



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Představení cílů a principů Reformy péče o duševní zdraví

Děti s potřebou podpory v oblasti duševního zdraví

Seminář 5.6. 2019

Renata Žabová a Pavel Novák, regionální konzultanti Reformy
péče o duševní zdraví pro Středočeský kraj a Hl.m.Prahu,
MZ ČR



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Duševní zdraví je stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život, štěstí a naplňující vztahy, uvědomovat si a realizovat vlastní potenciál, vypořádat se s normální životní stresovou zátěží, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti.

Duševní zdraví není pouze absence duševního onemocnění, ale základní komponenta zdraví, tj. stavu fyzické, mentální a sociální pohody.

(https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).



Proč Reforma duševního zdraví?

- Současný systém není efektivní, není dostatečně orientovaný na člověka a jeho potřeby
- Rostoucí trend duševních onemocnění
- Absence alternativy k dlouhodobé lůžkové péči
- Nedostupnost služeb v některých regionech
- Nedostatečná provázanost zdravotních a sociálních služeb



Péče o lidi s duševním onemocněním v ČR ve srovnání se zahraničím

- NEÚMĚRNÁ velikost institucí
- MINIMÁLNÍ pokrytí komunitními službami
- MALÝ respekt k občanským právům cílové skupiny
- Objem financí – EXTRÉMNĚ NÍZKÝ
- NEPŘEKONATELNÉ oddělení zdravotního a sociálního
- VELMI NÍZKÁ míra zaměstnání lidí s SMI
- VYSOKÉ stigma psychiatrických klientů
- NESPOLUPRÁCE - Každý si jede na svém písečku

Současný stav psychiatrické péče v ČR

Epidemiologie a zátěž

- Duševní onemocnění prožije každý rok více než 1/5 populace
- Více než polovině z toho se nedostane žádné odborné pomoci/léčby
- Společenské náklady na onemocnění mozku vychází přibližně na 10,2 mld Kč ročně, duševní onemocnění z toho tvoří více než polovinu
- Duševní onemocnění jsou zodpovědná přibližně za 10 % zdravotní zátěže způsobované všemi onemocněními dohromady
- Lidé se závažným duševním onemocněním mají 2x vyšší mortalitu než běžná populace
- 6 % běžné populace závislých na alkoholu (léčí se méně než 20 %)
- 3-5 sebevražd denně
- Počet lidí s demencí narůstá

Systém služeb

- Spočívá na velkých psychiatrických nemocnicích – nálezy ombudsmana a jiných orgánů o nenaplňování lidských práv
- Absence služeb včasné detekce a intervence – nemoc zjištěna pozdě, časté hospitalizace
- Institucionalizace – lidé hospitalizováni více než 5, 10, 20, 30 let
- Specializované komunitní služby dostupné pouze na několika místech republiky, vznikly více méně náhodně, za podpory mezinárodních organizací nikoli na základě implementace národní politiky
- Mnoho lidí s psychiatrickými diagnózami v Domovech se zvláštním režimem – nezmapované populace

Financování

- Založeno na tradici, nikoli na evidenci
- Většinu zdravotnického rozpočtu spotřebují psychiatrické nemocnice
- Pouze 4% ze zdravotnického rozpočtu jdou do duševního zdraví
- Nejasná zodpovědnost kvůli vykonstruované fragmentaci na zdravotní a sociální problematiku
- Neefektivní systém financování ambulantních psychiatrů

Postoje obyvatel

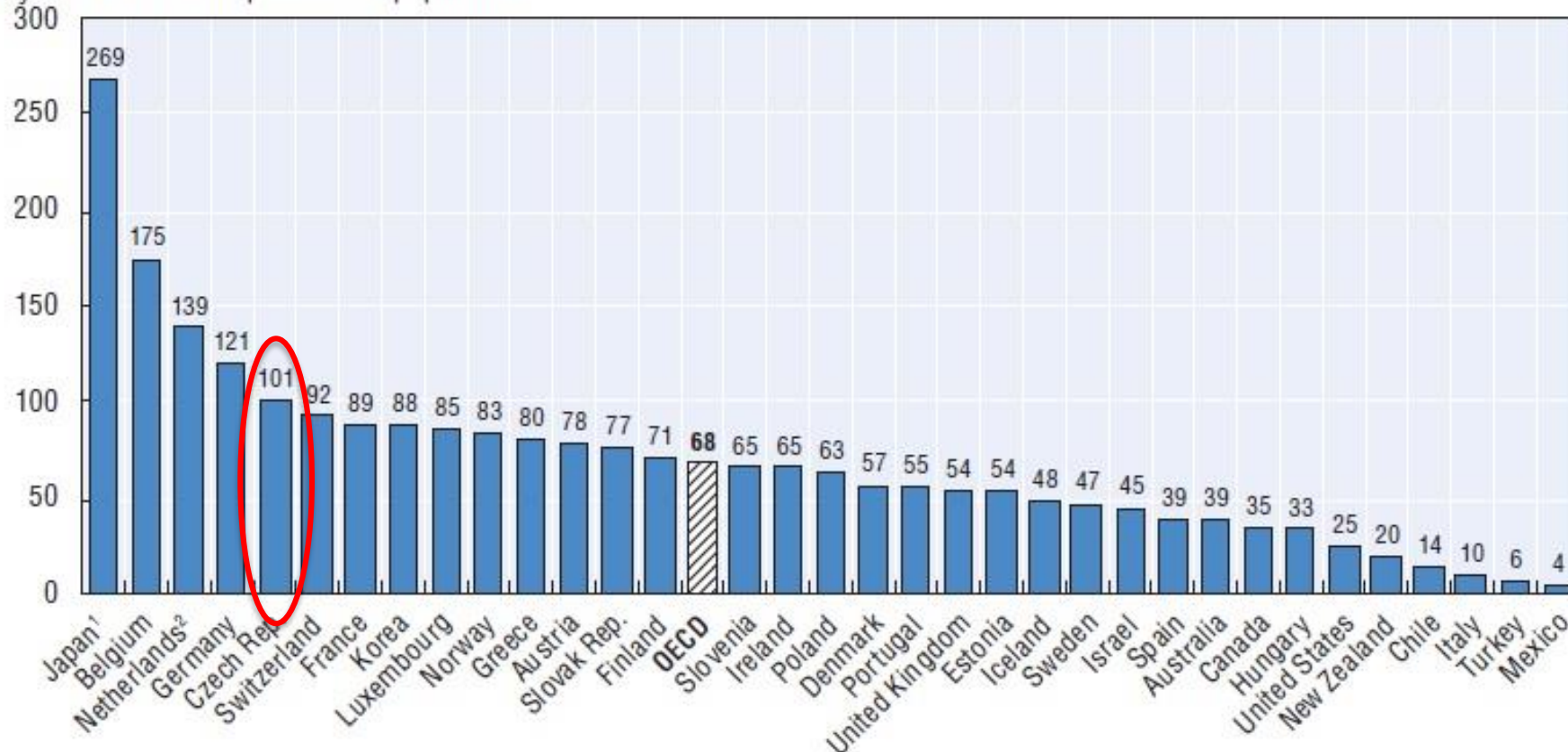
- Mizivá gramotnost – neschopnost rozpoznat a řešit problémy u sebe natož u druhých
- Péče o vlastní duševní zdraví u lidí bez duševního onemocnění na tristní úrovni
- Stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním

