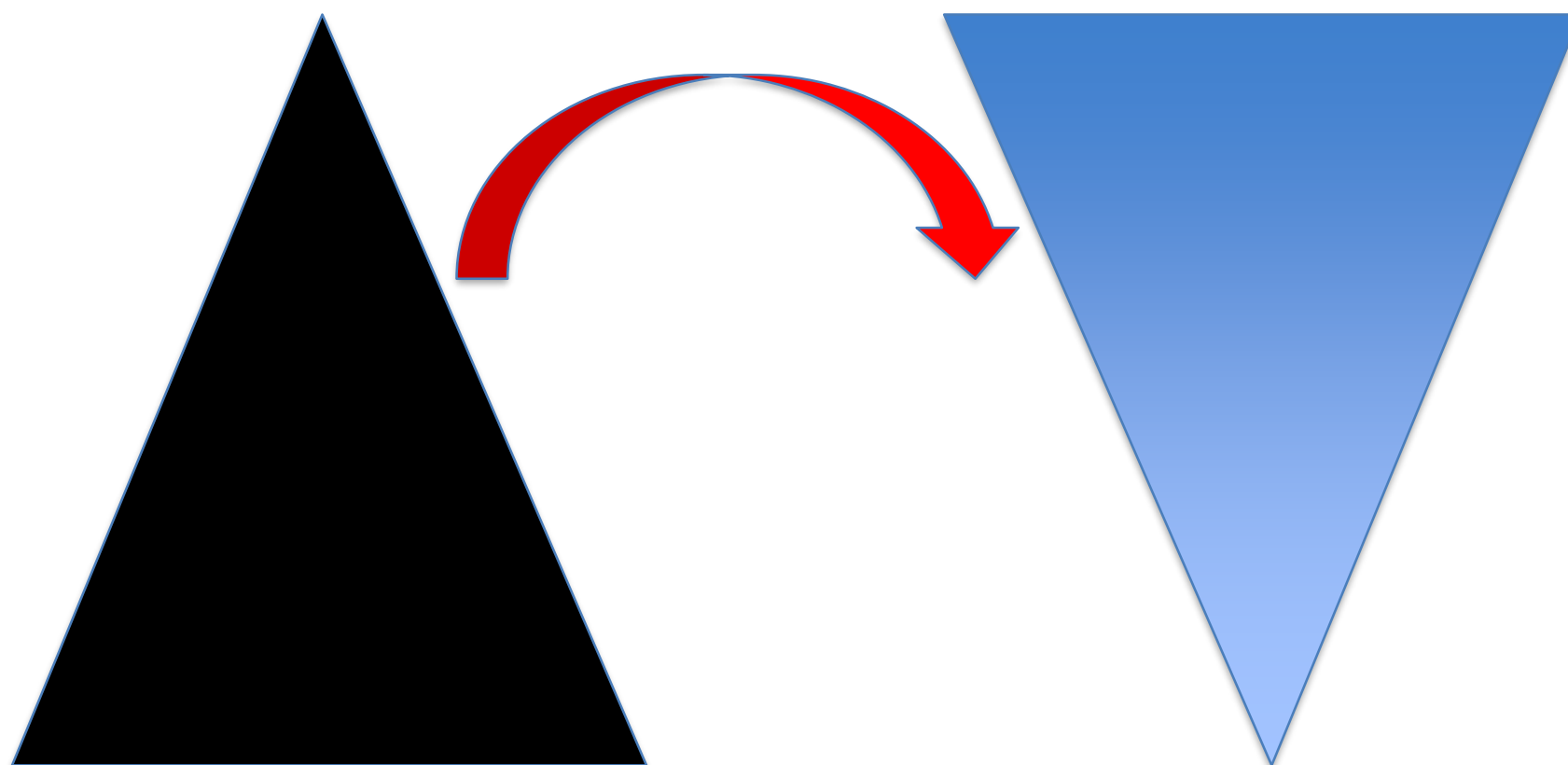
Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením jasně definuje základní paradigma- zdravotní postižení nesmí nijak omezovat základní podmínky pro život a stát má povinnost vytvořit “rovné podmínky”.

