



2. Setkání expertní platformy
Klecany 13. 6. 2018



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost





Agenda

Výstupy situační analýzy a výběr regionů

Data z registrů (Karolína Mladá)

Zkušenosti s ED/EI v regionech ČR (Bronislav Farkač)

Diskuze

Výstupy z analýzy zahraničních zkušeností (Lucie Kondrátová)

Obsah kurzu pro ED/EI týmy (Pavel Říčan)

Administrativní záležitosti (Martina Zavadilová)



Cíle setkání

1. Stanovení kritérií pro definici regionů pro implementaci služby
2. Ustanovení zahraniční platformy

Data z registru hospitalizací



První hospitalizace 2014

- Pro F20-22, F24-25, F28-31, F32.2, F33.3 – 9 567 pacientů

(8 634 propuštěno 2014, 856 v roce 2015, 77 ve 2016)

- Z toho **2 226** pacientů nebylo hospitalizováno během 1994-2013

Neúspěšné pokusy o sebevraždu 2014

- Pacienti hospitalizovaní pro X60-X84, kteří nezemřeli v hospitalizaci
- 3 216 pacientů (3201 propuštěno 2014, 15 v roce 2015)
- Z toho **1 991** pacientů nebylo hospitalizováno pro Fx ani pro pokus

51 pacientů v obou skupinách => celkem **4 166 s první hosp. nebo pokusem**

První hospitalizace pro SMI v roce 2014

Diagnózy

Diagnóza		N	%
Schizofrenie	F20	398	17,9
Schizotypální porucha	F21	19	0,9
Poruchy s trvalými bludy	F22	152	6,8
? Akutní a přechodné psychotické poruchy	F23	886	39,8
Schizoafektivní poruchy	F25	128	5,8
Jiné neorganické psychotické poruchy	F28	9	0,4
Neurčené neorganické psychózy	F29	5	0,2
Manická fáze	F30	66	3,0
Bipolární afektivní porucha	F31	175	7,9
Depresivní fáze	F32.2, F32.3	345	15,5
Periodická depresivní porucha	F33.3	43	1,9
Celkem		2 226	100,0

První hospitalizace pro SMI v roce 2014

Kraj bydliště vs. kraj hospitalizace

Kraj bydliště	N	%
Hl. m. Praha	294	13,2
Středočeský kraj	246	11,1
Jihočeský kraj	132	5,9
Plzeňský kraj	115	5,2
Karlovarský kraj	83	3,7
Ústecký kraj	168	7,5
Liberecký kraj	73	3,3
Královéhradecký kraj	96	4,3
Pardubický kraj	90	4,0
Vysočina	110	4,9
Jihomoravský kraj	213	9,6
Olomoucký kraj	115	5,2
Zlínský kraj	119	5,3
Moravskoslezský kraj	256	11,5
Bez trvalého bydliště	116	5,2
Celkem	2 226	100,0

Nejčastější okres bydliště: bez trvalého bydliště (116; 5,2%)

Ostrava město (79; 3,5)

Brno město (78; 3,5)

Frýdek-Místek (64; 2,9)

Kraj hospitalizace	N	%
Hl. m. Praha	524	23,5
Středočeský kraj	69	3,1
Jihočeský kraj	122	5,5
Plzeňský kraj	181	8,1
Karlovarský kraj	66	3,0
Ústecký kraj	174	7,8
Liberecký kraj	43	1,9
Královéhradecký kraj	65	2,9
Pardubický kraj	58	2,6
Vysočina	197	8,8
Jihomoravský kraj	197	8,8
Olomoucký kraj	103	4,6
Zlínský kraj	168	7,5
Moravskoslezský kraj	259	11,6
Celkem	2 226	100,0

Nejčastější okres hospitalizace: Praha 8 (306; 16,2)

Brno město (189; 8,5)

Opava (180; 8,1)

Kroměříž (167; 7,5)

