Základní rámec reformy v evropském kontextu

PAVEL NOVÁK (s využitím presentace MUDr.Jana Pfeiffera)

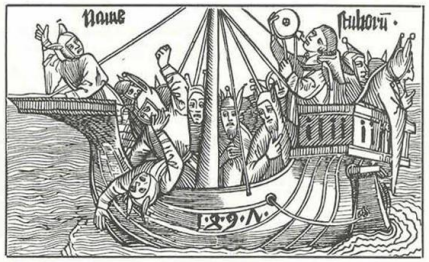
REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
- *ODKUD JDEME A KAM SMĚŘUJEME* –

SENÁT PČR, 5. 4. 2022

Obsah presentace

1. Historický exkurs péče o duševní zdraví
2. Lidská práva jako klíčový rámec
3. Evropský akční plán péče o duševní zdraví 2013 - 2020
4. Kde v procesu Reformy jsme vzhledem k Evropskému akčnímu plánu.

Historický exkurs psychiatrie z komunity do institucí



Do 18. století se starala komunita - o lidi „chudé, bídné i slabé duchem“, ale také docházelo k pronásledování, upalování

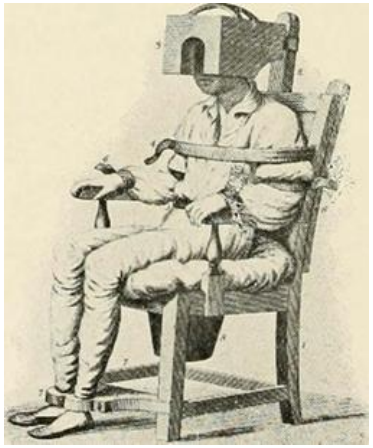
Docházelo k exkomunikaci viz „lodě bláznů“

Začaly vznikat psychiatrické léčebny, „lunatic asylums“

Etablování oboru psychiatrie (Krapelin), humanizace péče - Phillippe Pinel

Také excesy, omyly, politická zneužití (SSSR)

Po celé Evropě vznikají velké psychiatrické léčebny



Historický exkurs 2
vliv lidskoprávního aspektu

Po II. Sv. válce - **změna pohledu** na osoby se zdravotním znevýhodněním

V demokratické části světa **počátek deinstitucionalizace** 60.léta minulého století

Vývoj technologií pomoci, podpory a organizace péče od institucionální ke komunitní péči.

Evropa na východ od železné opony izolována od „západního vývoje“. SSSR masivní politické zneužívání psychiatrie na persekuci politických odpůrců

Až do pádu železné opony na „východě“ přetrvávání paternalistického přístupu 19. století posíleného paternalismem „reálného socialismu“

2006- **UN Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením**

Ratifikace úmluvy Evropskou komisí

Dopady této proměny

- **Změna struktury služeb** – opouštění velkých ústavních zařízení (PN, DZR) – přesun péče do komunity
- **Změna procesu poskytování služeb** – směrem k multidisciplinárním týmům, k prevenci, začlenění do běžných řešení (zdravotnické, sociální, vzdělávací)
- **Změna přístupu** – partnerský, recovery, harm reduction
- **Změna cílů** – od ochrany společnosti, segregace a diskriminace osob s duševním onemocněním k sociálnímu začlenění

Z péče psychiatrické se stává širší koncept **péče o duševní zdraví**

Lidská práva jako základní rámec

Leros

Leros

1981 – přivážení pacientů

1984 – EU odstartovalo reformy v Lerosu, a také v celém systému MH péče v Řecku

1989 - zveřejněno v britském Observeru – rozčeřilo veřejné mínění EU - Články „Nazí a proklatí“, „Europeś guilty secret“

1990 – ustaven EU program Leros 1 a Leros 2

1994 – zařízeno terapeutické pracovní oddělení, zprovozněno 20 bydlení v běžné komunitě na Lerosu - jako první zde byli vybráni ti z bloku „nahých“.

2000 - 750 pacientů žije v běžných podmínkách na ostrově Leros, 50 pacientů z bloku 12 a 13 ještě v areálu

2017 – areál je využit pro uprchlíky

Práva zakotvená v Úmluvě o právech lidí se ZP

Rovnost před zákonem bez diskriminace (čl. 5)

Právo na život, svobodu a osobní bezpečnost (čl. 10 a 14)

Rovnost před zákonem a způsobilost k právním úkonům (čl. 12)

Ochrana proti mučení (čl. 15)

Ochrana před vykořisťováním, násilím a zneužíváním (čl. 16)

Právo na respektování fyzické a psychické integrity (čl. 17)

Svoboda pohybu a státní příslušnosti (čl. 18)

Právo na život v komunitě (čl. 19)

Svoboda projevu a názoru (čl. 21)

Respektování soukromí (čl. 22)

Respektování obydlí a rodiny (čl. 23)

Právo na inkluzivní vzdělávání (čl. 24)

Právo na zdraví (čl. 25)

Právo na zaměstnání (čl. 27)

Právo na přiměřenou životní úroveň (čl. 28)

Právo účastnit se na politickém a veřejném životě (čl. 29)