ČL 19. Právo na život v komunitě (institucionální péče je v přímém rozporu s úmluvou).



“DEINSTITUCIONALIZACE”

- Na klienta orientovaná podpora v komunitě



- Péče institucionální (v psychiatrických nemocnicích, ústavech sociální péče)

- ❖ V péči o osoby s duševním
- ❖ onemocněním jen malá část
- ❖ zemí EU má dominantní část
- ❖ pomoci v komunitních
- ❖ službách a neprovozuje větší
- ❖ psychiatrické nemocnice



Mapping Exclusion

*Institutional and community-based
services in the mental health field
in Europe*

Staré- nové členská země

- ❖ Velkokapacitní zařízení (psychiatrické léčebny) jsou jen v nových členských zemích (největší PL v EU- Bohnice).
- ❖ V starých členských zemích existuje problém “vysoce kvalitních” malo- kapacitních ústavních zařízení.
- ❖ V řadě zemí stále ještě probíhá diskuze co je a není komunitní péče, co je a není instituce, co je a není inkluze

-
-
- ❖ 2009- ustanovení EEG- European Expert Group on Transition of Institutional to Community Based Care
 - ❖ Vypracování zprávy o stavu deinstitucionalizace por EK
 - ❖ Vytvoření toolkits and guidelines
 - ❖ DI semináře v “ nových členských zemích”
 - ❖ DI semináře v starých členských zemích
 - ❖ Podpora a vzdělávání “desk officers”.

Strukturální fondy 2014 -2020

- ❖ 13. zemí EU má v rámci
- ❖ partnership agreement
- ❖ doporučenou deinstytucio-
- ❖ nalizaci jako prioritní
- ❖ oblast
- ❖ v EU 1 200 000 osob žije
- ❖ dlouhodobě v institucionální
- ❖ péči



Strukturální Fondy(SF) 2014-2020

- ❖ Deinstitucionalizace jedna z priorit
- ❖ Nutnost mít jasnou “DI” strategii
- ❖ Nemožnost použití SF na “humanizaci” ústavní péče
- ❖ Propojení- synergita “ investičních a neinvestičních” prostředků (DG REGIO- DG EMPL)

Intervence Evropské komise

- ❖ Maďarsko – 50 lůžková zařízení sociální péče
- ❖ Slovensko – 40 lůžková zařízení sociální péče
- ❖ Česká Republika- 40-60 lůžková sociální zařízení se zvláštním režimem.

EC-joint action in Mental Health-2015

- ❖ Přesun od institucionální v komunitní péči:
- ❖ “Malá psychiatrie” v primární zdravotní péči (collaborative-step care model).
- ❖ Multidisciplinární- regionální- komunitní- týmy (dospělí, děti, lieson psychiatrie v geriatrii, specializované služby pro osoby se závislostí - konzulatce)
- ❖ Akutní péče v malých odděleních (max 30 lůžek)
- ❖ Rezidenční péče (max 4-6 osob v jedné domácnosti)
- ❖ Malo kapacitní specializovaná zařízení (forensní psychiatrie)

Evropské hodnoty a vize

- ❖ Uživatelé péče o duševní zdraví mají po celý svůj život právo:
- ❖ Být nezávislí
- ❖ Rozhodovat o všech událostech zasahujících do jejich života
- ❖ Všechny intervence musí být bezpečné, efektivní a pro klienty důvěryhodné

WHO Mental Health Action plane 2013-2020

- ❖ Velké psychiatrické nemocnice vedou k zanedbávání a institucionalizaci
- ❖ Léčení má probíhat v místních podmínkách
- ❖ Posilování primární péče
- ❖ Multidisciplinární týmy v komunitních podmínkách
- ❖ Poskytování léčení a podpory způsoby, které podporuje v klientech bezpečí a důvěru
- ❖ Mezioborová spolupráce

Co není transformace

- ❖ Změna názvů bez změny obsahu
- ❖ Humanizace ústavní péče
- ❖ Vytváření “komunintích” zařízení s institucionálním charakterem (více jak 6 osob na jednom místě)
- ❖ Změna struktury služeb bez změny přístupu
- ❖ Přesun klientů z jednoho typu ústavního zařízení (které se “deinstitucionalizuje”) do jiného typu zařízení (které se ne deinstitucionalizuje)