Ostatní

- Nedostatečné lidské zdroje, málo psychiatrů; většina profesionálů pracuje v psychiatrických nemocnicích;
- Malý zájem o psychiatrii mezi mediky
- Legislativa roztržitá
- Služby jsou fragmentované, spolupráce mezi nimi vážne
- Uživatelé mají malý podíl na vývoji systému péče
- Neexistuje plán prevence sebevraždnosti

Figure 3.1. Psychiatric care beds per 100 000 population, 2011

Psychiatric care beds per 100 000 population



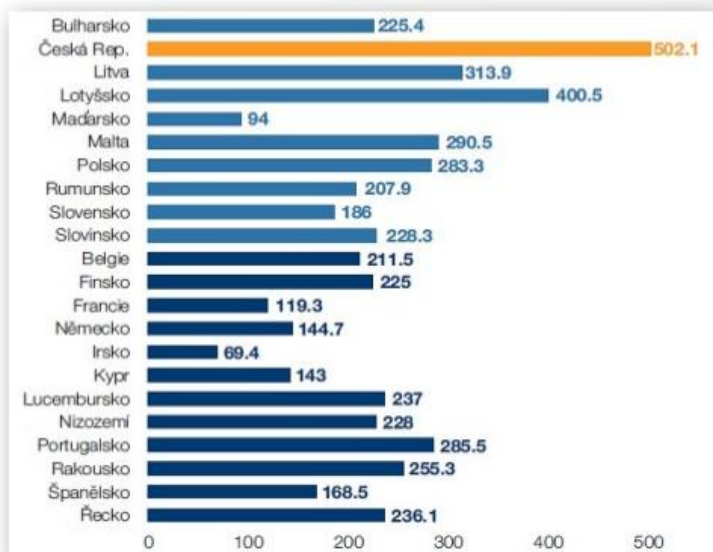
1. In Japan, a high number of psychiatric care beds are utilised by long-stay chronic patients.

2. In the Netherlands, psychiatric bed numbers include social care sector beds that may not be included as psychiatric beds in other countries.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933030420>

Komparace evropských zemí v základních ukazatelích: služby (o lůžek na 1 PL)



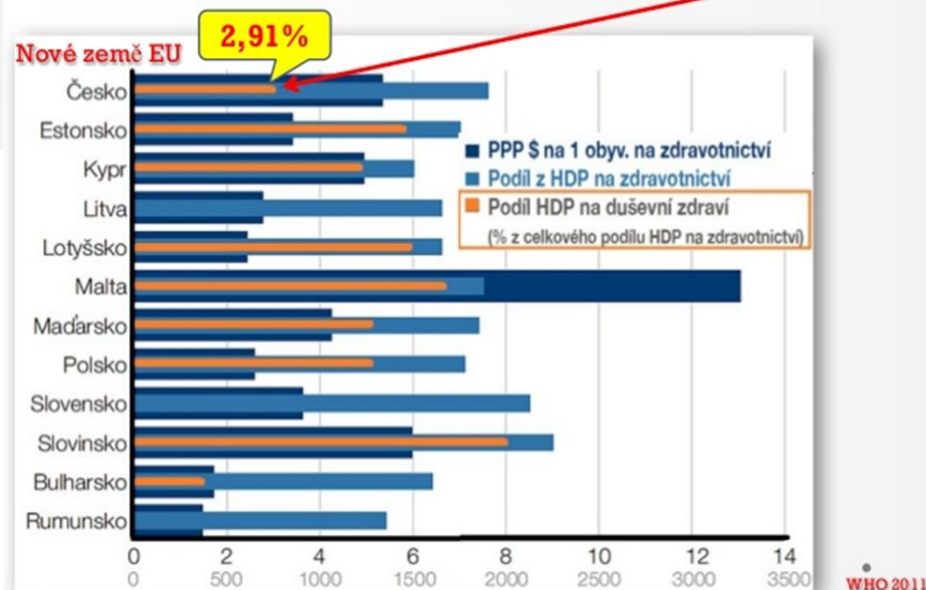
Průměrná velikost psychiatrických léčeбен (nemocnic) v ČR je výrazně větší než je v Evropě obvyklé.

Průměrná velikost v Evropě je cca 150 lůžek na 1 nemocnici.

WHO doporučuje lůžková zařízení do velikosti 60 lůžek,
na 100 tis. obyvatel 40 lůžek

Psychiatrická péče v ČR je výrazně podfinancovaná.

Komparace evropských zemí v základních ukazatelích: finance (zdravotnictví)





Obecný cíl Reformy péče o duševní zdraví

Hlavním cílem je zlepšit kvalitu života cílové skupiny a umožnit jim naplňovat jejich lidská práva.