Právo účastnit se na kulturním životě (čl. 30)

Lekce z Lerosu

Jak je možné, že lidé přestanou vnímat nelidské podmínky druhých? (i v nedávné době, i dnes…. – viz válečná zvěrstva Ruska na Ukrajině)

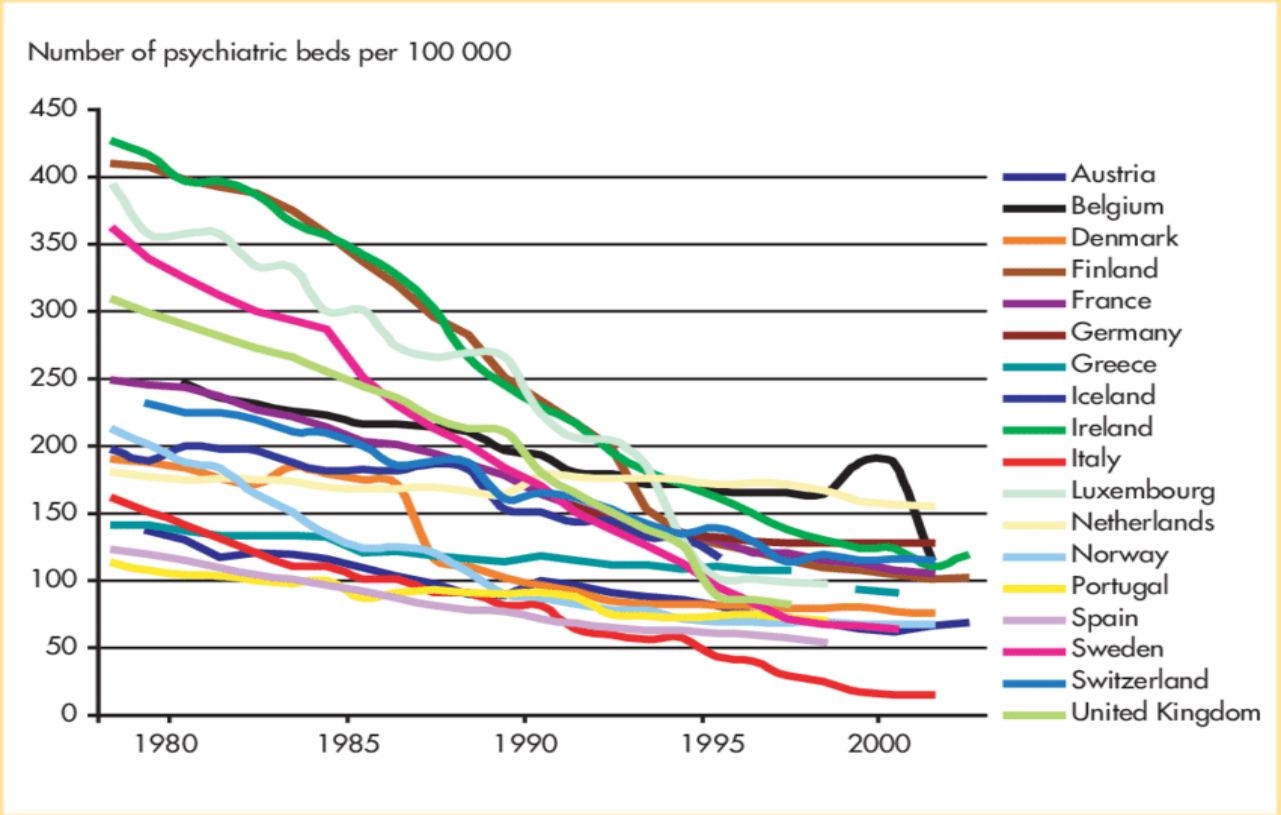
Neexistují nevyléčitelní pacienti, neexistují ztracené případy.

freedom is curative

Liberté la therapeutica

Svoboda uzdravuje

Redukce lůžek od osmdesátých let



Hlavní cíle Evropského akčního plánu (WHO Global and European Mental Health Action Plan 2013-2020)

1.Každý má **stejnou příležitost** k realizaci duševní pohody po celou dobu svého života, zejména těch, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohroženi.

2. Lidé s problémy duševního zdraví jsou občané, jejichž **lidská práva jsou plně ceněna, chráněna a prosazována**.

3. **Služby duševního zdraví jsou v komunitě dostupné**, kompetentní a cenově dostupné, reagující na potřeby.

4. Lidé mají nárok na léčbu bezpečnou, účinnou a s respektem.

Průřezové cíle

5. Zdravotní systémy poskytují všem dobrou péči o fyzické i duševní zdraví.

6. Systémy duševního zdraví pracují v dobře **koordinovaném partnerství** s jinými odvětvími.

7. Řízení a poskytování služeb v oblasti duševního zdraví se odvozují od dobrých informací a znalostí.

Co znamená WHO Mental Health Action plan 2013-2020 konkrétně?