První hospitalizace pro pokus o sebevraždu v roce 2014

Kraj bydliště vs. kraj hospitalizace

Kraj bydliště	N	%
Hl. m. Praha	133	6,7
Středočeský kraj	177	8,9
Jihočeský kraj	149	7,5
Plzeňský kraj	110	5,5
Karlovarský kraj	65	3,3
Ústecký kraj	205	10,3
Liberecký kraj	181	9,1
Královéhradecký kraj	122	6,1
Pardubický kraj	83	4,2
Vysočina	81	4,1
Jihomoravský kraj	198	9,9
Olomoucký kraj	110	5,5
Zlínský kraj	107	5,4
Moravskoslezský kraj	231	11,6
Bez trvalého bydliště	1	0,1
Cizinci	38	1,9
Celkem	1 991	100,0

Nejčastější okres bydliště: Ostrava město (86; 4,3%)
České Budějovice (79; 4,0)
Semily (78; 3,9)
Brno město (76; 3,8)

Kraj hospitalizace	N	%
Hl. m. Praha	241	12,1
Středočeský kraj	164	8,2
Jihočeský kraj	161	8,1
Plzeňský kraj	120	6,0
Karlovarský kraj	63	3,2
Ústecký kraj	204	10,2
Liberecký kraj	123	6,2
Královéhradecký kraj	124	6,2
Pardubický kraj	76	3,8
Vysočina	74	3,7
Jihomoravský kraj	206	10,3
Olomoucký kraj	109	5,5
Zlínský kraj	102	5,1
Moravskoslezský kraj	224	11,3
Celkem	1 991	100,0

Nejčastější okres hospitalizace: Brno město (131; 6,6)
Ostrava město (105; 5,3)
České Budějovice (102; 5,1)
Plzeň město = Praha 10 (95; 4,8)

Hospitalizace pro SMI

Pohlaví	N	%
Muž	1 080	48,5
Žena	1 144	51,4
Celkem	2 224	100,0

Rodinný stav	N	%
nezjištěno	102	4,6
svobodný/á	1 160	52,2
ženatý/vdaná	602	27,0
rozvedený/á	269	12,1
ovdovělý/á	90	4,0
druh/družka	3	0,1
celkem	2 226	100,0

Zaměstnání	N	%
nepracující, dítě	1 526	68,5
vedoucí a řídící pracovník	78	3,5
vědecký a odborný duševní pracovník	29	1,3
technický, zdrav. a pedagog. pracovník	101	4,5
nižší administrativní pracovník	75	3,4
provozní pracovník ve službách	155	7,0
kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	17	0,8
řemeslník a kvalifikovaný dělník	129	5,8
obsluha strojů a zařízení	32	1,4
pomocný a nekvalifikovaný pracovník	84	3,8
celkem	2 226	100,0

Hospitalizace pro X60-X84

Pohlaví	N	%
Muž	789	39,6
Žena	1 200	60,4
Celkem	1 989	100,0

Rodinný stav	N	%
nezjištěno	253	12,7
svobodný/á	951	47,8
ženatý/vdaná	511	25,7
rozvedený/á	173	8,7
ovdovělý/á	102	5,1
druh/družka	1	0,1
celkem	1 991	100,0

Zaměstnání	N	%
nepracující, dítě	1 454	73,0
vedoucí a řídící pracovník	33	1,7
vědecký a odborný duševní pracovník	10	0,5
technický, zdrav. a pedagog. pracovník	71	3,6
nižší administrativní pracovník	44	2,2
provozní pracovník ve službách	134	6,7
kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	14	0,7
řemeslník a kvalifikovaný dělník	144	7,2
obsluha strojů a zařízení	28	1,4
pomocný a nekvalifikovaný pracovník	59	3,0
celkem	1 991	100,0





Zkušenosti s ED/EI v regionech ČR



Situační analýza: rozhovory s poskytovateli

- a) Charakteristika vzorku
- b) Struktura cílových skupin
- c) Síťování
- d) Specifika práce s cílovou skupinou
- e) Možnosti rozvíjení služeb
- f) Regionální rozdíly

Charakteristika vzorku

Zástupci komunitních sociálních služeb

- řešerše na základě registru MPSV, mapy Mujmindset
- terénní charakter
- klienti s SMI jako hlavní cílová skupina
- primárně oslovení vedoucí terénních týmů