Rozdíly mezi institucionálním a na klienta orientovanou kulturou podpory

Institucionální	Komunitní
Kontext hospitalizace	Kontext přirozeného prostředí
Kontrola nemoci	Potřeby klienta
Rutinní kontakt	Flexibilita
Hierarchie	Partnerství
Farmakoterapie	Bio-psycho-sociální
Symptomy určují kde má klient být	Symtomy primárně neurčují kde má klient být
Klienti nejsou zodpovědní	Klienti jsou zodpovědní
Předejití riziků	Pozitivní riziko
Lékař vede	Vede kdokoliv

TRANSFROMACE PN

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

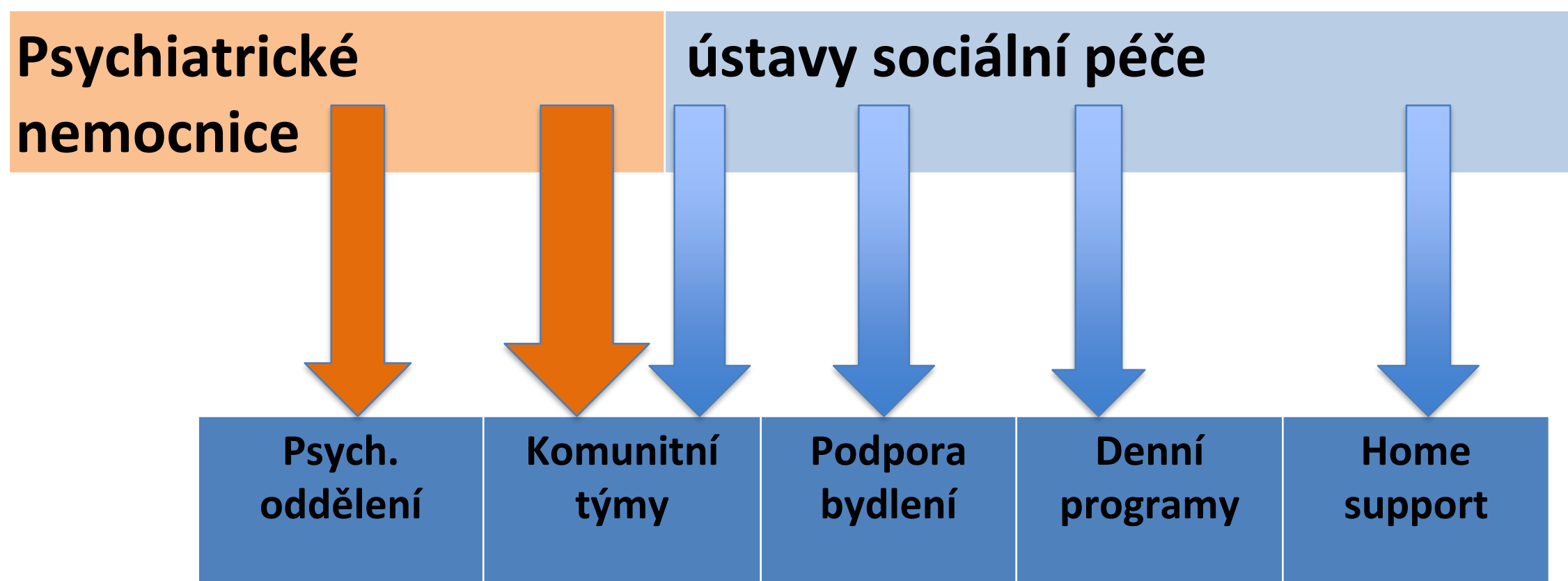
- TRANSFORMAČNÍ PLÁN:
- mapování spádového regionu

Evropská pracovní skupina
psychiatrických nemocnic v
transformaci

- příprava personálu
- příprava klientů
- komunikační strategie
- logistika
- monitorování kvality péče