Přesun od institucionální ke komunitní péči:

Zapojení primární zdravotní péče do systému péče o duševní zdraví

Budování multidisciplinárních - regionálních – komunitních - týmů

Akutní péče v malých odděleních (max 30 lůžek)

Rezidenční péče (max 4-6 osob v jedné domácnosti)

Málo kapacitní specializovaná zařízení

Destigmatizace

Zamezení diskriminace

European Expert Group on the Transition from Institutional to Community Care

EEG vytvořila guidelines and a toolkit jak správně využít SF na transformaci ústavní v komunitní péči

http://www.deinstitutionalisationguide.eu

Common European Guidelines and Toolkit on the use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care

Ines Bulic, UN OHCHR Consultant for Western Balkans
European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (EEG)
3 May 2013

Pravidla pro užití ESF_ERDF na roky 2014_2020

SF mohou být využity jen v rámci zásad SN Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením

Organizace reprezentující děti a osoby se zdravotním postižením musí být zapojeny do přípravy plánů i jejich realizace.

Plán musí reagovat na potřeby lidí umístěných v institucích či osob které jsou v riziku umístění.

Plán musí obsahovat programy, které napomohou transformaci ústavní v komunitní péči.

Relevantní Operační programy musí obsahovat indikátory indikující proces Deinstitucionalizace.

