



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MERRPS – 2. SETKÁNÍ KE STANDARDŮM PROCESU DEINSTITUCIONALIZACE

ZÁPIS

ZÁKLADNÍ INFORMACE

Datum: 3. 5. 2018

Místo: Klecany

Přítomni: Petr Winkler, Lucie Kondrátová, Dana Chrtková, Matyáš Müller, Eva Teclová, Tomáš Turek, Lenka Krbcová Mašínová, Štěpánka Hejčová, Richard Hnízdil, Zuzana Barboríková, Vladimír Conk, David Hirman

PROGRAM

- navazujeme na minulou schůzku, kde se řešil proces identifikace klientů vhodných k přesunu z lůžkových do komunitních služeb (jaké nástroje používat, jací lidé se budou procesu účastnit)
- úkol: nalézt minimální standardy, které by měly naplňovat všechny služby v procesu deinstitutionalizace
- **aktuální témata:**
 - individuální posouzení potřeb a plánování péče
 - nácvik
 - management rizika
- **základní otázky**
 - jestli má být jeden plán nebo zvlášť krizový a rehabilitační (recovery) plán (v současnosti jsou samostatně)
 - v případě krizového plánu – jestli má smysl vyplňovat ho už při hospitalizaci/krizi (+ umožňuje ošetření rizik a práv, - klienti často nerozumí pojmu krize) nebo až ve stabilizovaném stavu klienta
 - otázka kompetence – kdo má kdy vyplnit s klientem jaký dokument (co se dělá v nemocnici, co v komunitních službách; příklad PN Petrohrad a CDZ Chomutov – v PN vyplní osobní profil a základní rehabilitační plán, komunitní služba (KS) protikrizový plán)
- rehabilitační plán může být vyplněn napřed v základní podobě s tím, že bude následně zpřesňován
- pokud má být krizový plán vyplňován ve stabilizovaném stavu pacienta, je zapotřebí to terminologicky ošetřit – pojišťovny by mohly mít problém s tím, že v PN je stabilizovaný pacient
- při předávání informací jiné službě je zapotřebí mít vždycky nový souhlas
- dokument **krizová karta**
 - ne komplexní krizový plán, ale obsahuje základní informace o klientovi, varovné příznaky a doporučený postup v případě krize (rizika a práva) informace o varovných příznacích může pracovníkovi KS doplnit pracovník nemocnice, který pacienta zná

- vytvořen již přímo v léčebně, následně updatovat v komunitědoplnit o člověka, který má právo s pacientem snažit se komunikovat (i když nebude chtít mluvit s nikým) — *provázející osoba* (něco jiného než kontaktní osoba)
 - provázející osoba bude vědět víc informací, např. i o alergii na léky – mohl by se účastnit i hospitalizace
- ve Fokusu Vysočina s ní již pracují zdravotní sestry
- **SUPR**
 - má záložku krizový plán – velice stručný – to můžou vyplňovat v nemocnici, pak může být vyplněn detailnější v KS
- **metodika CARE**
 - je poměrně široce využívaná, tvoří základ práce case-managementu v současnosti, můžeme tedy vycházet z ní
 - mapují se potřeby v 8 oblastech (bydlení, sebezpečí, práce, finance, zdraví, volný čas, vztahy, spiritualita) – bude použito pro recovery plán
 - na základě toho se vytváří plán
 - pro práci s metodikou je zapotřebí projít výcvikem a dále se učit – v rámci reformy budou probíhat workshopy, je nutné propojení vzdělávání personálu nemocnice a komunitních týmů
- **nácvik**
 - ze strukturálních důvodů je problematické vyzkoušet si samostatné bydlení (např. platba nájmu za tři dny)
 - možnost jet do města – testování schopnosti orientovat se apod.
- **management rizik** může částečně vycházet z Honosu
- **závěry**
 - konsenzus na tom, že je lepší mít víc dokumentů odděleně než jeden velký plán zahrnující rehabilitační i protikrizový plán; vycházíme z existujících dokumentů
 - budeme vycházet z krizové karty a metodiky CARE
 - doba od budování individuálního plánu přes nácviky až po přesunutí do komunitní služby **stanovena na tři měsíce**
 - Bod 2: doplnit o regionálního koordinátora sítí péče
 - Ochranné léčby by měly být evidovány ÚZISem

Zapsal: Matyáš Müller