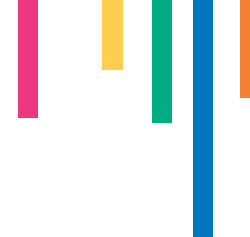


# FORENZNÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

aneb ochranné léčení a výzvy s ním spojené

Marek Páv, Martin Hollý, Simona Papežová, Kateřina Polívková,  
Jiří Švarc

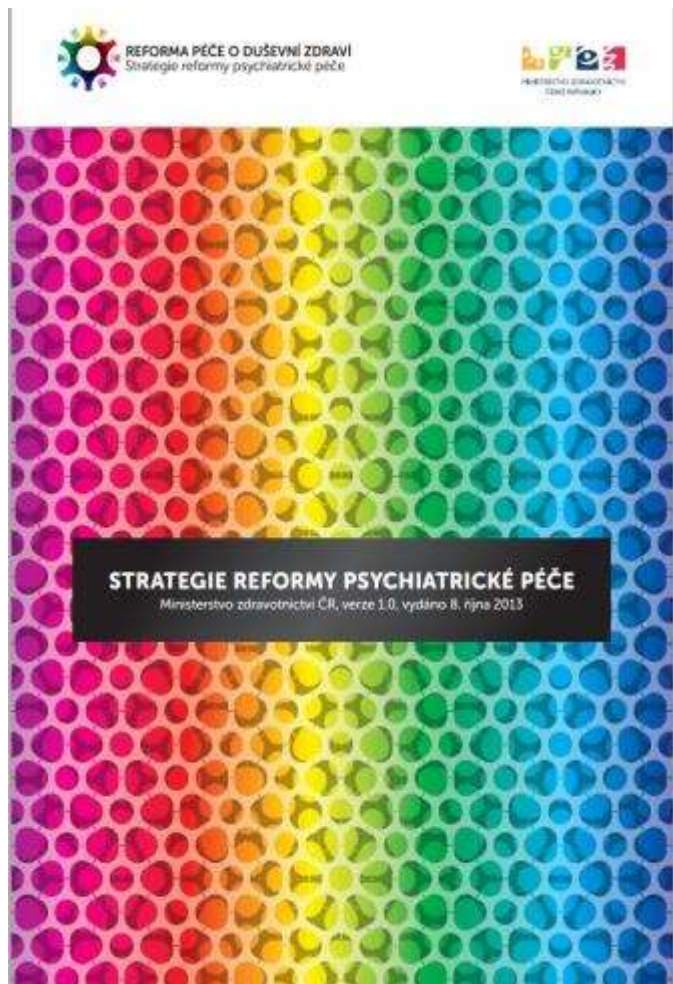
***2.Forezně psychologický den, 12.dubna 2018***



# PŘEHLED SDĚLENÍ

- Reforma péče o duševní zdraví
- Ochranné léčení
- Slabá místa systému
- Forenzní tým
- Hodnocení rizika - risk assesment



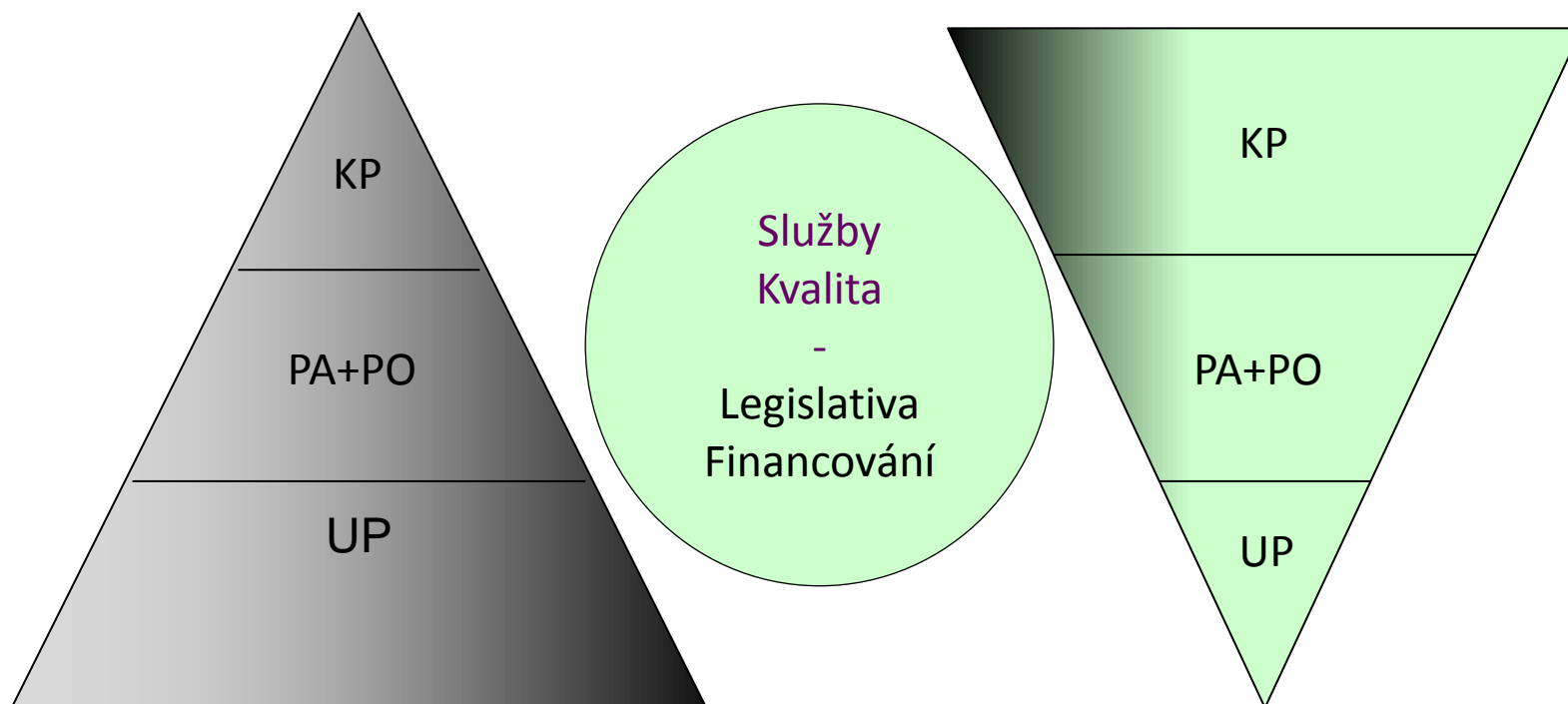


## Nová psychiatrie?

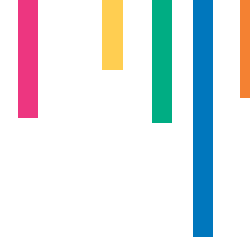
- Nové služby
- Nový přístup
- Noví lidé
- Nové vztahy
- Nové technologie
- Nové domy
- EBM se nemění