Principy Reformy péče o duševní zdraví

systém služeb

- je založený na zotavení (recovery oriented),
- umožní a podporuje aktivní zapojení uživatelů a pečujících,
- napomáhá destigmatizaci,
- respektuje lidská práva uživatelů a působí preventivně před používáním omezujícího prostředí a prostředků,
- podporuje využívání běžných komunitních zdrojů,
- podporuje multidisciplinární přístup,
- pomáhá spolupráci nemocničních a komunitních služeb,
- zabezpečuje dostupnost a kontinuitu péče,
- zajišťuje dostatečnou informovanost o službách.



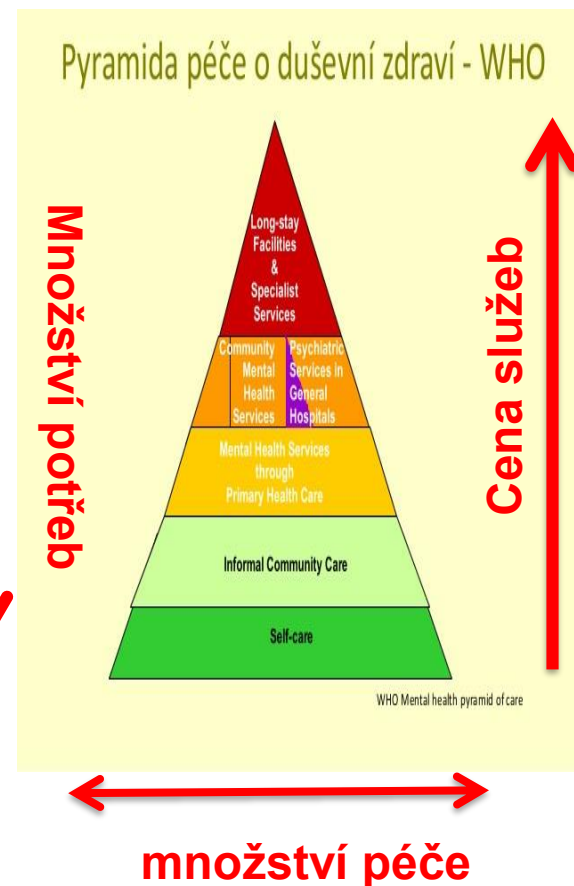
Realizace Strategie reformy psychiatrické péče - cíle:

- Přesun péče blíže k pacientovi
- Respekt k právům pacientů a jejich individualitě
- Posílení primární psychiatrické péče
- Restrukturalizace lůžkové péče
- Rozvoj komunitní péče
- Regionální nastavení služeb
- Destigmatizace pacientů a oboru

Proměna systému péče

péče v ČR

specializovaná
dlouhod.péče lůžková
psych.péče ve všeob. nemoc.
spec.kom.péče
psych. péče v primární péči
podpora v komunitě
sebepéče





Reforma přináší zásadní změnu paradigmat

ochrana společnosti → **naplňování práv občanů**
(a s tím omezování či
porušování práv pacientů)

Léčba symptomů nemoci → **sociální začleňování**

Obor psychiatrie → **holistická péče o duševní zdraví**

Nálepka nevyléčitelnosti → **model zotavení / recovery**



Změna paradigmat obnáší:

- Měnit způsoby práce a zaběhlé vzorce myšlení i chování
- Měnit přístup k uživatelům
- Měnit postoje
- Měnit jazyk



Projekty reformy (2017-2022)

MERRPS

příjemce	název projektu	předmět projektu
MZČR	Deinstitucionalizace	Řízení reformy a odborná garance, Kvalita péče, Regionální síť , Transformace psychiatrických nemocnic, Financování péče
	Multidisciplinární spolupráce	Zavedení multidisciplinárního přístupu, podpora týmů, „malí“ metodici v psychiatrických nemocnicích
	Podpora nových služeb	Podpora provozu mobilních komunitních týmů a ambulancí s rozšířenou péčí
	Centra duševního zdraví I, II, III	Podpora provozu center duševního zdraví
ÚZIS	Analytická a datová podpora reformy	Informační nástroje pro infrastrukturu psychiatrické péče a hodnocení kvality péče, sběr dat, registr psychiatrické péče
NÚDZ	Destigmatizace	Metodika destigmatizace, podpora a komunikace destigmatizace v regionech, podpora uživatelů a rodinných příslušníků
	Časná intervence	Časná detekce a terapie osob s rozvíjejícím se závažným duševním onemocněním