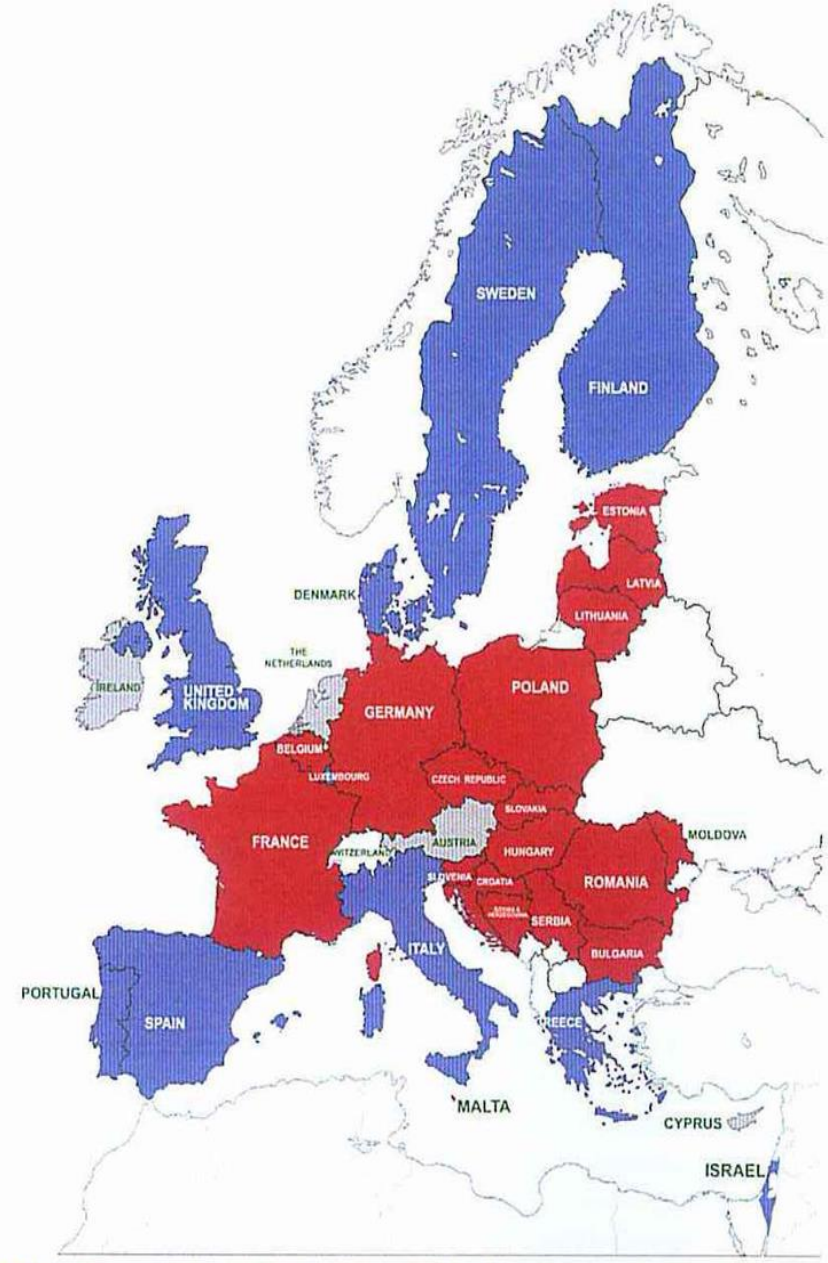
Mapping Exclusion

červeně

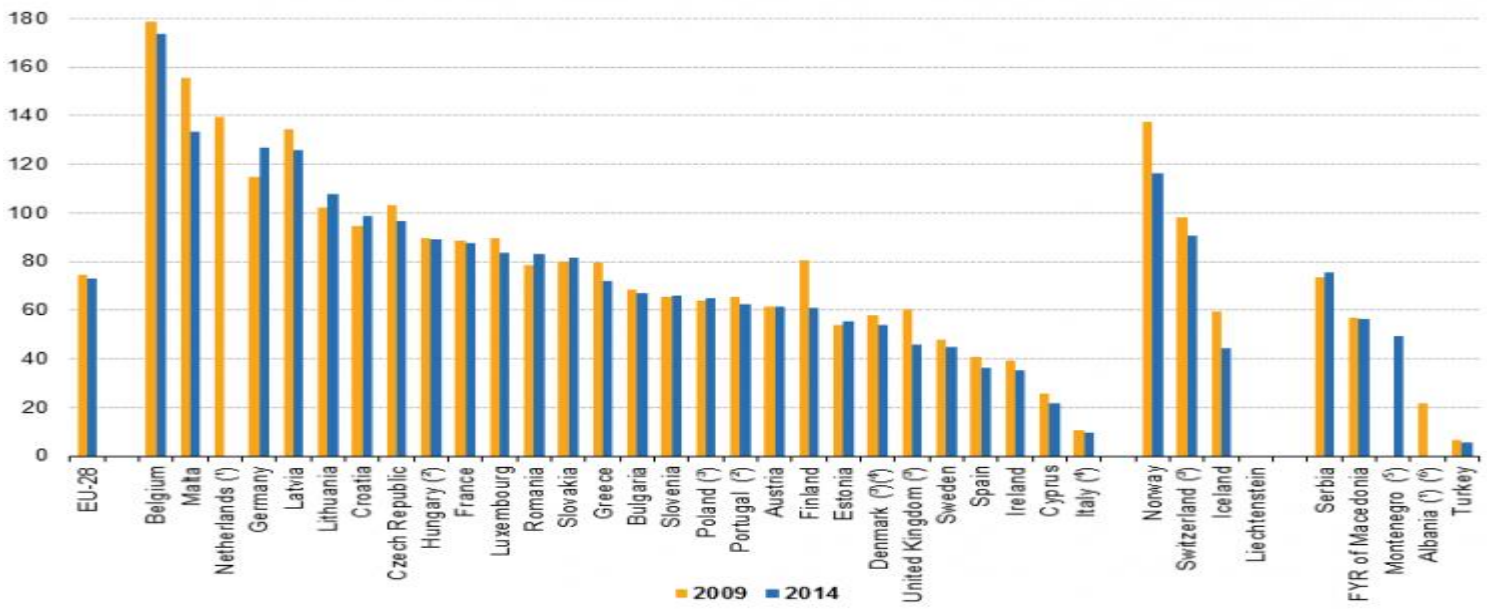
Dominantní složka péče je péče rezidenční

MHE 2013

U většiny zemí EU je převážná část prostředků na péči o osoby s duševním onemocněním alokována do psychiatrických nemocnic



Psychiatrická lůžka — 2009 a 2014 (na 100 000 obyvatel)



(1) 2014: not available.
(2) 2014: estimate.
(3) Break in series.
(4) 2013.
(5) 2009: not available.
(6) 2008 instead of 2009.

Kde jsme u nás v procesu Reformy vzhledem k tomuto evropskému rámci?

Změna struktury služeb – opouštění velkých ústavních zařízení (PN, DZR) – přesun péče do komunity (DI)

- Redukce lůžek probíhá, v NAPDZ plánováno k 2030 polovinu lůžek

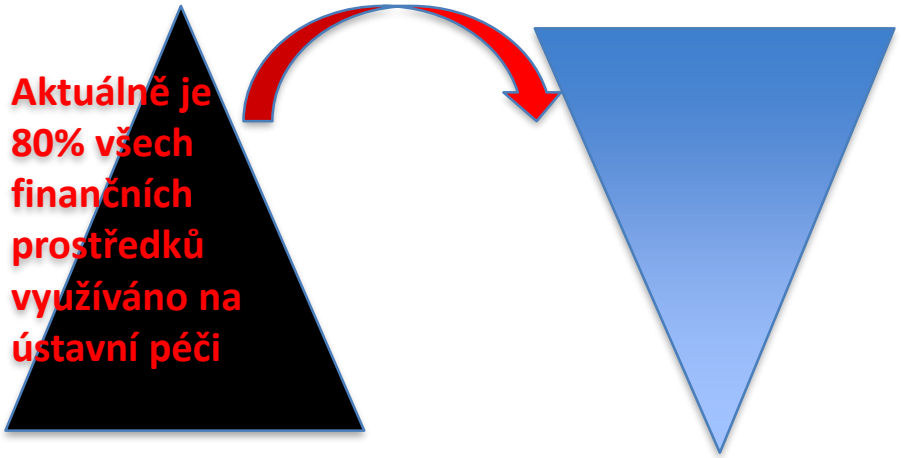
Abychom toho ale dosáhli, je potřeba:

- dělat **cílené plány a kroky** – propojené transformační plány psych. Nemocnic a krajských plánů služeb
- Cíleně **posilovat komunitní služby** (včetně segmentů krizových služeb) a využívat k tomu zdroje ZP i státního rozpočtu na soc. služby – multiresortní pohled!
- Pomoci **k přesunu personálu** z psych. Nemocnic do komunitních služeb
- zapojit komunitní služby do **pregraduálního vzdělávání zdravotníků**
- **plánovat následné využití** areálů psych. nemocnic

Vize budoucí sítě služeb:

maximální podpora potřebných osob s duševním onemocněním v místě jejich bydliště, prevence jejich umísťování do lůžkové- ústavní péče.