# CÍL REFORMY PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

Změna **systemu** poskytované péče



KP: komunitní péče, PA+PO: Psychiatrické ambulance a oddělení v nemocnicích, UP: ústavní péče



# ZOTAVENÍ -RECOVERY

- Od medicínského k rehabilitačnímu
- Od paternalistického k partnerskému
- Od institucionálního ke komunitnímu
- Od práce s hendikepem k práci s nadějí
- Od hierarchického k týmovému



# CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

- Multidisciplinární tým
- Terénní práce
- Regionální vazba
- Síťování



služby

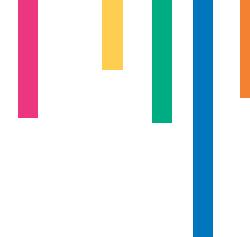
přístup

lidé

vztahy

technologie

domy



# DEINSTITUCIONALIZACE

- Klíčový dokument Spojených národů „**ÚMLUVA O PRÁVECH LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**“ (zejména čl. 19 – právo lidí se zdravotním postižením na péči v komunitě, ve vlastním sociálním prostředí)
- proces nahrazování institucionálních služeb a ústavní péče v péči komunitní = **transformace ústavní péče v komunitní**
- v kontextu reformy psychiatrie se jedná o:
  1. vytvoření kvalitní sítě komunitní péče tak, aby docházelo ke **snížování počtu hospitalizací a zkracování délky pobytu** v ústavní péči. Následuje **snížování lůžkových kapacit v psychiatrických nemocnicích** propouštěním dlouhodoběji hospitalizovaných pacientů, u kterých je zdravotní stav dostatečně stabilní a dominují sociální potřeby, do komunitních služeb
  2. **změna zavedených institucionálních procesů**





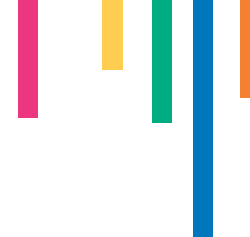
# DEINSTITUCIONALIZACE

**Institucionální péče** má charakteristické znaky:

- **Izolace** od běžného života
- **Depersonalizace** (odstranění osobních znaků, věcí..)
- **Rigidita** režimu
- **Rutinní přístup** (po skupinách, bez individuality)
- **Sociální vzdálenost** a paternalismus
- **Pasivita** pacientů

*= potřeby instituce převažují nad potřebami uživatelů péče*





# TRANSFORMACE INSTITUCÍ (NEMOCNIC)

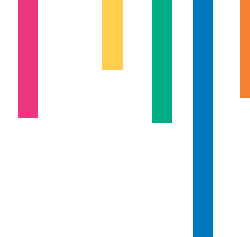
- Přesun akutní péče do nemocnic
- Dlouhodobou intramurální péči minimalizovat
- Vytvářet aktivity vedoucí k prevenci přijetí
- Vytvářet aktivity vedoucí ke zkrácení hospitalizace



# PROJEKTY OPZ PODPORUJÍCÍ DI

MERRPS

příjemce	název projektu	předmět projektu
MZČR	<b>Deinstitucionalizace</b>	Řízení reformy a odborná garance, Kvalita péče, regionální síť, transformace psychiatrických nemocnic, financování péče
	<b>Multidisciplinární spolupráce</b>	Zavedení multidisciplinárního přístupu, podpora týmů, sdílení dobré praxe – stáže v ČR a v zahraničí
	<b>Podpora nových služeb</b>	Podpora provozu mobilních komunitních týmů a ambulancí s rozšířenou péčí
ÚZIS	<b>Centra duševního zdraví I, II, III</b>	Podpora provozu center duševního zdraví
	<b>Analytická a datová podpora reformy</b>	Informační nástroje pro infrastrukturu psychiatrické péče a hodnocení kvality péče, sběr dat, registr psychiatrické péče
NÚDZ	<b>Destigmatizace</b>	Metodika destigmatizace, podpora a komunikace destigmatizace v regionech, podpora uživatelů a rodinných příslušníků
	<b>Časné intervence</b>	Časná detekce a terapie osob s rozvíjejícím se závažným duševním onemocněním



# OCHRANNÁ LÉČENÍ

- Ochrannou léčbu (jako ochranné opatření) ukládají soudy v trestním řízení, pokud byl vykonán trestný čin pod vlivem psychické poruchy, nebo pachatel měl sníženou přičetnost. Ukládání ochranného léčení je právně ukotveno v § 99 zák. č. 40/1990 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- Výkon ochranného léčení je zakotven v § 351-358 zák. č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád) a zákonu 373/2011Sb.
- Vlastní výkon ochranného léčení ústavního zajišťují zdravotnická zařízení nebo vězeňská zdravotnická zařízení, které se toho musí ujmout na základě regionální odpovědnosti, která je stanovena přílohou č. 8 vnitřního a kancelářského řádu pro okresní, krajské a vrchní soudy č.147.
- Regionální příslušnost ambulantních zařízení stanovena není, tato nemocného s nařízenou léčbou mohou přijmout, pokud to nepřesáhne jejich kapacitu, tedy na základě ustanovení zákona 372/2011Sb.