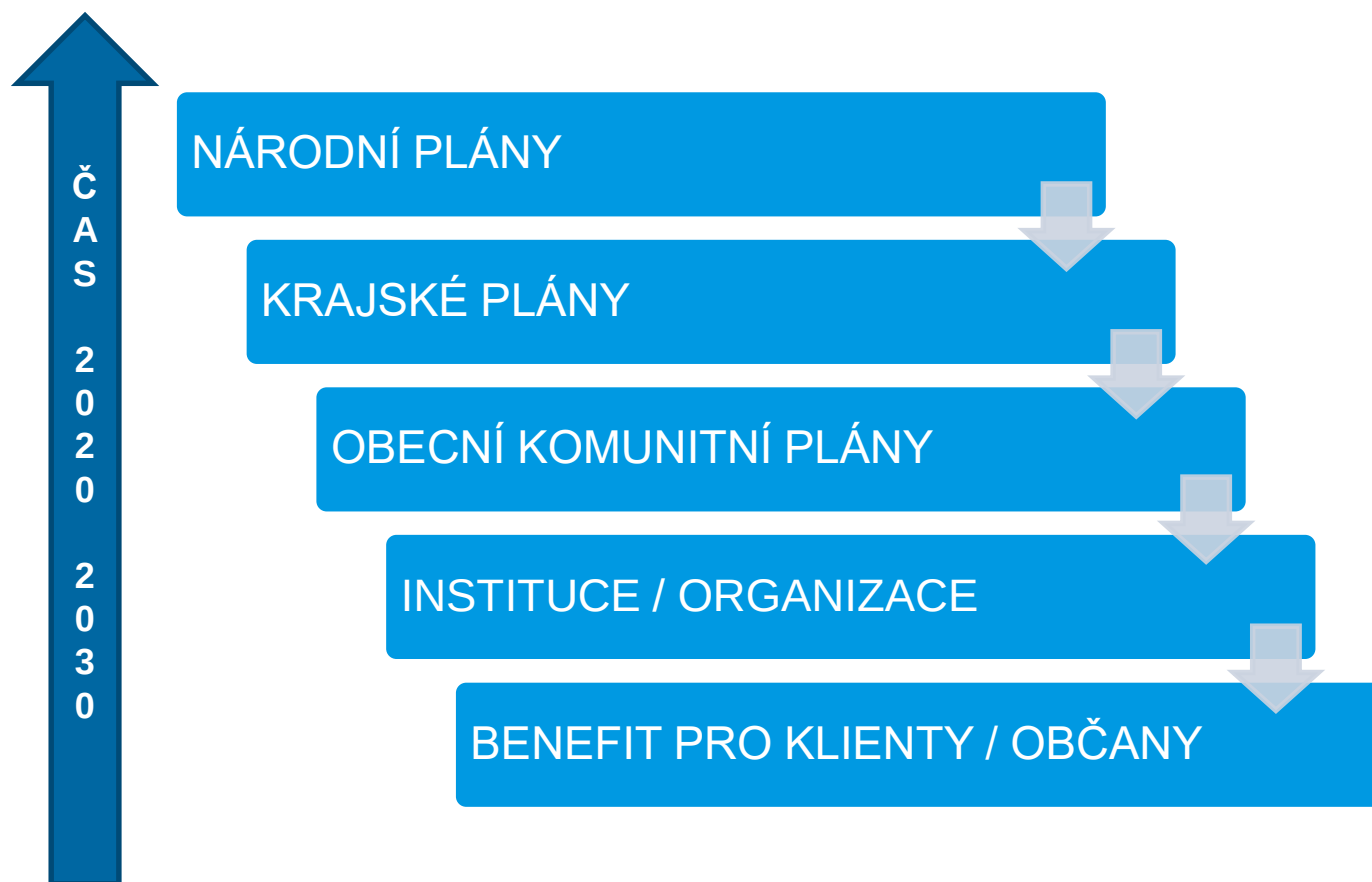


Projekt Deinstitutionalizace

aktivity o rok prodlouženy – do 07/2021

- Aktivita 1: Odborná garance Strategie reformy psychiatrické péče (SRPP)
- Aktivita 2: Kvalita péče (Kulaté stoly, hodnocení v PN-WHO toolkit)
- Aktivita 3 - **Regionální síť péče (14 koordinátorů) – mapování a plánování péče v propojení na transformační týmy nemocnic**
- Aktivita 4 – Transformační týmy ve všech psychiatrických nemocnicích
- Aktivita 5 - Spolupráce se souvisejícími obory a profesemi (lékaři, učitelé, soudci, sociální pracovníci, poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb, zaměstnanci veřejné správy aj.)
- Aktivita 6 - Úhradové mechanismy
- Aktivita 7 - Evaluace SRPP

Plánování na úrovni krajů – sociální a zdravotní služby



Implementace a plánování na úrovni kraje

Strategie reformy psychiatrické péče a péče o duševní zdraví v kraji

Zastupitelstvo kraje

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Rada kraje

Výkonný výbor
(projekt Deinstitutionalizace)