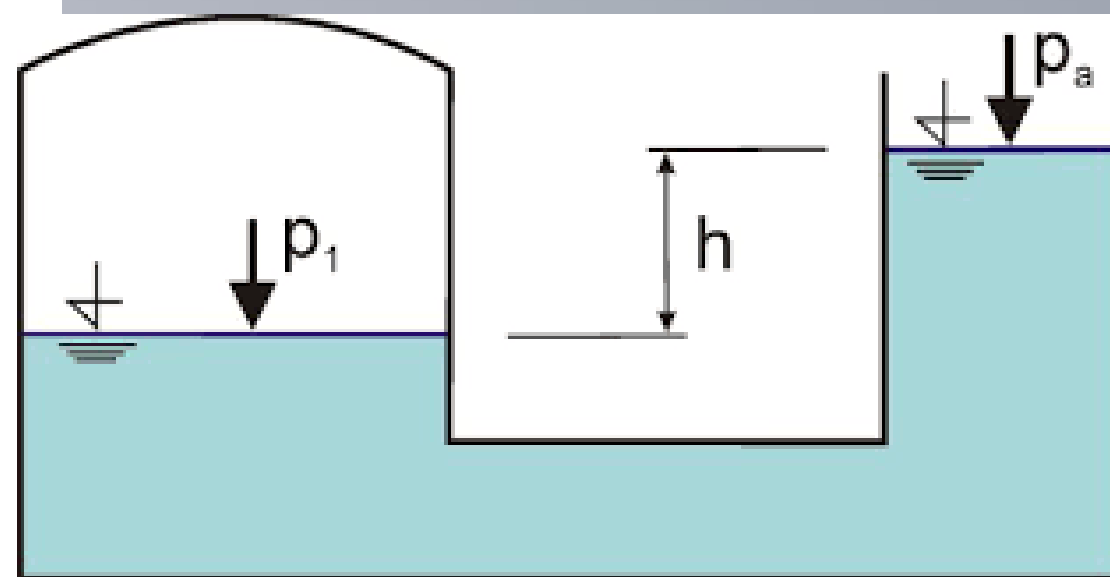


Re-alokace existujících zdrojů

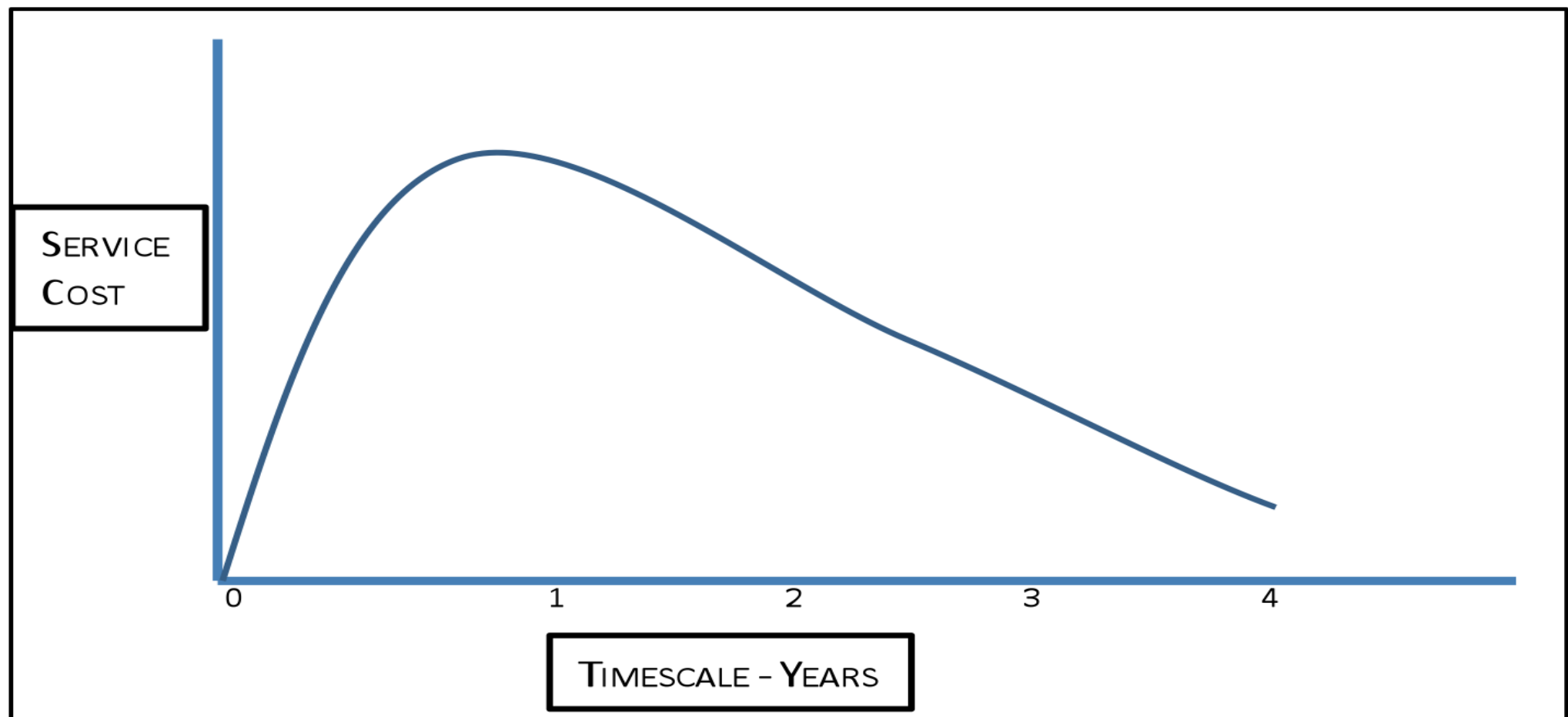