# DOBROVOLNOST A OCHRANNÁ LÉČENÍ

Ne každá nedobrovolná hospitalizace je ochranné léčení- zákon 372/2011 a 373/2011.Sb

**Soud** ochranné léčení uloží pachateli trestného činu,

-který je pro duševní poruchu nepříčetný , který je pro duševní poruchu zmenšeně příčetný a/nebo který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním

## **-Ochranným léčením není**

-Nedobrovolná hospitalizace (detenční zadržení)

-pozorování duševního stavu v ústavu nařízené soudem (v trestním řízení nebo v řízení o změně svéprávnosti)

- ochranná výchova uložená soudem

# SYSTÉM OCHRANNÉHO LÉČENÍ

- Psychiatrické nemocnice
- Psychiatrické ambulance

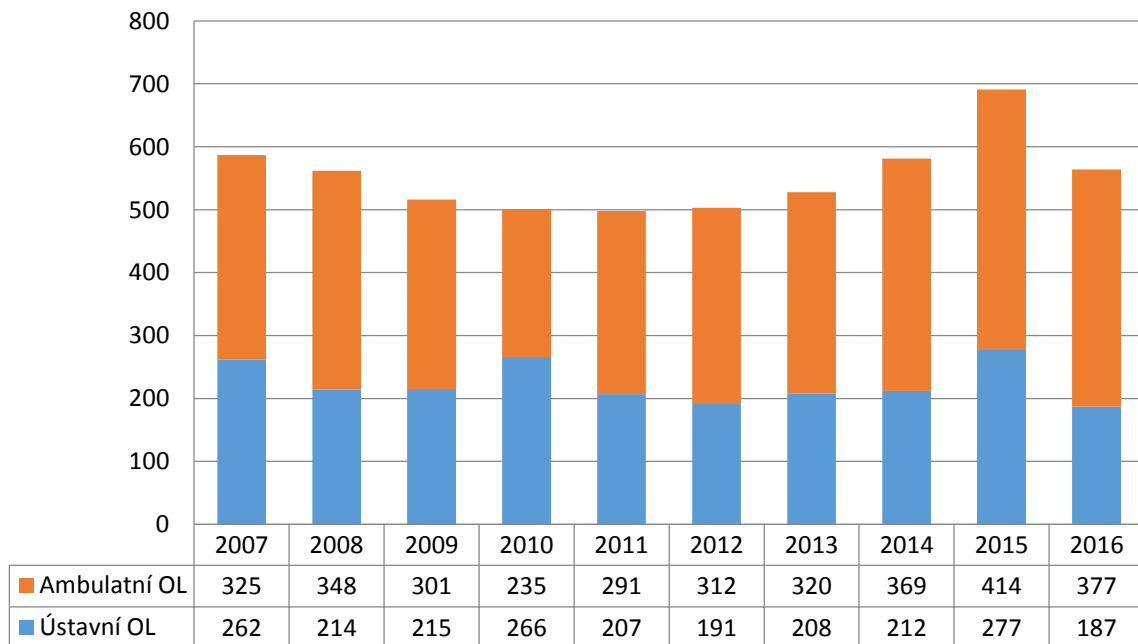
Zabezpečovací  
detence  
(součást  
vězeňského sy.

## 1. Psychiatrické nemocnice/léčebny pro děti a dospělé

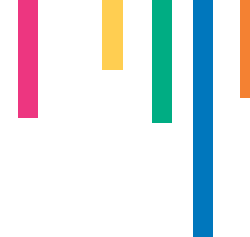


# OCHRANNÁ LÉČENÍ

## Uložená OL - ústavní a ambulantní



Ministerstvo spravedlnosti, 2017



# OCHRANNÁ LÉČENÍ

ALE: této statistice MSp nejsou zahrnuty ty případy uloženého léčení, kdy bylo zastaveno trestní stíhání pro nepřičetnost v přípravném řízení (zapsáno v rejstříku Nt, Ntm a 2) a případy, kdy bylo OL uloženo mimo hlavní líčení (Nt, Ntm)- tedy prakticky všechny případy OL u vážných duševních onemocnění s vymizelými rozpoznávacími a ovládacími schopnostmi!!!



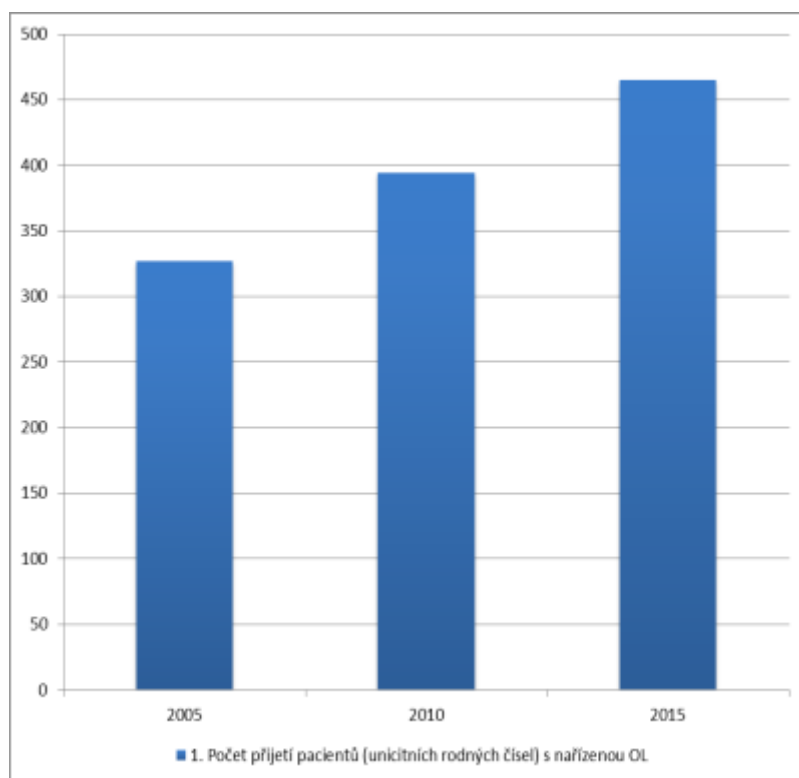


Nemocnice	Počet OL k 1.1.2017
Dobřany	176
Horní Beřkovice	133
Bohnice	121
Brno	87
Havlíčkův Brod	87
Opava	70
Kosmonosy	46
Jihlava	41
Kroměříž	39
Šternberk	15
Marianny Oranžské	6
Červený Dvůr	5
<b>Celkem</b>	<b>826</b>

