



# JADECARE

# PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

MUDr. Jan Pfeiffer

# Vývoj péče o duševní zdraví v ČR

- Od šedesátých let minulého století v demokratické části světa probíhaly reformní procesy založené na důrazu na lidská práva, humanizaci, deinstitucionalizaci, individualizaci, vnímání duševně nemocných v celé komplexitě jejich potřeb a životní situace.
- Péče o osoby s duševním onemocněním v době železné opony ztratila kontakt s vývojem v západních zemích.
- Koncem minulého století péče o osoby s duševním onemocněním vstupoval do nových politických a společenských s výrazně tradičním, převážně medicínským a paternalistickým konceptem
- Prvním krokem ke změně bylo budování alternativních služeb v komunitních podmínkách a to převážně pod rezortem sociálních služeb.
- Systematická transformační změna nastala po roce 2013 v rámci schválené Národní strategie reformy psychiatrie a následně v roce 2020 schváleného Národního plánu reformy péče u duševní zdraví. Implementace těchto záměrů byla a je podporována řadou projektů financovaných z Evropských strukturálních fondů.
- Podstata nastartovaných změn je identická se základními stavebními kameni Integrované na klienta orientované péče obsažené v projektu JADECARE a je pravděpodobně jednou z nejvýraznějších systémových změn v zdravotně- sociální péči v ČR.

# JADECARE- ZÁKLADNÍ KAMENY BUDOVÁNÍ INTEGROVANÉ PÉČE

## PLÁNOVÁNÍ

- Klasifikace- dělení populace dle jejich budoucích potřeb
- Zamření na vysoce nákladnou péči o chronické pacienty
- Modelování predikce rizik
- Skórování údajů o klientech za účelem predikce rizik

## FNANCOVÁNÍ

- Rámcová smlouva mezi plátcem a poskytovatelem
- Posílení nových platebních metod stimulujících integraci služeb
- Předpověď nákladů dle klasifikace populace dle jejich budoucích potřeb

## ŘÍZENÍ

- Změna kultury od fragmentace na kulturu koordinace
- Integrovaná správa organizací podílejících se na procesu péče o danou skupinu klientů
- Koordinace mezi orgány sociální péče a politiky veřejného zdraví

## POSÍLENÍ POSTAVENÍ KLIENTŮ

- Obecně posílení postavení občanů v systému péče
- Zpřístupnění informací občanům (klientům) za účelem posílení schopnosti rozhodovat a zvládat jejich onemocnění.
- Škola zdraví s cílem posílení péče sama o sebe u lidí s chronickým onemocněním
- Zapojování pacientů jako lektorů do vzdělání
- Politika na podporu zdravého životního stylu i s jedním z cílů je snížení zbytečného využívání zdravotních zdrojů

# Národní akční plán duševního zdraví v ČR 2020-2030

- Vytvořit nástroje koordinovaného poskytování služeb v oblasti péče o duševní zdraví a přechodu od institucionální péče k péči komunitní.
- Nastavit efektivní využití lidských zdrojů, včetně existujících lidských zdrojů. Zvyšování kompetencí dostupných skupin pracovníků, přebírání nových rolí.
- Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni
- Pilotovat model řízení péče v oblasti péče o duševní zdraví na regionální úrovni s cílem propojit sociálně-zdravotní pomezí.
- Zajistit koordinaci meziresortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nad rezortního koordinačního systému.
- Zajistit mezirezortní systém řízení péče o duševní zdraví v ČR. Zřídit orgány a vytvořit institucionální, finanční mechanismy a vytvoření právního základů k naplnění národního akčního plánu péče o duševní 2020-2030 na národní úrovni, včetně efektivního mechanismu zapojení.
- Zavést kvalitu péče jako důležitý aspekt v řízení sítě služeb.
- Nastavit monitorování kvality péče ve vazbě na vynakládané prostředky.
- Zavést oblast lidských práv jako integrální součást hodnocení kvality poskytované péče o duševní zdraví.
- Zapojit uživatele a blízké osoby do systému hodnocení kvality služeb v oblasti duševního zdraví.

# Proměně systému péče o duševní zdraví 2013-2023

- Transformační plány krajů
- Transformační plány PN
- Definování prioritních skupin
- Nastavení multidisciplinární spolupráce
- Rozvoj nových komunitních služeb
- Nastavení financování stimuluje proces transformace
- De stigmatizační kampaň
- Zapojování uživatelů do rozhodovacích procesů

# Rozvoj integrované péče v Ústeckém kraji

**Existuje organizační struktura pro plánování péče o duševní zdraví (PDZ) při Krajském úřadě:**

- Je nedílnou součástí struktur Ústeckého kraje.
- Ve struktuře pro plánování PDZ jsou propojeny všechny potřebné resorty.
- Tato struktura je odpovědná za rozvoj krajského systému péče o duševní zdraví.
- Zpracovává Krajský plán duševního zdraví a akční plán na jednotlivé roky
- Do procesu plánování jsou zapojeni i klienti.