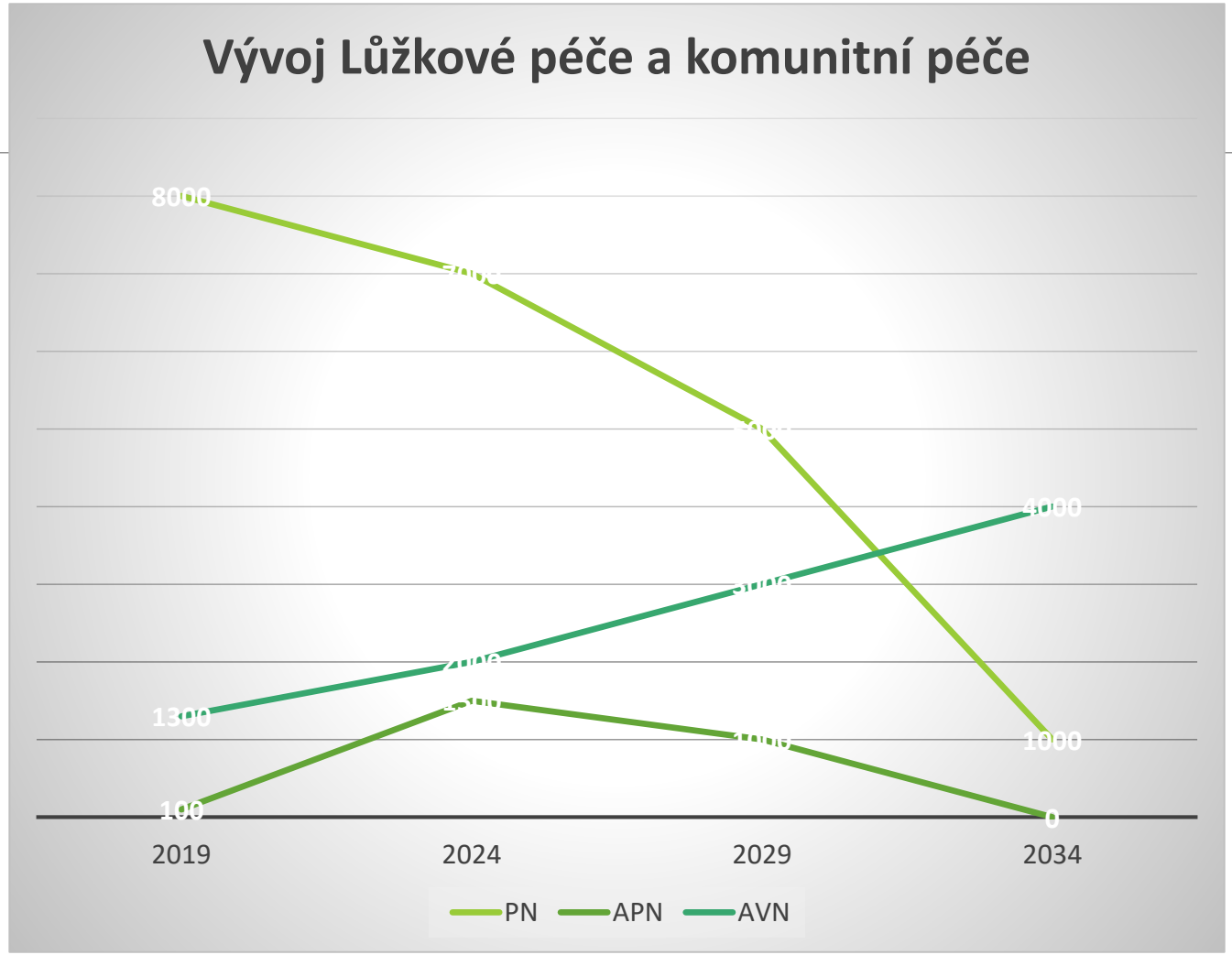
kapacity v komunitní péči



Proces transformace sítě bude znamenat přesun prostředků do komunitní péče

kapacity v ústavní péči

Kam směřujeme



	NYNÍ	ZA DESET LET
KAPACITY SLUŽEB	• Dominance lůžkové péče	• Balancovaná péče • Akutní péče integrovaná do všeobecných nemocnic • Dominance péče v komunitě
ORGANIZACE SLUŽEB	• Fragmentace • Živelná tvorba sítě • Neefektivní využívání lůžkových kapacit	• Propojený systém • Koordinovaná- plánovaná tvorba sítě • Gate keeping • Napojení na primární péči
FINANCOVÁNÍ	• 80% lůžková péče • Výkony, udržování lůžek • Oddělenost sociální zdravotní	• 50% lůžková péče • Potřeby klientů, flexibilita • Maximální propojenost sociální zdravotní
PERSONÁL	• Pyramida moci (izolace)	• Týmová multidisciplinární spolupráce • Emancipace sociálních pracovníků, sester, klientů