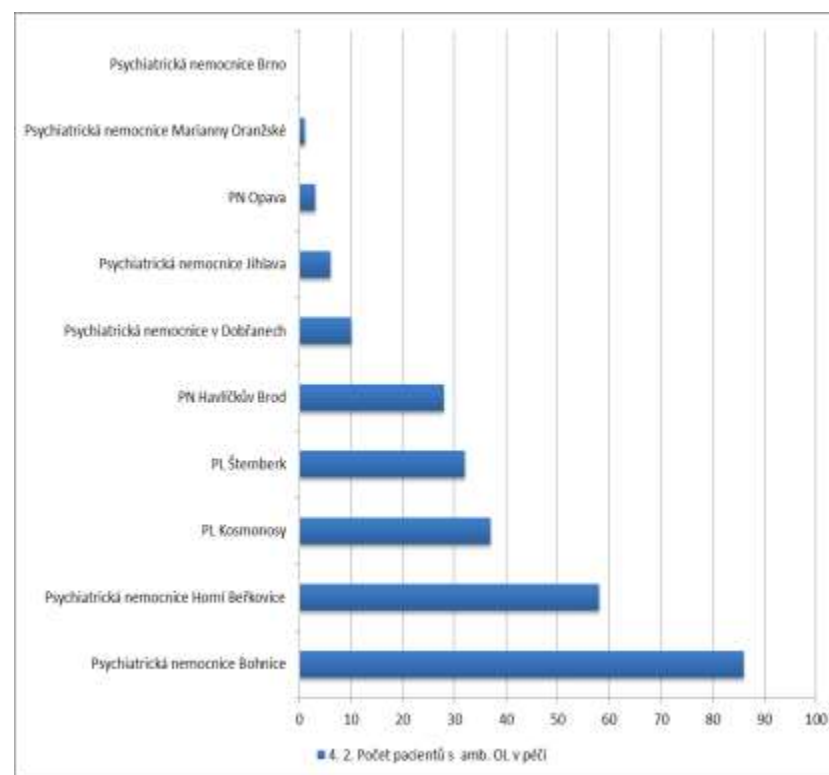
Jiří Švarc, 2017

# POČET PŘIJETÍ DO NEMOCNIC K VÝKONU OL

Ústavní OL

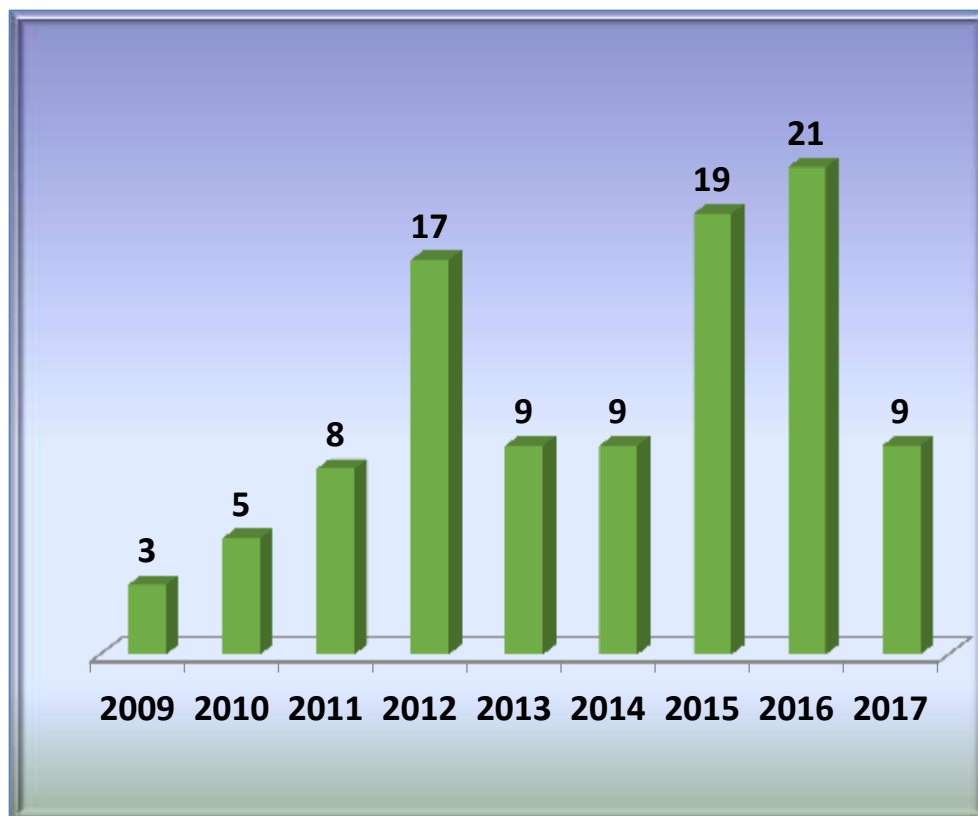


Ambulantní OL



Z počtu přijatých pacientů (unicitních rodných čísel) s nařízenou ústavní OL v letech 2005, 2010 a 2015, vyplývá nárůst těchto pacientů.

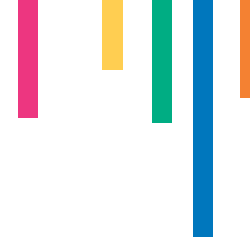
# ÚSTAVY ZABEZPEČOVACÍ DETENCE



Smékal 2017

- Zabezpečovací detence vykonává v ústavech se zvláštní ostrahou a s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy.
- Ústavy pro výkon zabezpečovací detence spravuje Vězeňská služba ČR
- Do výkonu zabezpečovací detence se umísťují osoby pouze na základě soudem nařízeného výkonu zabezpečovací detence.
- Podmínky uložení zabezpečovací detence upravuje Zákon č. 40/2009 Sb. – trestní zákoník.

**Kapacita: Brno 35 míst    Opava 44 míst**



# HOSPITALIZACE PRO PARAFILIE

## Počet hospitalizací s dg. F65:



**1 439 hospitalizací** z důvodu poruchy sexuální preference (F65) na místě hlavní nebo vedlejší diagnózy.



**1 038 (72,1 %) hospitalizací**  
pro F65 na místě hlavní diagnózy



**401 (27,9 %) hospitalizací**  
pro F65 na místě vedlejší diagnózy

## Roční počet hospitalizací s dg. F65:



**160 hospitalizací ročně** z důvodu poruchy sexuální preference (F65) na místě hlavní nebo vedlejší diagnózy.



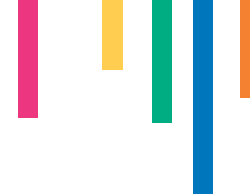
**115 hospitalizací ročně**  
pro F65 na místě hlavní diagnózy