**Financování je zaměřeno na komplexní potřeby pacientů ve všech oblastech jejich života.**

- Překlopení financování od institucionální péče do komunitního domácího prostředí
- Služby systému péče o duševní zdraví jsou financovány prostřednictvím koordinované toku finančních zdrojů.

**Péče o klienty je v rámci celého UK a i jednotlivých okresů koordinovaná, provázaná.**

- Je zajištěna kontinuita péče s maximálně efektivním využíváním stávajících služeb.
- Na úrovni Kraje existuje struktura pro koordinaci mezi jednotlivými poskytovateli v oblasti DZ .

**Uživatelé péče o duševní zdraví na území UK jsou plně zapojeni do všech procesů týkajících se budování, řízení, vzdělávání, poskytování i monitorování kvality péče.**

- Pro tyto role či funkce jsou vytvořeny dostatečné informační, finanční a další potřebné podpůrné struktury.
- Práva osob s duševním – zdravotním postižením jsou podporována a respektována ve všech relevantních oblastech.

# Děti

- Ve spolupráci MZ ČR, zřizovatele, pokročit v transformačním plánu DP Louny. Jeho podstatou bude plné nahrazení tohoto zařízeními jinými službami více odpovídajícími požadavkům 21 století.
- Postupně zřizovat krátkodobou akutní péči v rámci všeobecných nemocnic, případně i v kooperaci s pediatrickými lůžkovými zařízeními.
- Nastavovat model efektivní role lékařů psychiatrů- pedopsychiatrů jako expertů, konzultantů pracujících v rámci horizontálně vedených multidisciplinárních týmů, spíše než samostatně pracujících specialistů.
- Rozšíření modelu CDZ -D,
- Podpora nastavení existujících služeb péče o děti a rodinu v rámci UK tak, aby se staly funkční složkou péče o duševní zdraví dětí všeho věku. Jedná se o SAS, dětská krizová centra , OSPOD, dětská pobytová zařízení, pěstounské rodiny, školská zařízení atd.

# Geronto populace

- Psychiatrickou lůžkovou péči orientovat na krátkodobou diagnostickou a stabilizační akutní péči o geronto psychiatrické pacienty.
- Vytvářet systém podpory sociálních pobytových zařízení pro zvládnutí i „náročnějších“ geronto-psychiatrických klientů. Podporu nastavit formou vzdělávání, externí mobilní formou atd. Pro toto využít i stávajících personálních kapacit aktuálně vázaných na následných geronto psychiatrických odděleních.
- Více koordinovat a synchronizovat home care a domácí pečovatelské služby a více je využívat pro jejich péči o seniory s demencí.
- Posílení role case managementu a proaktivní spolupráce s lůžkovými zařízeními jak PN tak všeobecných nemocnic spojených v Ústecké zdravotní a.s.
- Větší podpora rodin.



# Primární péče

- Zkušenost z UK ukazuje, že společná podpora komunitních týmů a obvodních lékařů, zvláště u osob s komplexními potřebami jeví mít přednosti oproti péči v psychiatrických ambulancích.
- V dalším kroku je plánováno, že každý z regionálních týmů duševního zdraví bude mít více rozvinutu funkci „sub týmu pro podporu duševního zdraví v primární péči“.
- Funkcí takového sub týmu bude poskytovat potřebnou podporu přímo v ambulancích primární péče, či pokud bude potřeba i formou terénní podpory.
- Součástí integrované péče, ve spolupráci lékaři primární péče i ambulantními specialisty bude silnější role gate keepingu k lůžkové péči, včetně terénní krizové intervence.

# Digitální podpora procesu rozvoje integrované péče

- Relevantní hráči integrujícího se systému v UK jsou povětšinou poměrně dobře hardwarově vybaveni. Nicméně v péči o duševní zdraví existuje značně diverzifikovaný databázový systém. Nicméně v rámci transformačních procesů většina Psychiatrických nemocnic (PN) zavedla systém HIPO, ten je zaveden i ve většině nově vznikajících Center duševního zdraví (CDZ). Takto je aktuálně umožněno mezi PN Horní Beřkovic a CDZ v UK sdílení dokumentaci o pacientech a relevantní statistiky. Systém umožňuje i export potřebných dat směrem k Zdravotním pojišťovnám.
- Bohužel řada dalších relevantních zařízení používá jiné systémy. Například většina sociálních komunitních služeb používá systém HIGLEINDER. Všeobecné nemocnice, i jejich psychiatrická akutní oddělení mají taktéž většinou vlastní systémy.
- Pro plánování na úrovni krajů neexistuje jednotný informační systém. Je pak nutné potřebná data získávat například z OK Systému MPSV, přímo od jednotlivých poskytovatelů, z databáze UZIS. V rámci dalších kroků by bylo zapotřebí zavedení systému, který by umožňoval vzájemnou kompatibilitu, propojení jednotlivých databází.

- DĚKUJI ZA POZORNOST