Plán 28 individuálních rozhovorů – 2 v každém kraji

Stav k 13. 6. - Provedeno 24 rozhovorů – pokryto 13/14 krajů

Struktura cílových skupin

- Klienti v raných fázích tvoří odhadem **5-30 %** klientů s SMI v dotazovaných službách (ale poskytovatelé to systematicky neevidují)
- Klienti **po první atace** – kontakt skrze psychiatrické nemocnice nebo psychiatrická oddělení nemocnic
- Klienti **před první atakou** – nejčastěji prostřednictvím rodiny (méně skrze úřady, školy nebo jiné služby)

To jsou **nechtěný hospitalizace** nebo prostě rodina toho člověka vezme do léčebny a nebo, a to možná ještě víc, jak **jsou ty rodiny hyperprotektivní, tak si jako dlouho toho svého člověka tak jako držej u sebe** a stud z toho, že mám doma nějakýho blázna, zároveň jako chtějí pomoci, já myslím, že většinou do těch zdravotních služeb, ani ne do těch sociálních, tak jako dostává, (...) když se to prohloubí, když je sám ze sebe zmatenej, tu energii pustí nějak ven, víc křičí, něco rozbije, lidi začnou mít strach, takže myslím si, že se **k těm službám dostane až po nějakým jakoby zářezu, kterej nemusí bejt hezkej, příjezd hasičů, policajtů nebo sanitky, která člověka nějak zpacifikuje.** (R5)

*Když je to ten člověk, který nemá diagnózu, tak je to **většinou ta rodina, ti obvodáci málo kdy**. Oni je většinou pak pošlou na psychiatrii a když ten člověk nedorazí, tak nedorazí. Občas, ale to jsou výjimky, nás například kontaktuje orgán o sociální a právní ochraně dětí nebo jiná sociální služba, která pracuje třeba na jiné zakázce. Nebo K centrum anebo jiné adiktologické služby, že mají lidi, kteří užívají drogy, ale myslí si, že mají i něco víc, nebo nějaká toxická psychóza. (R4)*

Zasítování

- Školy
- Ambulantní psychiatri
- Úřady
- Starostové malých obcí
- Praktičtí lékaři
- Policie
- Další sociální služby v regionu (setkání komunitního plánování)

Poměrně velké regionální rozdíly (viz dále)

Způsob práce s cílovou skupinou

- Náhled na duševní onemocnění -> edukace klienta i jeho blízkých
- Podpora v návaznosti na další služby (ambulantní psychiatrii)
- Podpora vzdělávání
- Práce s rodinou

-> důraz na potřeby klienta – zaměření na praktické obtíže (namísto na onemocnění jako takové) přispívá k navázání vztahu

Nemáme nějakou speciální metodiku nebo přístup, jdeme nějakým individuálním přístupem, co ten člověk zrovna potřebuje, a protože většinou jsou to lidi mezi 20-25 lety, tak tam hodně řešíme to, že to je ta první zkušenost, pro toho člověka i pro tu rodinu, takže se hodně jako bavíme o tomhle a jde tam o nějaký učení se a zjišťování, jak předejít nějaký další atace, a je to takový to první ohmatávání terénu, týchle problematiky, často co jako si vybavuju, se hodně řeší i studium, jestli dál pokračovat nebo ne. (R10)

Prostor pro rozvíjení ED/EI služeb

- Personální kapacity
- Sítování (především praktičtí lékaři, ...)
- Edukace dalších aktérů (praktiční lékaři, úřady, IZS, školy)
- Všeobecné povědomí o duševních onemocněních – stigma jako bariéra
- Specifické způsoby práce (často znalost Otevřeného dialogu)

Regionální specifika

- Vnímaná důležitost rozvíjení EI a ED služeb (x jiná palčivá témata – např. příprava na CDZ, nové formy služeb)
- Běžící nebo dřívější projekty (např. Blázníš no a?)
- Délka působení <-> znalost služeb organizace v regionu
- Zasítování (na základě projektů, přechozího působení, osobních známostí)