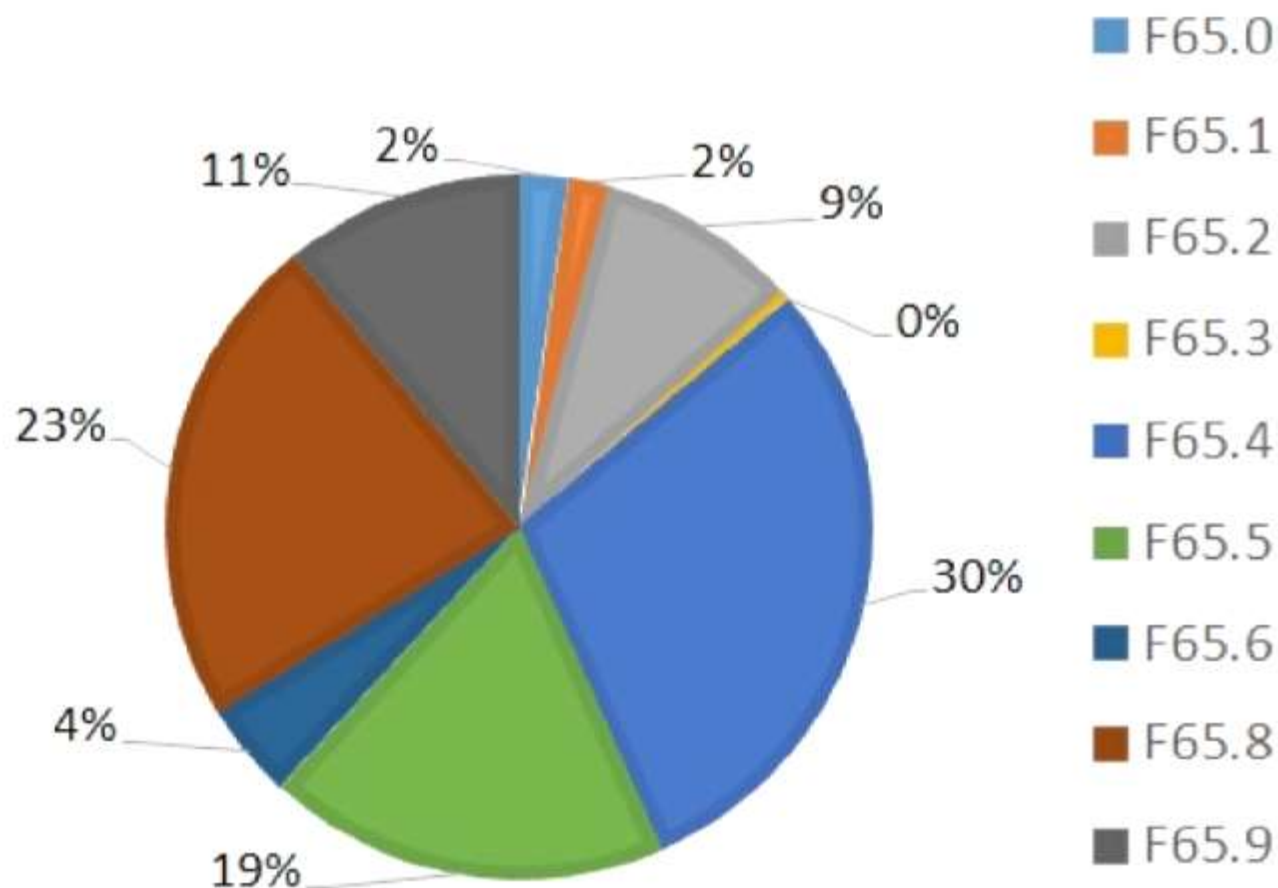
**45 hospitalizací ročně**  
pro F65 na místě vedlejší diagnózy

Data NRHOSP v letech 2007-2015 obsahují celkem 19 978 792 hospitalizačních pobytů.

ÚZIS 2017, Holý, Dušek



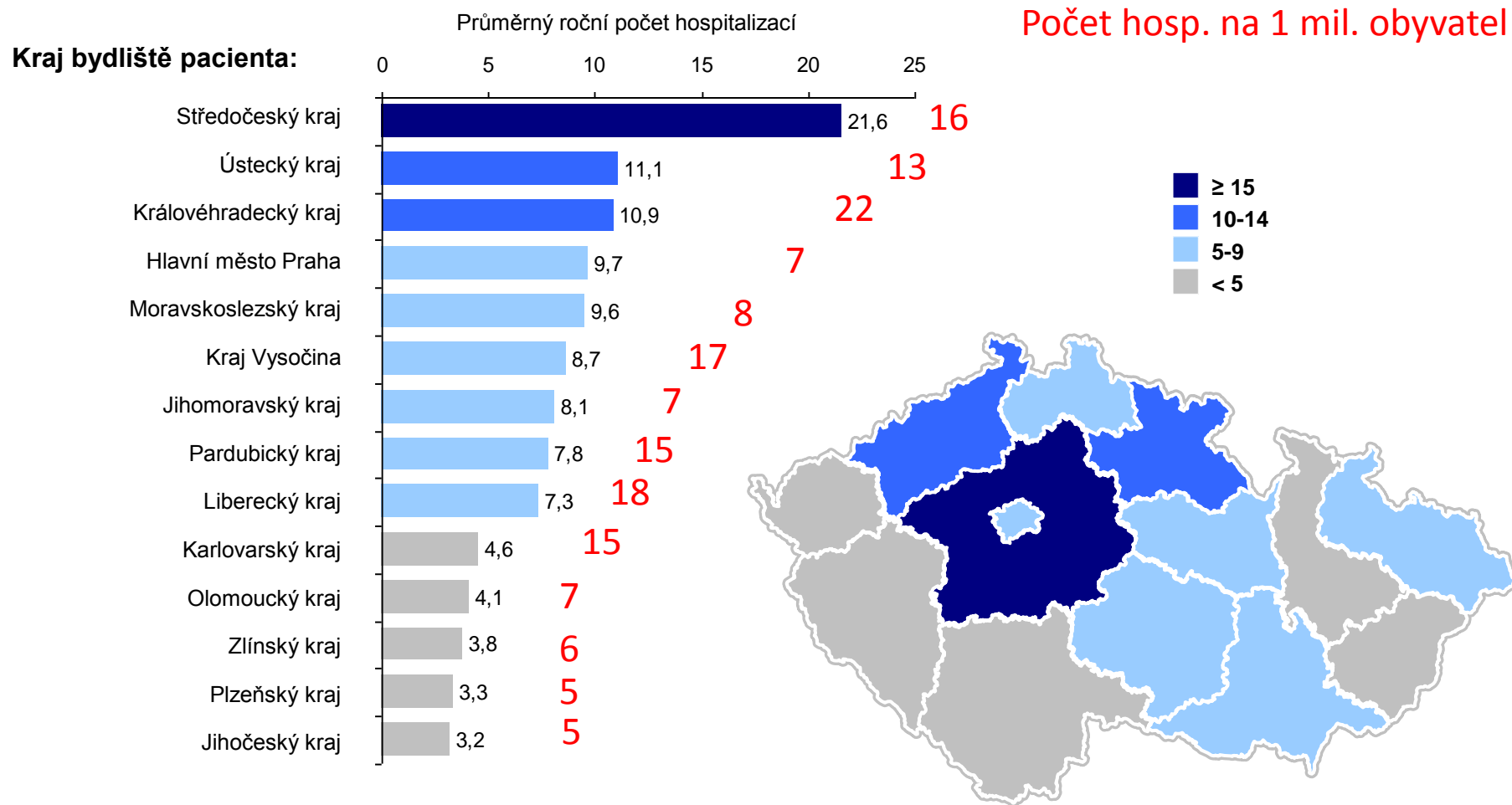
## Struktura dg hospitalizovaných pacientů v období 2007 – 2015 (N=1437)