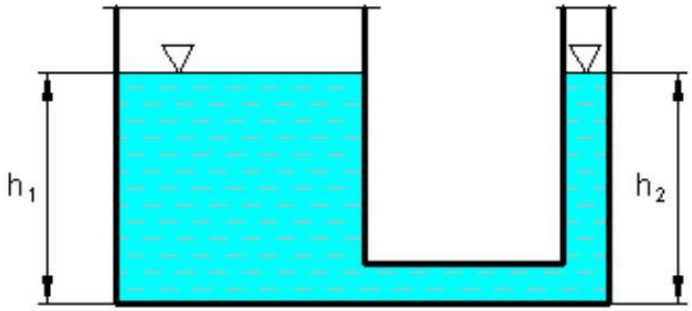
INSTITUCIONÁLNÍ x KOMUNITNÍ KULTURA (Thornicroft)

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

Čím více je krizových služeb v komunitě - tím méně je zapotřebí akutních psychiatrických lůžek

Spojené nádoby

- V nádobách, které jsou **vzájemně propojené** a jejichž hladina je pod stejným tlakem, je výška hladiny $h_1 = h_2$.



Poloha hladiny kapaliny ve spojených nádobách

Krizové služby

Jedním z cílů Národního akčního plánu pro duševní zdraví je redukce lůžek a zajištění podmínek pro život duševně nemocných v komunitě.

Fungující krizové služby jsou jednou z podmínek i jedním z vhodných nástrojů, jak uskutečnit tento cíl.

Krizové služby snižují opakovaná přijetí k hospitalizaci, vypadávání pacientů z léčby, zvyšují kvalitu života pacientů.

Snižují náklady na hospitalizační péči z důvodů redukce lůžek akutní péče a redukce nákladů spojených se suicidálními pokusy.“

Základní principy krizových služeb

Alternativa k hospitalizaci- alternativa k „pevnému místu“, ke koncepci založené převážně na léčení nemoci

Čas krize-čas změny- krizový stav využít pro změnu, spíše než pro udržování respektive pokračování stavu beznaděje.

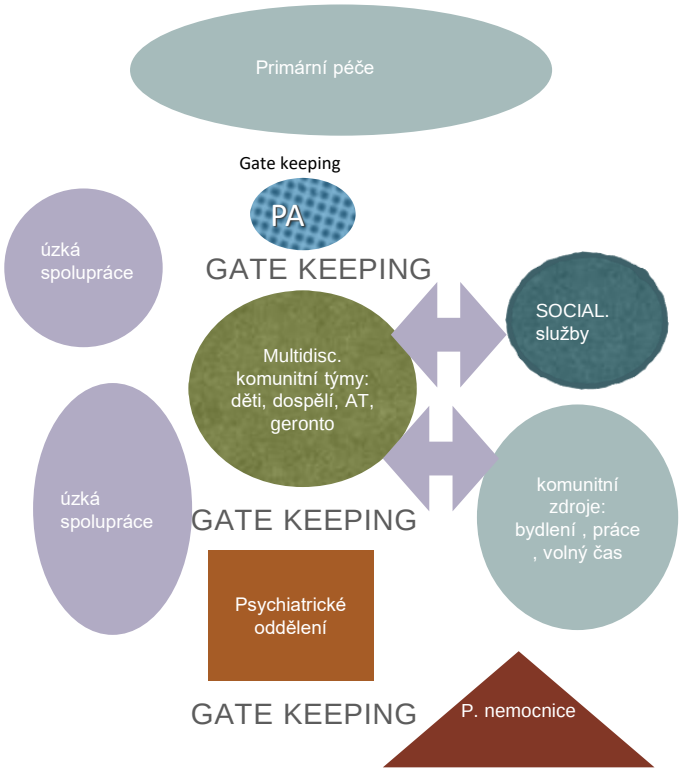
Kontinuita důvěryhodného vztahu- kontakt a vztah vytvořený mezi uživatelem a profesionálem v jedné části služby by měl být stejný, důvěryhodný terapeutický vztah ve všech částech systému služeb.

Sdílení odpovědnosti-sdílení odpovědnosti mezi uživatelem, rodinnými příslušníky (sociální okolím), odborníky a organizacemi a orgány do podpory zapojenými

Holistický přístup- Příčiny krize, krom psychologické, psychoterapeutické, farmakologické podpory vyžadují různá řešení z různých

Individualizace péče K zvládání emocí nebo problémů se sociálním chováním nebo s ohledem na osobu a její osobní historii a zkušenosti je potřeba pro tu kterou osobu „ služby šít na míru“ s orientací na ZOTAVENÍ.

KOMPLEXNÍ SYSTÉM PÉČE



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

GATE- KEEEPING

Proaktivní spolupráce se všemi „ referenčními“ subjekty (klienti, jejich rodinní příslušníci, obvodní lékaři, ambulantní specialisté, místní správa atd.)

Při známkách krize- „dekompenzace stavu“ (např. i když se pacient se nedostaví k ambulantnímu psychiatrovi atd.) zapojit jako první možnost krizové služby (mobilní, „asertivní“).

Pokud zapotřebí hospitalizace, měla by být krizovými- akutními služby asistována (připravena, domluvena, asistována in person).