Řídící výbor

Projektová koordinační platforma na
kraji

Pracovní
skupina
SMI

Pracovní
skupina
SENIORŮ

Pracovní
skupina
ZÁVISLOSTI

Regionální
konzultant
kraje

Specialista
transformace –
vedoucí
Transformačního
T

Garanti krajští
Sociální/zdrav
otní

Pracovní
skupina
DĚTI

Pracovní
skupina
FORENZNÍ
PSY

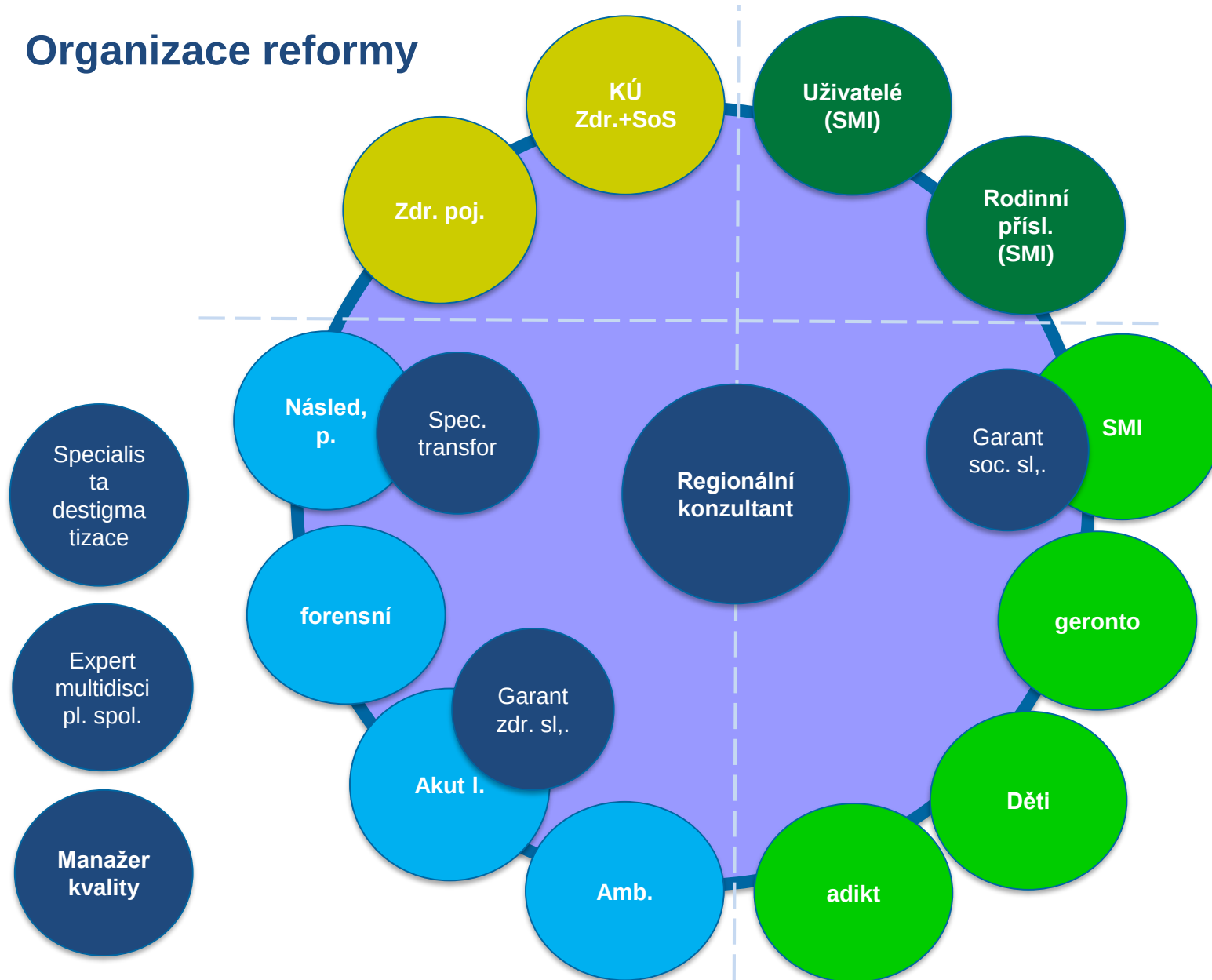
Pracovní
skupina
Uživatelé a
pečovatelé

Pracovní
skupina
AD HOC –
bydlení

Pracovní
skupina
AD HOC –
práce



Organizace reformy





Dopad našich aktivit na oblast SMI

- Mapování současného stavu, tvorba koncepce, plánů
- Existence stálé pracovní skupiny pro SMI
- Zakomponování nového typu služby – CDZ – do systému
- Posilování komunitních služeb
 - vznik pilotních CDZ (terénní MD týmy)
 - Zakomponování rozvoje sociálních služeb do SPRSS
 - Posilování služeb podpory bydlení
 - Plánování cílového stavu – plného pokrytí terénními MD týmy
- Spolupráce komunitních služeb a PN na plánovitém propouštění klientů z PNB a jejich integrace do běžných podmínek
- Paralelně příprava postupné redukce lůžek v PNB
- Podpora zapojování uživatelů a rodinných příslušníků
- Program snižování stigmatizace ve společnosti
- Vzdělávání
- Síťování
-



Data z psychiatrických nemocnic

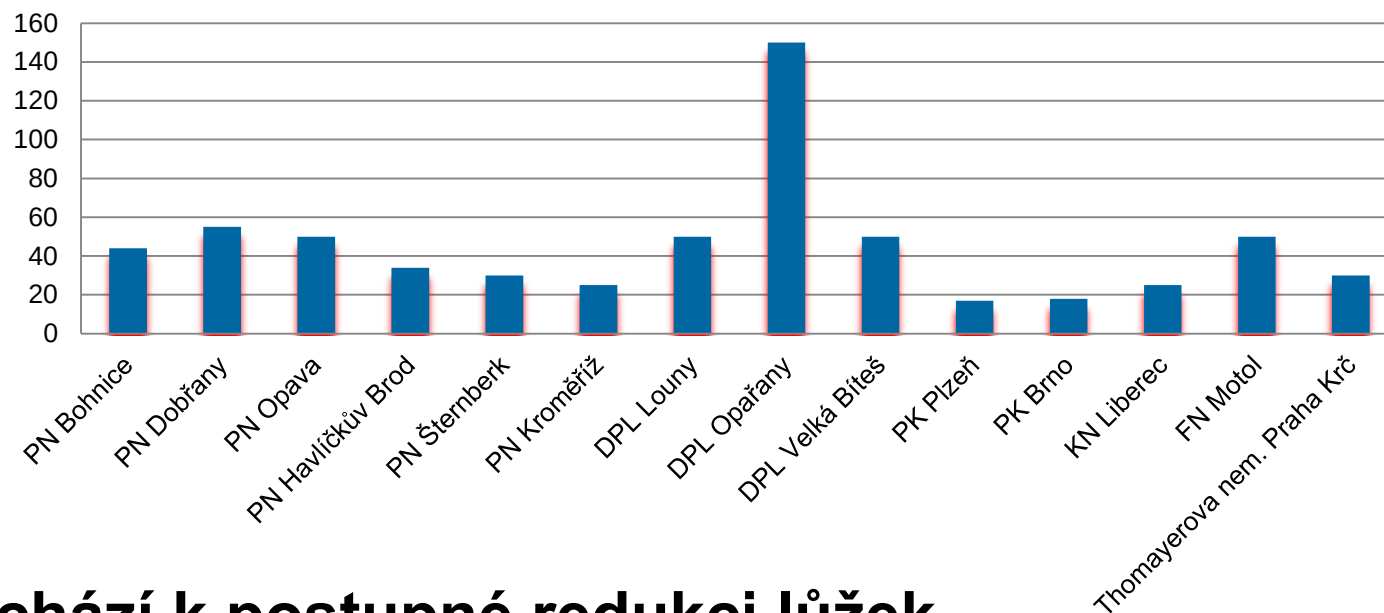
Celkové počty dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v ČR k 30. 9. 2018

• SMI (<i>Severe Mental Illness</i>)	1393
• Mentální retardace	243
• Organické poruchy	672
• Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek	274
• Úzkostné a depresivní poruchy	39
• Poruchy osobnosti, nutkavé a impulzivní poruchy	171
Celkem	2792

Celkové počty dětských psychiatrických lůžek v ČR

590 lůžek, z toho 230 v DPN (data 2016)

Počet psychiatrických lůžek pro děti (data 2012)