F65.0	33
F65.1	28
F65.2	137
F65.3	6
F65.4	437
F65.5	273
F65.6	65
F65.8	337
F65.9	162

F65.0- fetiš, 2-exhibi, 4-pedo, 5-SM, 8-jiné, 9-NS poruchy sexuální preference

## Bydliště pacientů hospitalizovaných s dg **F65 (parafilie)** na místě hlavní diagnózy (N=1038)



# ÚSTAVNÍ OCHRANNÁ LÉČENÍ

- nárůst počtu nemocných v ústavním léčení (nutnost dohledu po delší dobu a získání nezbytné jistoty o stabilizaci stavu před podáním návrhu soudu k přeměně na ambulantní formu)
- nezbytnost vypracování znaleckých posudků před propuštěním pro potřeby ujištění soudu
- nízká ochota ambulantních lékařů přejímat tyto nemocné do péče (odpovědnost za toto léčení při současné nemožnosti zajistit adekvátní dohled prokazatelně nebezpečným osobám)
- nemožnosti komplexního zajištění potřeb nemocných v ambulantním léčení (např. sociální poradenství)
- riziko z prodlení při změně stavu nemocných v ambulantní léčbě



# AMBULANTNÍ PÉČE

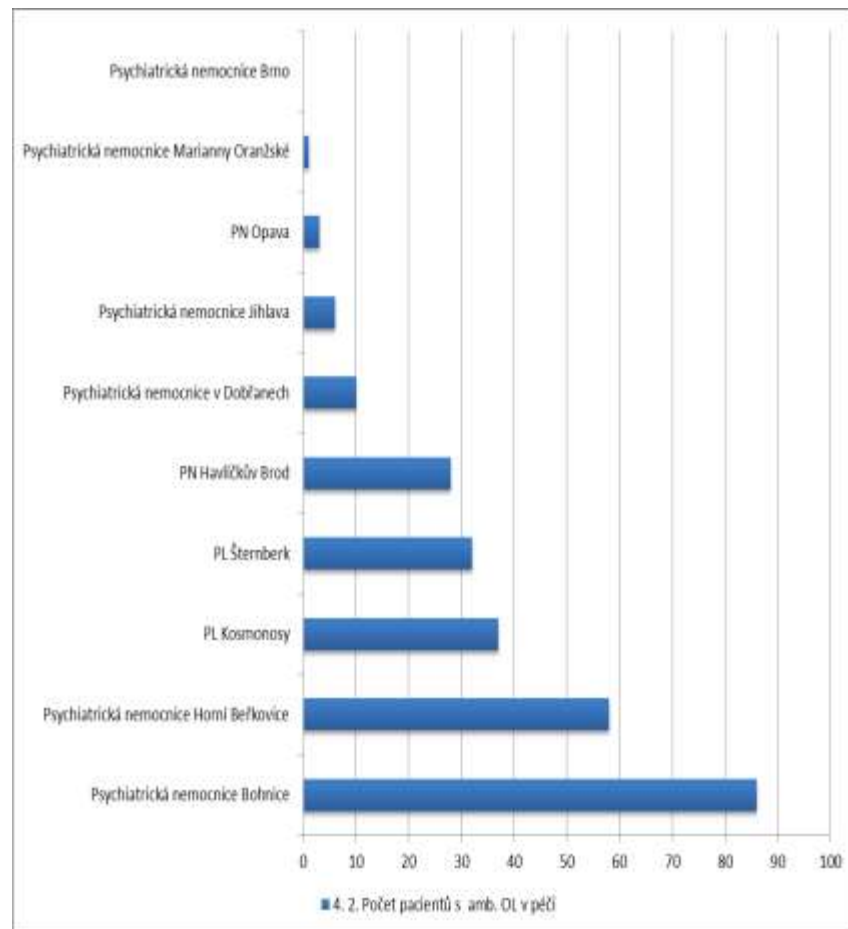
Specializované ambulance:

- všechny typy OL: PN Horní Beřkovice

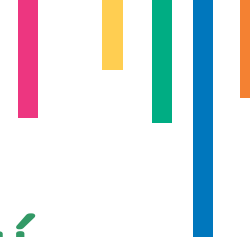
- pro některé typy OL : PN Bohnice (sexuologické a psychiatrické), PN Dobřany (psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické), PN Brno (sexuologické a doléčovací), PN Kosmonosy (sexuologické a psychiatrické)

- V ostatních zařízeních (5) je péče o OL poskytována v běžných ambulancích

- **absence definované sítě**

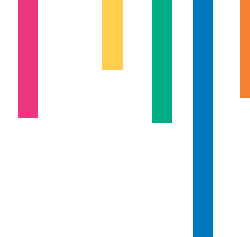


(průzkum Ministerstva zdravotnictví 2015)