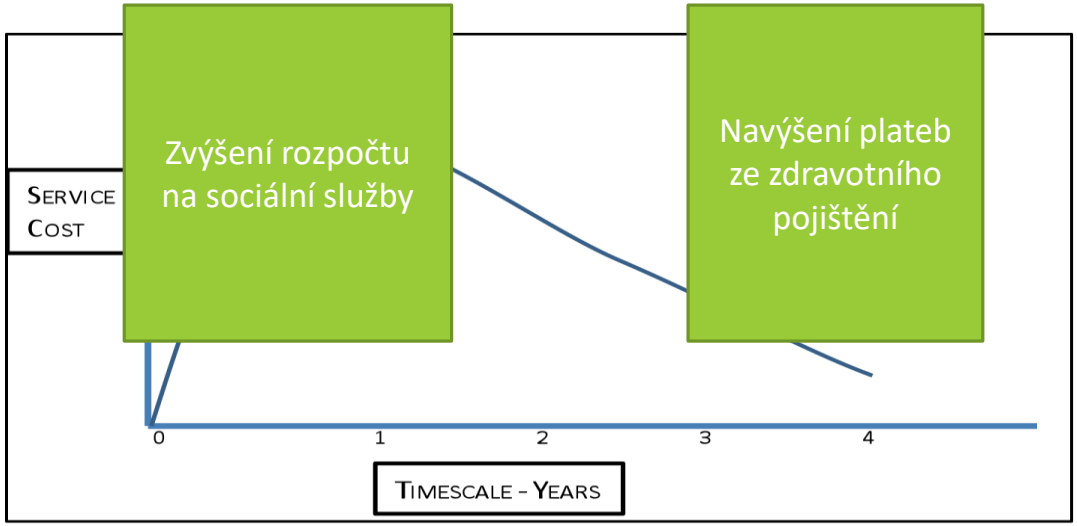
Pokud dojede k hospitalizaci, měla by být relevantní krizová služba informována a měla by připravovat rychlý návrat klienta z nemocničního prostředí, včetně potřebné následné pomoci a podpory.

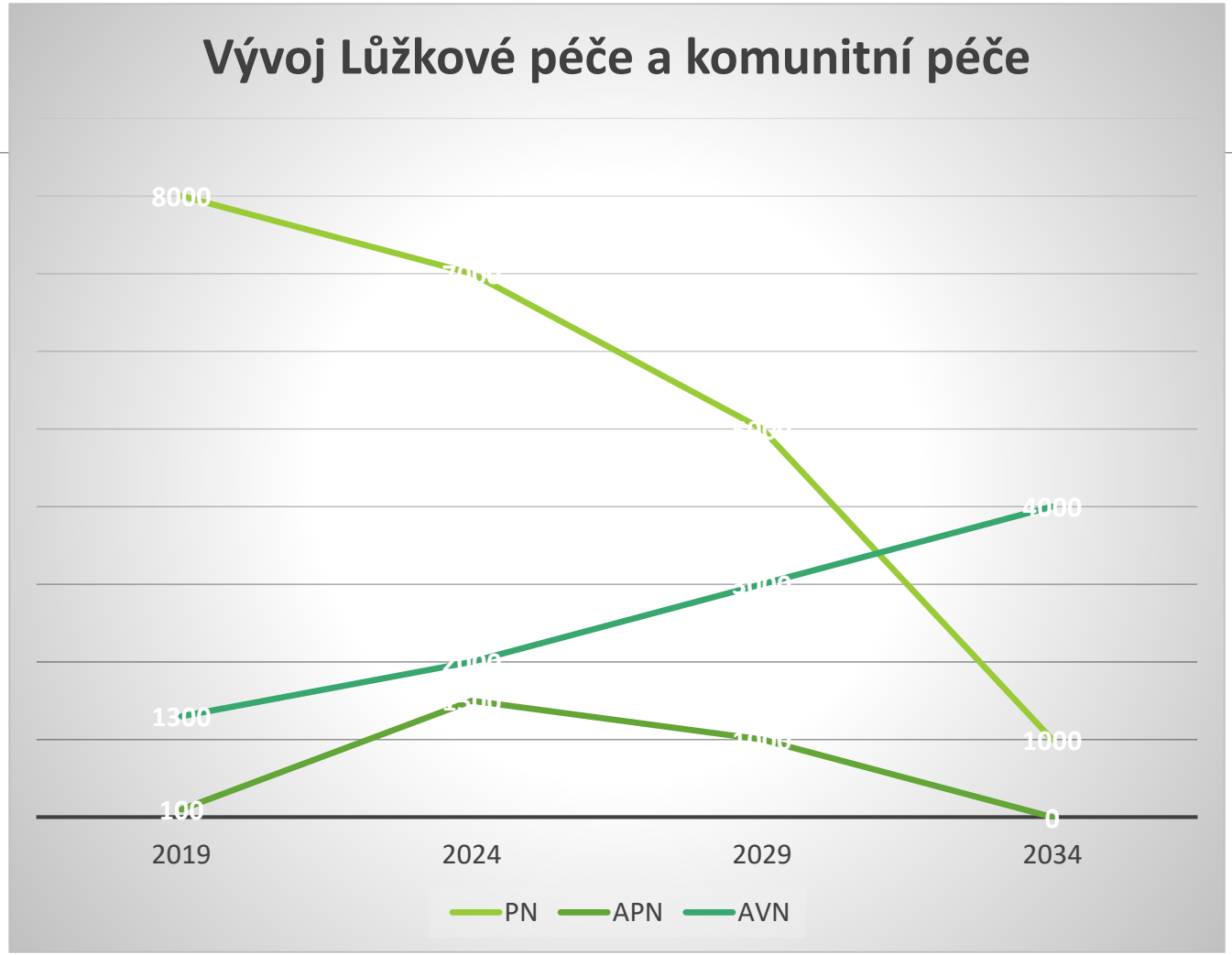
Obecně je důležité intenzivní nastavení spolupráce krizových a lůžkových služeb. Výhodné je i personální propojení. Ukazuje se i výhodné, pokud terénní krizová služba má zázemí na oddělení akutní péče. Zvyšuje se tak míra propojenosti a spolupráce.