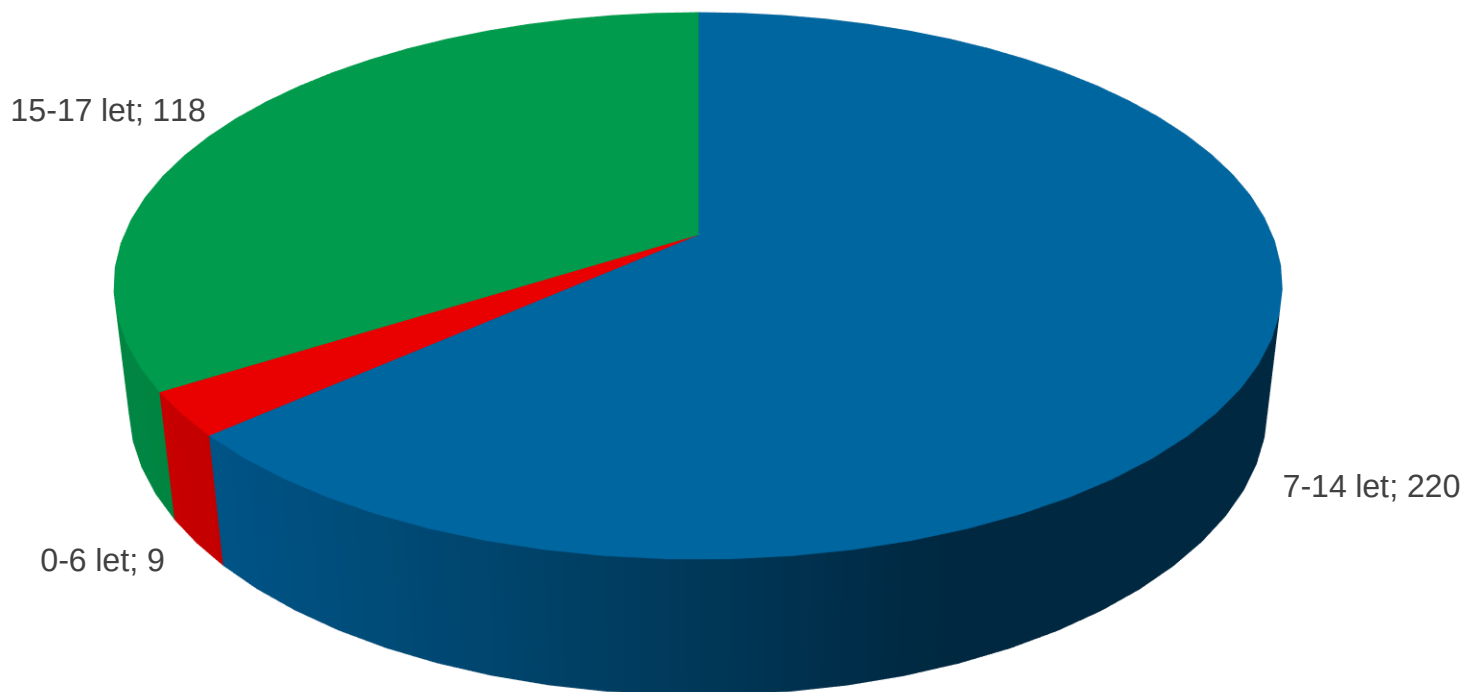
Dochází k postupné redukci lůžek

Prům. doba hospitalizace 75 dnů (data 2012)



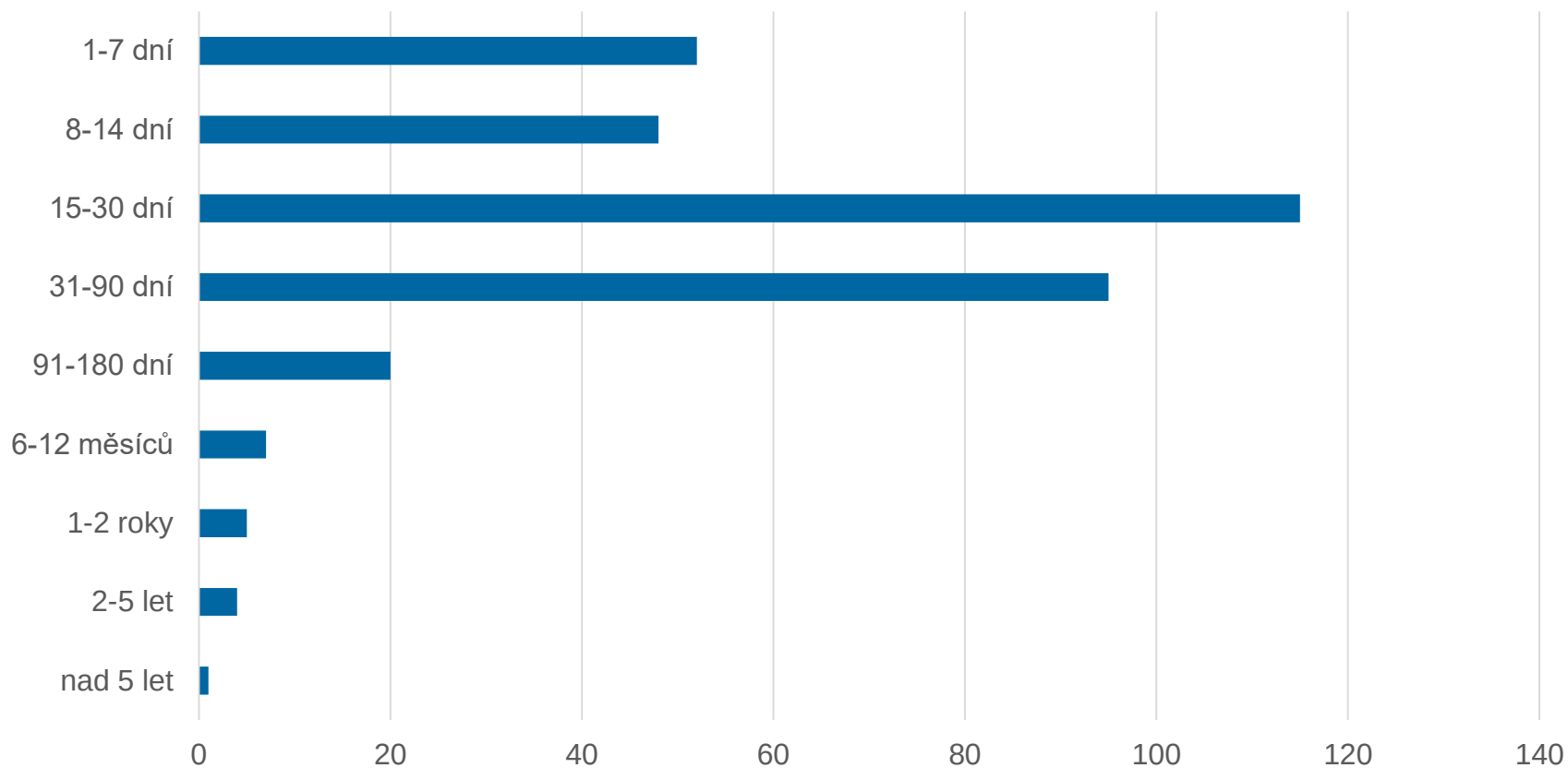
Počty hospitalizovaných dětí v psychiatrických nemocnicích dle věkových skupin k 30. 9. 2018