# SYSTÉM OCHRANNÉHO LÉČENÍ

- nárůst počtu nemocných v ústavním léčení (a zabezpečovací detenci)
- nezbytnost vypracování znaleckých posudků před propuštěním pro potřeby ujištění soudu
- nízká ochota ambulantních lékařů přejímat tyto nemocné do péče (odpovědnost za toto léčení při současné nemožnosti zajistit adekvátní dohled prokazatelně nebezpečným osobám)
- nemožnosti komplexního zajištění potřeb nemocných v ambulantním léčení (např. sociální poradenství)
- riziko z prodlení při změně stavu nemocných v ambulantní léčbě
- **Nepoměr mezi realizovatelnou mírou dohledu nad nemocnými v různých fázích výkonu OL ústavní vs. ambulantní**



# FORENZNÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM (FMT)

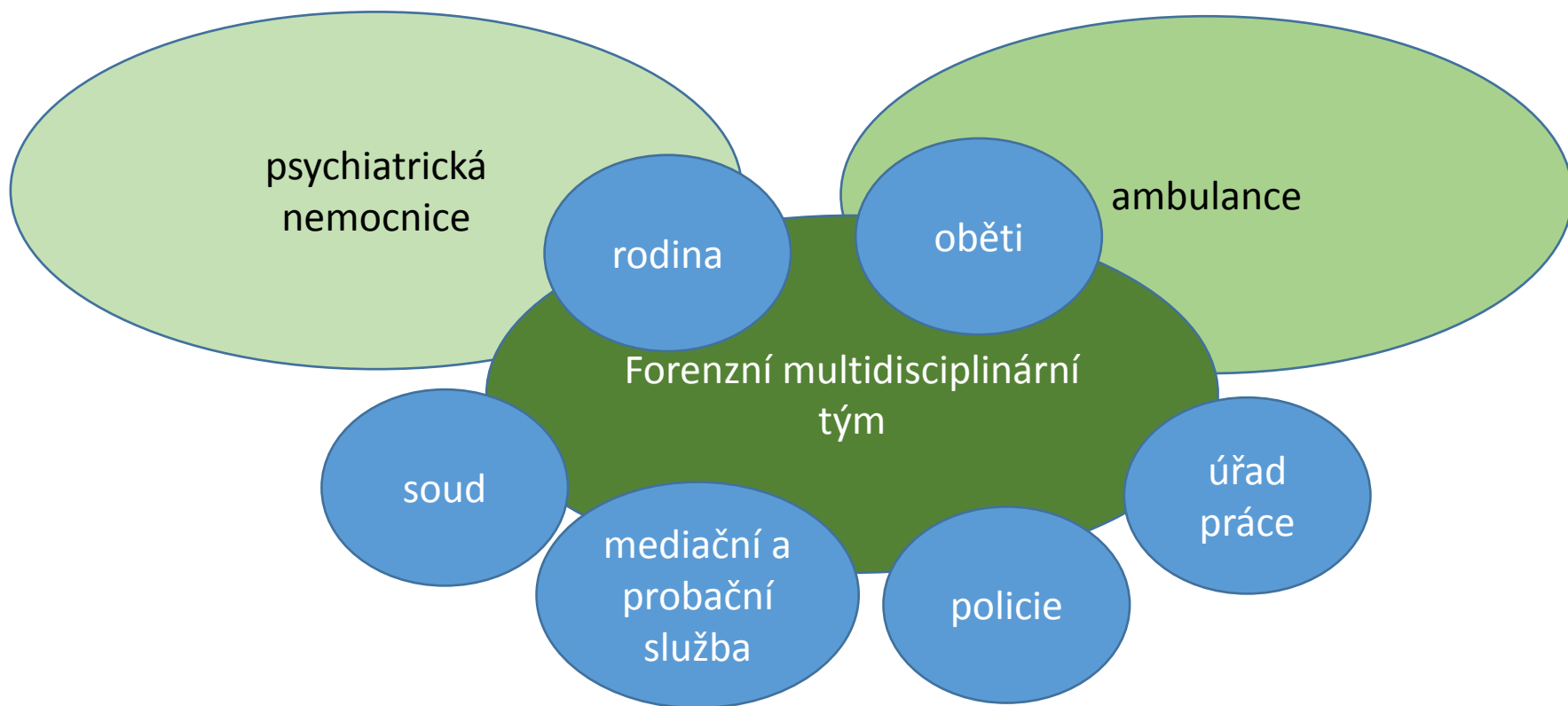
- prvek v systému psychiatrické, sexuologické a adiktologické péče, který by zajišťoval bezpečný a efektivní přechod pacientů mezi ochranným léčením ústavním a ambulantním
- FMT vznikne u lůžkového zařízení a bude s ním úzce spolupracovat už před změnou formy ochranné léčby
- péči nemocným propouštěným z tohoto ústavního léčení a bude také hodnotit míru rizika (risk assessment) u každého pacienta propouštěného z ústavní ochranné léčby, nově zařazeného do ambulantní ochranné léčby i potenciálně nebezpečného
- pacienty s nižší úrovní rizika bude předávat spolupracujícím ambulantním psychiatrům, pacienty s vyšší úrovní rizika si ponechá ve své péči.



# SLOŽENÍ TÝMU- PILOTNÍ PROJEKT

- Navrhovaný jako projektová výzva v rámci programu Nové služby
- Lékař (psychiatr, sexuolog, návykové nemoci)
- Psycholog (nejlépe forenzní či sexuologický)
- Psychiatrická sestra
- Adiktolog
- Sociální pracovník
- Pracovní specialista IPS
- Pracovník mediační a probační služby
- Ambulantní lékaři

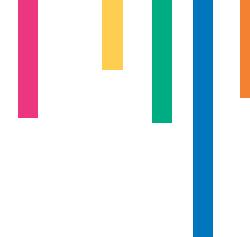
# PRÁCE TÝMU





## PRÁCE TÝMU- PILOTNÍ PROJEKT

- Nositel a garant metodiky risk assessmentu, konzultace v této oblasti
- Vykonavatel zdravotně-sociální služby prostřednictvím multidisciplinárního týmu
- Koordinátor péče dalších relevantních subjektů – ambulantní specialisté, probační a mediační služba, soud, policie, městský/obecní úřad, úřad práce apod.
- Podpora pro ambulance, které budou mít v péči pacienty s OL (např. organizace případových konferencí pro ambulantní psychiatry)
- Ověření velikosti spádové oblasti v návaznosti na složení týmu a spektrum poskytovaných služeb