Plánování sužeb

1. Monitorování kvalitativní a kvantitativních potřeb cílových osob (včetně analýzy hospitalizací atd.)
2. Definování potřebnosti jednotlivých funkcí (velikost oblasti pro funkci dle daných specifik kraje).
3. Identifikace potencionálních zdrojů.
4. Plánování integrované sítě krizové, akutní komunitní pomoci (kdo, co, kdy , kde, za kolik atd.).
5. Paralelně plánování potřebnosti akutní lůžkové psychiatrické péče s návazností na krizové služby. Krizové služby brát jako primární řešení. V místě s nedostupnou lůžkovou péčí primárně investovat do komplexních krizových služeb atd.

Transformační náklady Přemosťující „zdroje“




Vývoj Lůžkové péče a komunitní péče
8000
1300
100
4000
1000
0
2019
2024
2029
2034
PN
APN
AVN

Kde jsme u nás v procesu Reformy vzhledem k tomuto evropskému rámci?

Změna procesu poskytování služeb – směrem k multidisciplinárním týmům, k prevenci, začlenění do běžných řešení (zdravotnické, sociální, vzdělávací)

- Vzniklo 30 CDZ, 8 MDT (děti, adikto, senioři), je nastartováno dalších cca 80 komunitních týmů, které by mohly být CDZ

- během covidu se nasvítilo téma duševního zdraví v široké populaci a zejména u dětí, plánuje se posílení psychologů ve školách a PPP

Abychom dosáhli úspěchu, je potřeba:

- promítnout **fungování a financování CDZ a MDT do legislativy** v rámci řešení sociálně zdravotního pomezí
- **Měnit myšlení, postoje už při vzdělávání** profesí, cíleně vzdělávat
- **Posílit role krajů** v Reformě a jejím plánování
- **do systému vzdělávání zanést duševní zdraví**
- **Získat politickou podporu pro kampaně v prevenci**

Kde jsme u nás v procesu Reformy vzhledem k tomuto evropskému rámci?

Změna přístupu – partnerský, recovery, harm reduction

- přístup recovery se etabluje v komunitních službách, ale ne příliš v lůžkových psych. Zařízeních

- lidé se zkušeností jsou často nejvíce vzděláni v recovery i dalších inovativních přístupech (open dialog, hearing voices, apod.)

Abychom dosáhli úspěchu, je potřeba:

- dostat tyto přístupy do **curricul vzdělávání** pomáhajících profesí
- **Financovat inovativní pilotní projekty**
- **Zapojovat uživatele a rodinné příslušníky** do rozhodování o sobě samém, ale i o plánování služeb i systému péče

Kde jsme u nás v procesu Reformy vzhledem k tomuto evropskému rámci?

- **Změna cílů** – od ochrany společnosti, segregace a diskriminace osob s duševním onemocněním k sociálnímu začlenění

- udělalo se hodnocení naplňování CRPD v psychiatrických nemocnicích

Abychom dosáhli úspěchu, je potřeba:

- cíleně pracovat na **odstranění diskriminace** lidí s duševním onemocněním, závislostí, ad. - zejména v přístupu k sociálním dávkám (ID, PnP), v získávání zaměstnání, apod.
- **Být transparentní** - zveřejňovat hodnocení naplňování CRPD ve službách
- Cíleně **podporovat dostupné bydlení**
- Cíleně a termínovaně **pracovat na DEINSTITUCIONALIZACI**.

Co je naprosto zásadní?

Sledovat dlouhodobou vizi, hlídat hodnoty ke kterým se vztahujeme.

Reforma je velká systémová změna (nadresortní) a neuděje se bez leadershipu za jedno volební období.

Reformu primárně neděláme pro služby a pro systémy, ale děláme ji proto, aby se lidem, kteří se setkají s nějakým problémem v oblasti duševního zdraví, lépe žilo.

Děkuji za pozornost

Pavel.novak@mzspraha.cz
mobil: 778 711 203, 777 800 381

METROPOLITNÍ ZDRAVOTNICKÝ SERVIS