Celkový počet hospitalizovaných dětí - 347

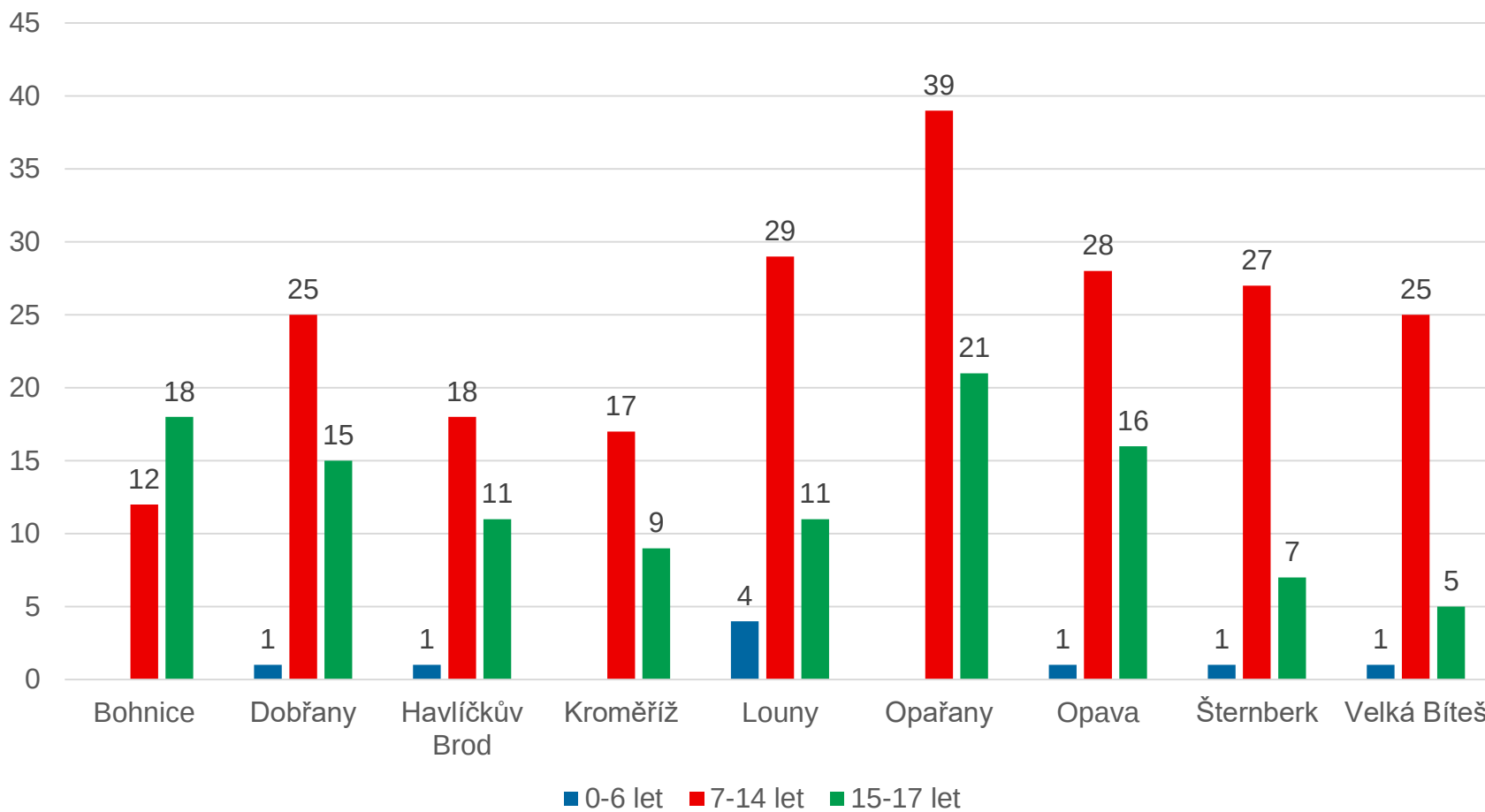




Délka pobytu hospitalizace dětských pacientů psychiatrických nemocnic k 30. 9. 2018



Hospitalizovaní dětské pacienti v jednotlivých psychiatrických nemocnicích dle věkových skupin k 30. 9. 2018





Alarmující čísla 1

- V roce 2018 žilo v ČR v ústavech přibližně 8 000 dětí.
- V ČR je 142 dětských domovů, v roce 2017 v nich bylo celkem 3 887 dětí a 375 mladých dospělých (celkem 4 262).
- V nápravných institucích MŠMT bylo v roce 2017 – 2083 dětí (12 – 18 let)
- V DOZP bylo v tom čase 497 dětí (3 – 18 let)
- V kojeneckých ústavech 649 dětí (0 – 4 roky)
- V ZDVOP (Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc) 614 dětí (0 – 18 let)
- celkový počet ohrožených dětí žijících mimo svou rodinu v dětských domovech či v dlouhodobé pěstounské péči se v letech 2008 až 2017 zvýšil o více než 7 000
- Počet dětí ve státní péči v přepočtu na 10 000 dětí v populaci je v ČR vyšší (118) než v mnoha jiných rozvinutých zemích.