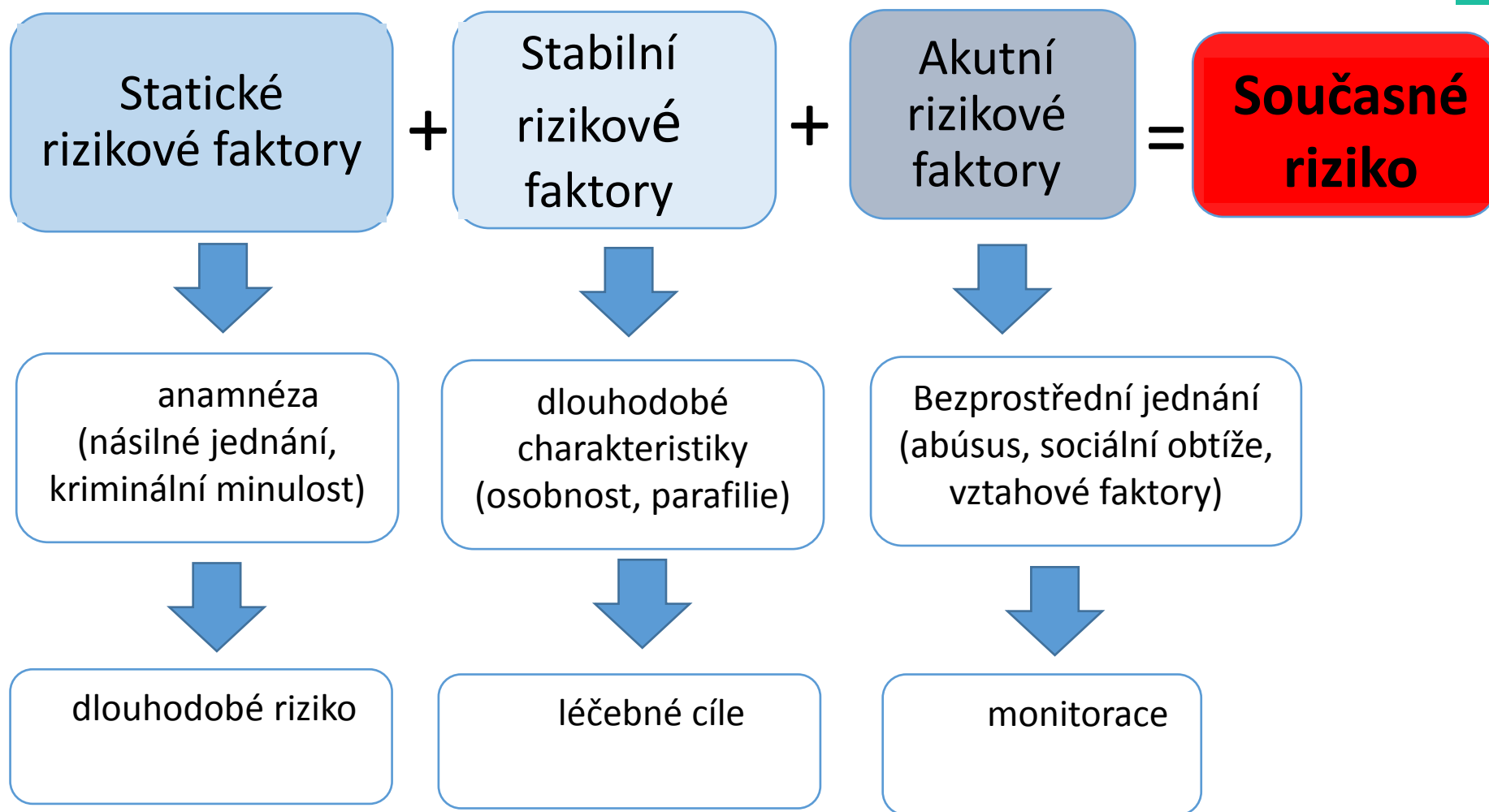


## POSKYTOVANÉ SLUŽBY

- Služby terénního týmu
- Služby psychiatrické
- ambulantní péče o rizikové pacienty s nařízenou ochrannou léčbou
- assessment před propuštěním z lůžkové ochranné léčby a dále, zacílení léčebného plánu dle oblastí rizika
- Služby klinického psychologa
- psychoterapie, diagnostika, poradenství
- Služby adiktologické
- Služby sexuologické
- Služby sociální rehabilitace



# RIZIKO RECIDIVY



# HCR-20

## (VIOLENCE RISK MANAGEMENT)

- Není pouze hodnocení, ale komplexní nástroj zvládání rizik
- Anamnestické, klinické položky
- Plán zvládání rizika
- Založeno na všech dostupných informacích
- Podklad pro léčebná rozhodnutí

### Vzor Vyhodnocovacího listu HCR-20

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Anamnestické položky		Hodnocení (0, 1, 2)
H1	Předchozí násilné chování	
H2	Nízký věk při prvním násilném incidentu	
H3	Nestálost ve vztazích	
H4	Problémy v zaměstnání	
H5	Problémy s užíváním psychotropních látek	
H6	Závažné duševní onemocnění	
H7	Psychopatie	
H8	Raná nepříznivost	
H9	Porucha osobnosti	
H10	Předchozí selhání kontroly	
Anamnestické položky celkem:		(max.20)
Klinické položky		Hodnocení (0, 1, 2)
C1	Nedostatek vhledu	
C2	Negativní postoje	
C3	Aktivní symptomy závažného duševního onemocnění	
C4	Impulzivita	
C5	Necitlivost k léčbě	
Klinické položky celkem:		(max.10)
Položky zvládání rizik		Hodnocení (0, 1, 2)
R1	Plány postrádající proveditelnost	
R2	Vystavení destabilizátorům	
R3	Nedostatek osobní podpory	
R4	Nedodržení léčby	
R5	Stres	
Položky zvládání rizik celkem:		(max.10)

HCR-20 celkem:	(max.40)		
Celkové posouzení rizika:	Nízké	Mírné	Vysoké

## ZÁVĚR

- Současný systém péče o OL je fragmentovaný
- Hospitalizace OL se neúměrně prodlužují
- Nejednotná metodika posuzování rizika
- Riziko „propadnutí“ rizikových pacientů

Cíl:

Vytvoření komplexní extramurální služby FMT

Nastavení jednotného hodnocení rizika





PSYCHIATRICKÁ  
NEMOCNICE  
BOHNICE



[www.bohnice.cz](http://www.bohnice.cz)

dotazy: [marek.pav@bohnice.cz](mailto:marek.pav@bohnice.cz)