Propojené nádoby

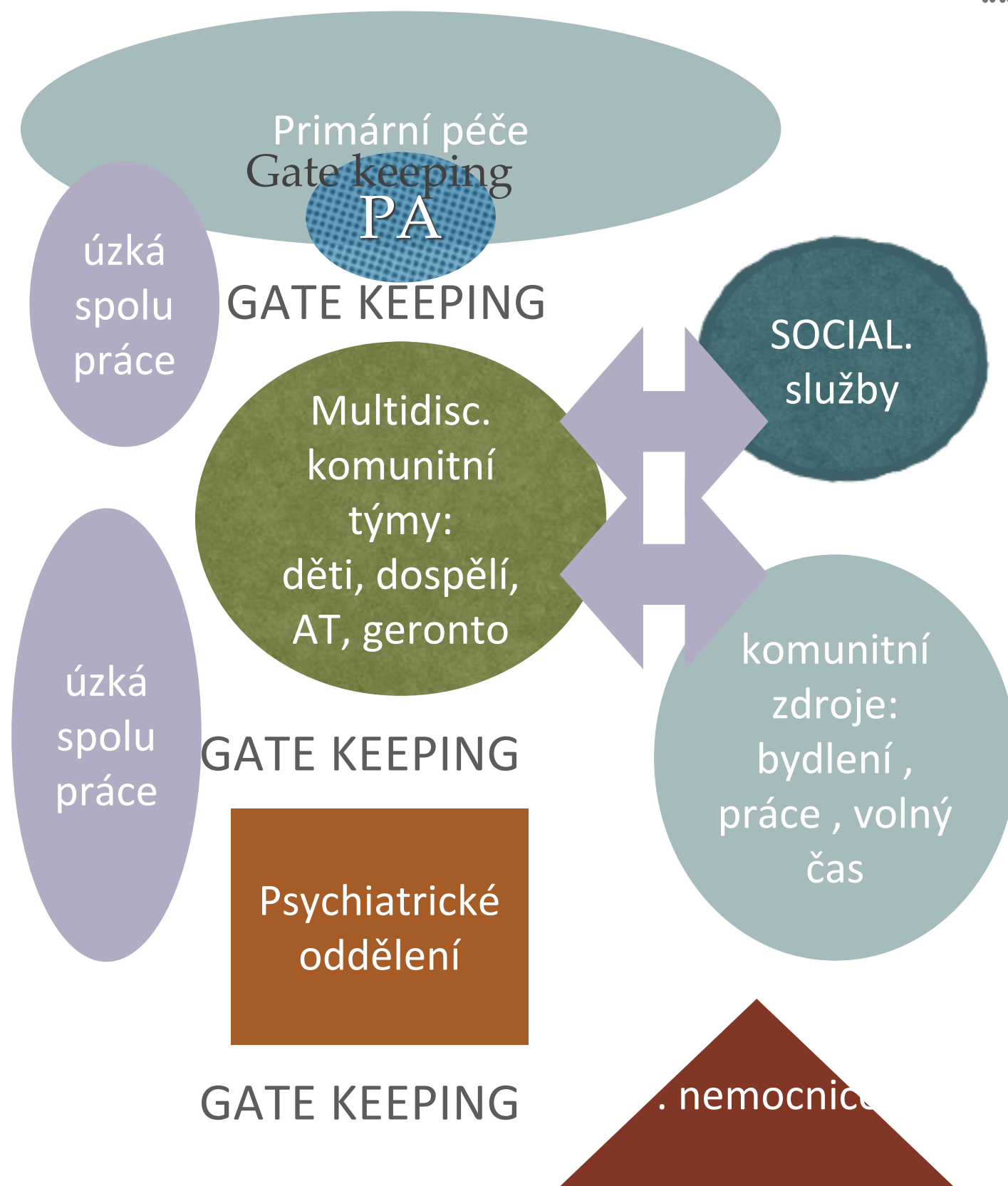
Čím více komunitní péče tím méně
potřeba lůžkové péče (a naopak)