(Lumos, dokument Investice do dětí, 2018)



Alarmující čísla 2

- Míra sebevražednosti u věkové skupiny 15 – 24 let je **11,37%**
- V tomto věku je sebevražda **druhou nejčastější příčinou úmrtí**
- Procentuelní podíl sebevražd ze všech zemřelých v této věkové skupině je **25,1 %**
- Téměř **čtvrtina všech hospitalizovaných** pro úmyslné sebepoškození byla právě v této věkové skupině

Data ze Situační analýzy prevence sebevražd v ČR, 2019, NÚDZ



DĚKUJEME ZA POZORNOST

RENATA.ZABOVA@MZCR.CZ

PAVEL.NOVAK@MZCR.CZ



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Příprava Nových služeb – pro další cílové skupiny

- Vytvoření návrhů standardů MT týmů
- Pilotní ověření standardů u 2-4 poskytovatelů
 - 18 měsíců provozu
 - různí poskytovatelé/místa poskytování
 - již zavedené služby
 - metodické vedení MT týmů
- Evaluace, vypracování standardu (spádová oblast, fungování týmu atd.), návrh udržitelného financování
- Informace o službě



Obecné principy K1, K2, K3, K5

- Vytvoření návrhů standardů MT týmů
- Pilotní ověření standardů u 2-4 poskytovatelů
 - 18 měsíců provozu
 - různí poskytovatelé/místa poskytování
 - již zavedené služby
 - metodické vedení MT týmů
- Evaluace, vypracování standardu (spádová oblast, fungování týmu atd.), návrh udržitelného financování
- Informace o službě

K1: Podpora nových služeb v péči o pedopsychiatrické pacienty

- MT tým (case management)
 - pedopsychiatr, psychoterapeut, rodinný terapeut, spec. pedagog, sociální pracovník, zdravotní sestra..
- Zdravotně/sociální služba mezi ambulancí a lůžky
- Komplexní akutní (8h/den, přijetí max. do 3 dnů) i následná péče v přirozeném prostředí
- Pracuje s celým sociálním prostředím od rodiny po školu
 - Spolupracuje s relevantními službami (lůžková péče, pedopsychiatrické ambulance, AT, OSPOD, školská poradenská zařízení, diagnostické ústavy, střediska výchovné péče)
- Cílová skupina: dítě s komplexními potřebami (např. po propuštění z ústavní péče)

K2: Podpora nových služeb v péči o gerontopsychiatrické pacienty

- MT tým
 - – gerontopsychiatr, psycholog, zdravotní sestra, sociální pracovník, pracovník v soc. sl., ergoterapeut
- Podpora domácí péče (pečovatelů) a spolupráce s relevantními službami (ambulance, lůžková péče, home care, respitní péče, denní stacionáře, sociální služby, svépomocné skupiny..)
- Zamezení zneužívání, zajištění nutrice, somatického stavu, zvládání behaviorálních a psychických příznaků, edukace, navázání na komunitu
- Kontaktní centrum
- Cílová skupina: F 00, F 01-03



K3: Podpora nových služeb v oblasti péče o adiktologické pacienty

- MT tým (case management)
 - psychiatr, klinický psycholog, adiktolog, peer pracovník/recovery coach, sociální pracovník, zdravotní sestra
- Spojení principů harm-reduction a recovery
 - Okamžitá pomoc (práce s momentem krize) i kontinuální podpora při zotavení
 - Komplexní nabídka služeb pro uživatele legálních i nelegálních drog
 - Řešení psychiatrických i somatických komorbidit
- Spolupráce s ostatními poskytovateli a službami
- Indikace: F 1.1x, F 1.2x, F 63.0

K4: Ambulance s rozšířenou péčí

- Tým zdravotnických pracovníků
 - psychiatr, psycholog, zdravotní sestra..
- Stanovené spádové území, komplexní služby (včetně služby terénní sestry), spolupráce se zdravotnickými specialisty, s praktickými lékaři, sociálními službami atd.
- Dostupnost pro akutní případy max do 3 dnů
- Cílová skupina – celé spektrum psych. dg.
- 5 poskytovatelů s uzavřenou smlouvou s pojišťovnou
- Pilot 18 měsíců
- *Metodika spolupráce s PL (převzetí do péče, společná koordinace péče atd.) – spolupráce hrazená z projektu*

K5: Podpora nových služeb v oblasti péče o pacienty s nařízeným ochranným léčením

- Forenzní MT tým (psychiatr, psycholog, adiktolog, sexuolog, zdravotní sestra, sociální pracovník, IPS specialista, úředník probační a mediační služby, soudní úředník)
 - Umožnění života v běžných podmínkách při zajištění ochrany společnosti
 - Spojení s lůžkovým zařízením – přechod od ústavní k ambulantní OL a naopak
 - Risk assessment (předání do PA či ponechání v péči – PA v kontaktu s týmem)
 - Koordinátor péče v kraji, kontaktní místo pro soudy
- *Standardizovaná metodika hodnocení rizika (50 proškolených odborníků, 500 vyšetření)*



Zadání pro práci ve skupinách

1. Popište či definujte cílovou skupinu - ptáme se na děti, s kterými pracujete a kteří jsou ohroženi v oblasti duševního zdraví
2. popište na konkrétních situacích a příbězích v čem systém selhává
3. kde jsou největší překážky pro potřebnou podporu a pomoc / co nejvíc zhoršuje danou situaci – identifikujte největší složitosti, problémy
4. Jak nastavit systém jinak, aby fungoval lépe
5. Co lze udělat téměř okamžitě



Ochota se zapojit do další práce – např. do pracovní skupiny

- A. aktivně se zapojit – účastnit se pravidelných setkání, podílet se na tvorbě dokumentů, apod.
- B. Připomínkovat výstupy
- C. Chci být informován, co se děje
- D. Nechci se zapojovat, ani být informován