



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MERRPS- SETKÁNÍ KE STANDARDŮM PROCESU DEINSTITUCIONALIZACE

ZÁPIS

ZÁKLADNÍ INFORMACE

Datum: 21. 2. 2018

Místo: NUDZ, Klecany

Přítomni: Petr Winkler (NUDZ), Lucie Kondrátová (NUDZ), Vendula Machů (NUDZ), Matyáš Müller (NUDZ), Eva Teclová (Fokus Vysočina), Jan Horčíčko (PN Havl. brod), Tomáš Turek (PN Horní Beřkovice), Lenka Krbcová Mašíňová (MZČR, Fokus Labe), Štěpánka Hejčová (CDZ Chomutov), Richard Hnízdil (CDZ ÚL), Zuzana Barboríková (PN bohnice, gerontopsychiatrie), Simona Papežová (PN Bohnice, MZČR - Transformace PN), Vladimír Conk (uživatel, peer konzultant)

Příští setkání: za tři týdny (pošleme doodle)

PROGRAM

ÚVOD

- **smysl setkání**
 - reforma PP – přesouvání lidí z nemocnic do komunit → jak to dělat → potřeba standardizovaného postupu, metodiky
 - proces je zapotřebí designovat společně → přítomni dnes zástupci lůžek, komunit
 - cílem tohoto setkání není vyřešit konkrétní podobu transformované péče a problémy s ní spojené, ale navrhnout proces standardního postupu identifikace lidí vhodných k deinstitucionalizaci
- **vzájemné představení**
- **základní fakta** (na základě rešerše deinstitucionalizace ve světě)
 - proces deinstitucionalizace = přechod pacientů do komunit a jejich sledování v komunitě
 - deinstitucionalizovaní uživatelé většinou spokojenější, větší kvalita života, ne nárůst kriminality, sebevraždnosti, bezdomovectví atd.,
 - hlavní problém osamělost
 - někdy transinstitucionalizace – pouze přesun z PN do sociálních ústavů
 - byli deinstitucionalizovaní i dlouhodobě hospitalizovaní (tj. více jak 20 let)
 - rešerše zkoumala široké spektrum zemí – ne jen bohaté
 - zkušenost z VB (Julian Leff): u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů je nutné přihlížet při deinstitucionalizaci k jejich sociálním vazbám, které si vytvořili v průběhu hospitalizace

STANDARDIZACE PROCESU DEINSTITUCIONALIZACE???

- viz prezentace
- jsou různé možnosti deinstitutionalizace, většinou probíhá standardizované multidisciplinární posouzení stavu pacientů a možností, kam je umístit
- kontext – měření kvality služeb – různé typy dimenzí k měření výstupů psychiatrické péče
 - MERRPS – metodika pro evaluaci služeb péče o duševní zdraví (konsenzus expertní platformy) → měří se globální a sociální fungování, kvalita života spojená se zdravím (GAF, HONOS, AQOL 8D)
 - standardizace umožňuje srovnání výsledků napříč zařízeními
 - nutnost standardizované školení hodnotitelů (kurzy v CRPDZ, Honos – v Anglii i CRPDZ, AQOL – bude vytvořeno v rámci projektu MERRPS)
- fáze procesu deinstitutionalizace:
 - socioekonomické a demografické mapování + zhodnocení pomocí zmíněné metodiky → definice problémů/potřeb (kolik lidí potřebuje jakou péči)
 - propojení potřeb vytipovaného pacienta s nabídkou komunitních služeb
- jde o mapování a propojování potřeb klientů a nabídky služeb - pokud zjistíme, že někde je nedostatečná návazná komunitní péče nebo že vhodných pacientů pro přesun do komunit je málo, je to užitečná informace; je zapotřebí definovat podmínky, překážky
- práce s pacientem může trvat delší dobu, ne nutně přesun hned
- jde o pacienty s SMI, kteří jsou schopni odejít z PN, ostatní skupiny zatím neřešíme
- v první fázi se soustředit na „lehčí“ pacienty (pacienti s nespolpracujícím opatrovníkem apod. budou řešeni v dalších fázích reformy)
- premisy deinstitutionalizace – nikdo nebude propuštěn na ulici, žádný personál nebude propuštěn, žádná léčebna nezanikne z ekonomických důvodů
- všichni, kdo budou deinst., budou monitorováni ještě 2 roky
- vytipování klientů – paralelně s tím se zaměřit na to, proč ten zbytek pacientů assessmentem neprošel

DISKUSE

KDO MÁ BÝT V TÝMU HODNOCENÍ POTŘEB?

- **nemocnice:** psychiatr, sestra, sociální pracovník, opatrovník (i veřejný),
- **komunitní služby:** regionálně příslušné komunitní služby (tam, kde je registrovaný, nemusí to být tam, kde má trvalé bydliště), rodinný příslušník
- **blízká osoba** - blízká osoba (rodina, zástupce) – ti by měli být přizváni až po zahrnutí klienta)
- v pozdějších fázích též **koordinační pracovník** (spolupráce s transformačním týmem)
- **klient** by měl být přítomen – v momentě, kdy bude utvořena konkrétní nabídka (fáze „individuální posouzení potřeb a individuální recovery plány“)

KAM AŽ BUDE TENTO TÝM KLIENTA DOPROVÁZET?

- ideálně doprovodit ho z nemocnice + vytvořit recovery plán
- možnost: přizvat pracovníky z následných služeb do hodnocení při konkrétních problémech/potřebách

JAKÉ SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE MAJÍ BÝT ZAHRNUTÉ PŘI ZJIŠŤOVÁNÍ POTŘEB?

- finance
- trvalé a přechodné bydliště, pokud je vhodný k procesu, tak se to bude řešit v dalších krocích
- má blízké/opatrovníka?

- Eva Teclová pošle ostatním vstupní dotazník chráněného bydlení Fokusu Vysočina, který podobná data sbírá

DALŠÍ TÉMATA K ŘEŠENÍ

- opatrovnictví
- soudní znalci; ochranné léčby
- posudkoví lékaři
- efektivita multidisciplinární spolupráce
- efektivita práce (zbytečné vizity u dlouhodobě hospitalizovaných apod.)
- role koordinátorů na krajích – problematika rehospitalizace, jak nastavit pravidla, zkoumat potřeby – management rizika

ZÁVĚRY

SHRNUTÍ

- dohodli jsme se na procesu vytipování – 7 kroků (viz prezentace)
- nástroje měření

CO ZBÝVÁ

- rozhodnout, jestli budeme formalizovat vytipování pacientů vhodných k deinstitucionalizaci
- co má obsahovat individuální recovery plán? + provázat s CDZ – (Štěpánka Hejčová + Richard Hnízdil)
- nácvik přechodu do komunit – volitelná možnost – zmapovat zdroje, co je možné – do příště se zamyslet, co všechno sem může spadat
- management rizika – dát dohromady krizové plány + zdroje – přinést příště

ÚKOLY DO PŘÍŠTĚ

- Eva Teclová - pošle ostatním vstupní dotazník chráněného bydlení Fokusu Vysočina (inspirace pro sběr demografických dat)
- Štěpánka Hejčová + Richard Hnízdil – podívají se na standardy individuálního plánování v CDZ
- přinést krizové plány jednotlivých služeb

Zapsal: Matyáš Müller