NÁKLADY TRANSFORMACE



KOMPLEXNÍ SYSTÉM PÉČE



- “Duševní zdraví” v primární péči
- Psychiatrické ambulance funkčně propojené s primární péčí
- Multidisciplinární týmy pro osoby s komplexnějšími potřebami: děti, dospělý (SMI), AT, geronto.
- Alternativy k akutní lůžkové péči.
- Akutní psychiatrická oddělení ve všeobecných nemocnicích (do 30 lůžek jedno) .
- Oddělení bydlení (dostupné) a podpory
- Specializované “chráněné” bydlení(alternativa dlouhodobých pobytů USP, PN
- Využívání a mobilizace komunitních zdrojů
- Kapacity specializovaných psychiatrických nemocnic (forensní psychiatrie)

PASTI

RIZIKOVÉ SCÉNÁŘE DEINSTITUCIONALIZACE



“Humanizace”



Zavírání
ústavů bez
alternativ



Budování
komunitní
péče bez
transformace
kapacit
ústavů

Nové služby
se starým
přístupem

DOPORUČENÍ

EEG

- ❖ Koordinační struktura se zapojením všech relevantních subjektů (včetně hlasu uživatelů a jejich rodinných příslušníků)
- ❖ DI strategie a akční plán
- ❖ Zastavení investic do ústavní péče
- ❖ Budování kapacit komunitní péče
- ❖ Zastavení příjmů do ústavní péče
- ❖ Přesun všech kapacit z ústavní péče do komunitních služeb
- ❖ Monitorování kvality

PILIŘE



Kde jsme

- Strategie jde správným směrem potřeby REFORMY, ale o základním nasměrování decentně pomlčuje.
- Zatím je stále nevyřčeno (nepřijato), že cílem reformy je plný přechod od ústavní v komunitní péči (akutní lůžka všeobecných nemocnic jsou viděna jako součást komunitní péče).
- Metafora pilířů reflektuje míru možnosti situační dohody, komplikuje však skutečnou dohodu potřebném směřování.
- Nevyjasněnost pojmů- CDZ- multidisciplinární týmy-rozšířená ambulance atd.
- Transformační plány psychiatrických nemocnic spíše zaměřeny dovnitř než ven
- SMI priorita, ostatní skupiny v pozadí
- Projekty Deinstitutionalizace- multi-disciplinarita otvírají prostor pro další vyjasnění
- Potřeba Strategie II a akční plán



Děkuji za
pozornost