*Jelikož fungujem 25 let, tak to povědomí lidí aspoň tady ve [městě] o tom, že [organizace] poskytuje služby osobám s duševním onemocněním tu je, a takže **bud přes rodinu nebo přes jiný kolegy ze sociálních služeb**, který se dostanou čistě jakoby náhodou přes jiný potřeby klientů, tak kontaktují nás. (R5)*

*Ještě jeden ze zdrojů, že jsme vždycky jako [organizace] měli projekt nebo léta máme **projekt na podporu vzdělávání, kterej byl zaměřenej na práci s lidma na středních školách a vysokých školách.** (R18)*

*Se školami ještě nespolupracujeme. Ani se neozývají. Jsme nyní v první fázi projektu **Blázníš, no a?** Zatím spolupráce bližší není. Jak říkám, jsme teprve na začátku. (R8)*

Výstupy z analýzy zahraničních zkušeností: Meta-rešerše



Meta-rešerše EI programů

- Databáze: Medline, EMBASE, WoS, Cochrane (CDSR) a Google Scholar
- Inkluzivní kritéria:
 - ED/EI program poskytovaný specializovaným komunitním týmem
 - Cílová skupina SMI
 - Multidisciplinarita (tým zahrnující psychologa, psychiatra a sociálního pracovníka)
 - Design: systematické review zahrnující pouze RCT
- Výsledek:
 - 10 SR
 - 46 primárních studií

Kritéria výběru primárních studií

Assertive community treatment/ home-based outreach

Case management

Crisis management

Vocational and educational support / Vocational rehabilitation

Individual therapy (CBT, supportive counseling, patient centered treatment, strength-based care; social skills training)

Psychoeducational family intervention

Family therapy/ multi family groups

Pharmacotherapy/ medication management

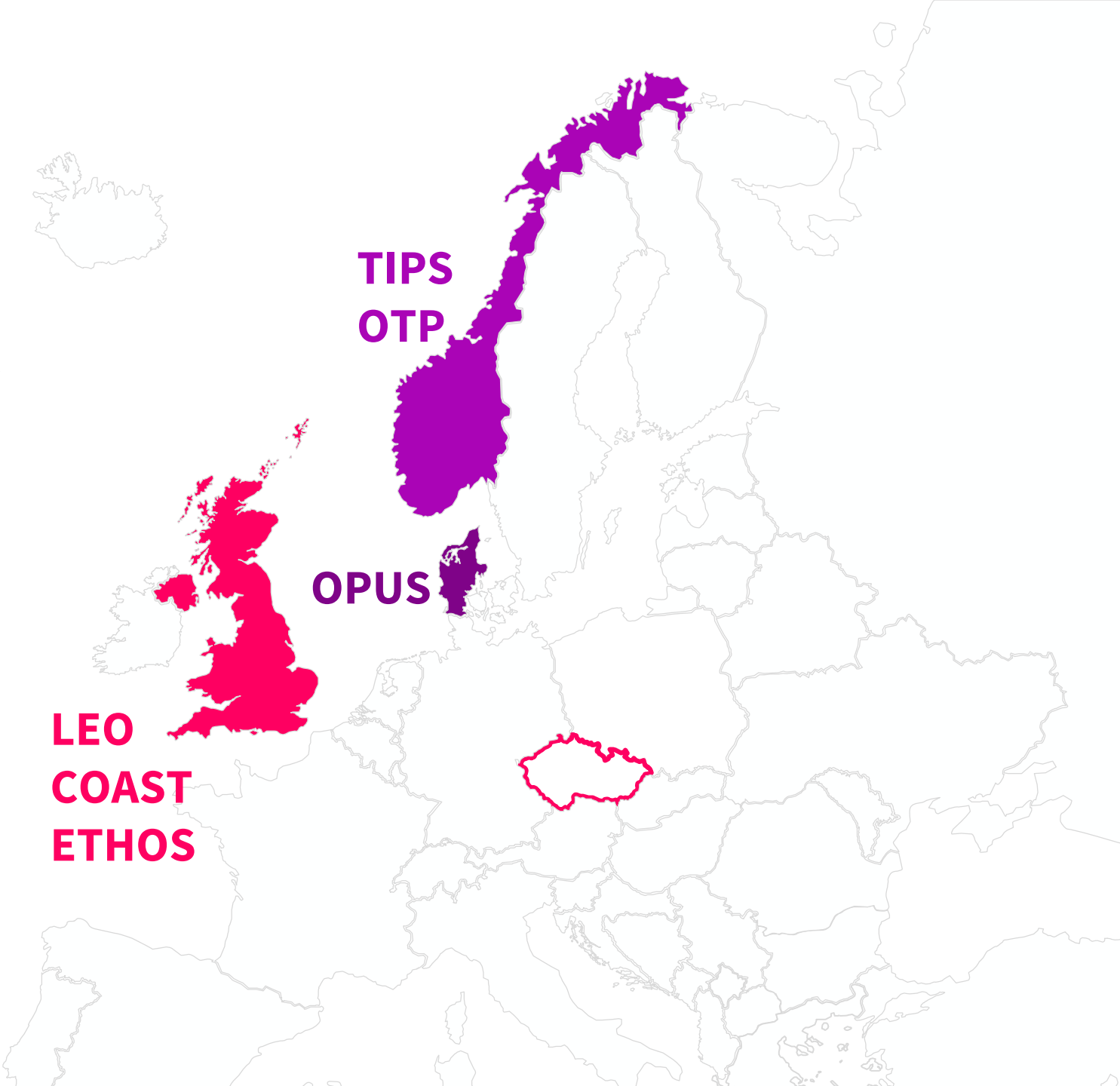
Physical health based intervention

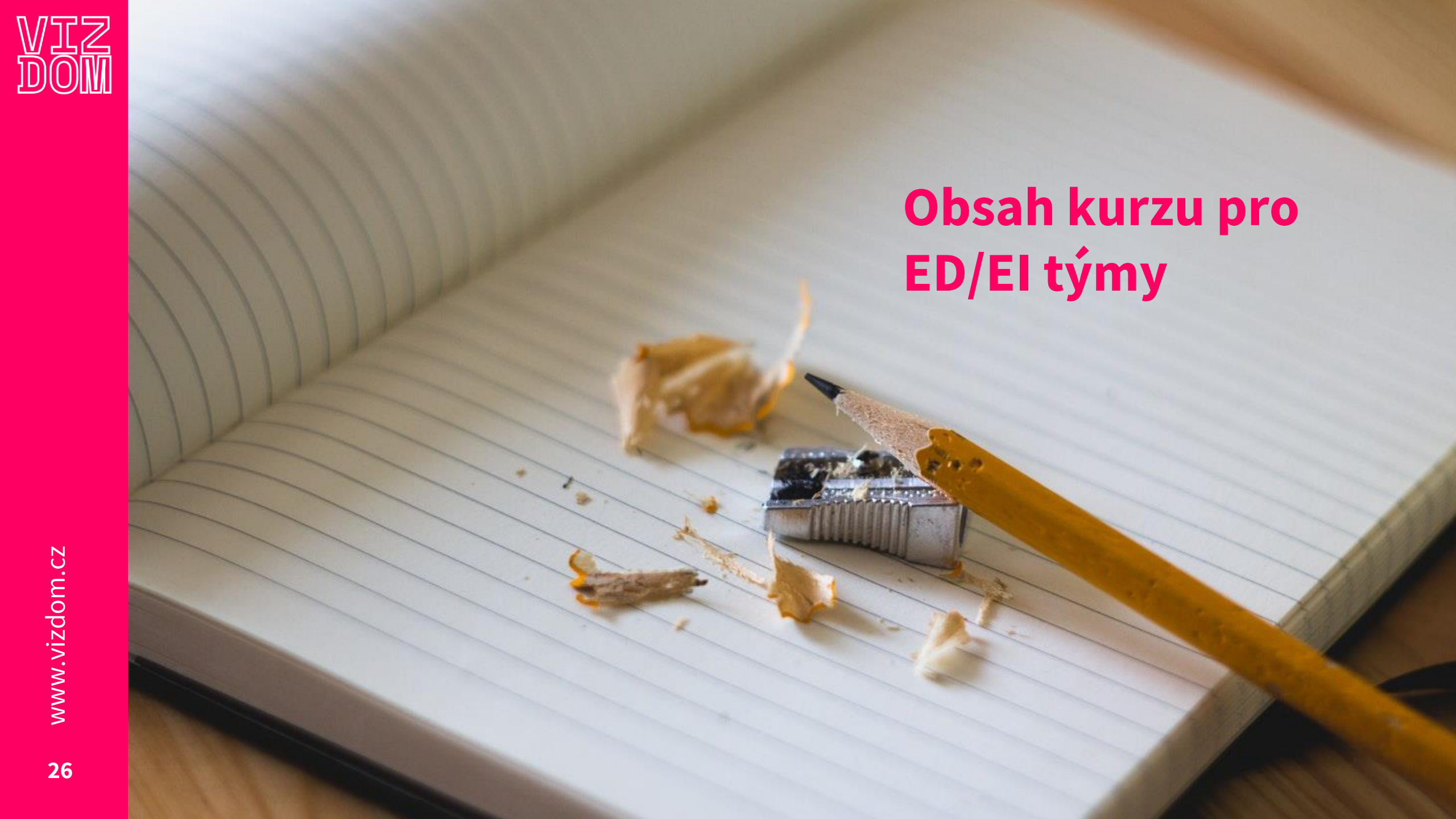
Awareness, informative campaign

EI programy

Detailní **popis programů** bude součástí situační analýzy a analýzy zahraničních zkušeností (30.6.)

Připravujeme **meta-analýzu** efektivity těchto programů na snížení rizika hospitalizace a délky hospitalizace





Obsah kurzu pro ED/EI týmy

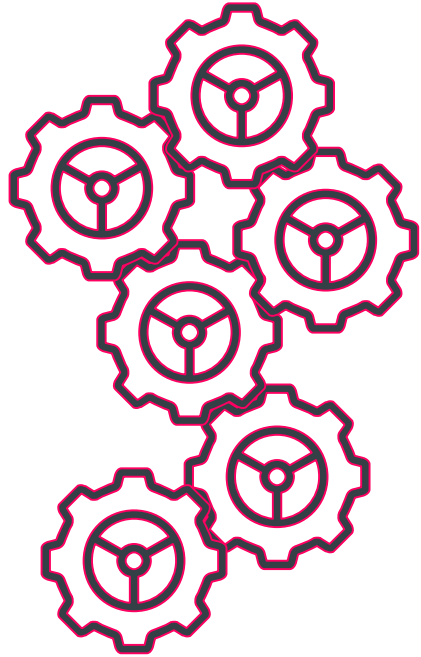
Cílové kompetence

	Hodiny	Lektoři
Vynikající schopnosti komunikace s cílovou skupinou	16	
Práce s rodinným systémem	16	
Dovednost v používání nástrojů na identifikaci symptomů psychózy (PANSS), doby neléčené psychózy a dalších mapovacích nástrojů používaných v projektu	6	
Dovednost vést workshop a diskusi s adolescenty a mladými dospělými	6	
Právní minimum	6	
Znalosti specifik z psychologie adolescentního období a rané dospělosti	12	
Schopnost poskytovat krizové intervence	16	
Znalost základů case managementu	20	
Dovednost poskytovat služby IPS (Individual placement and support)	16	
Psychóza v adolescenci	6	

Projektové záležitosti

Projektové záležitosti

- Update k technickému zajištění výjezdu týmů
- Výkazy práce
- GDPR a souhlas se zveřejněním jména na stránkách projektu a v zápisech uveřejňovaných na stránkách projektu
- TERMÍN PŘÍŠTÍHO SETKÁNÍ



PhDr. Petr Winkler

Garant projektu

petr.winkler@nudz.cz

Ing. Martina Zavadilová

Projektový manažer

martina.zavadilova@nudz.cz

Mgr. Lucie Kondrátová

Koordinátor aktivit

lucie.kondratova@nudz.cz