

# Platforma pro transformaci péče o lidi s duševním onemocněním

projektový časopis šířený

**Dobrym místem**, o.s. v rámci projektu

**Informační aktivity CZ.11/MGS/004**

podpořeného z **Norských fondů**.

## Prohlášení Platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním

červen 2016

*„Najde-li člověk s duševním onemocněním své místo ve společnosti, je to přínos nejen pro něho, ale pro celou společnost.“*

Platforma pro transformaci péče o lidi s duševním onemocněním, která je seskupením zástupců odborných společností, poskytovatelů služeb, patientských a rodičovských organizací, i jednotlivců, přijala již v roce 2012 deklaraci o transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v České republice. Cílem Platformy je zasazovat se o skutečnou transformaci a deinstitucionalizaci péče o lidi s duševním onemocněním v České republice.

Zásadním úkolem aktuálně probíhající Reformy psychiatrické péče musí být transformace celého systému tj. vytvoření dostatečné kapacity potřebných služeb mimo existující psychiatrické nemocnice (ambulantní a komunitní služby, nově vznikající centra duševního zdraví (CDZ), psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic) a realokace a postupné omezování lůžkových kapacit psychiatrických nemocnic. Restrukturalizovaná síť péče musí být komplexní, tj. zahrnovat služby zdravotní, sociální a právní a služby v oblasti bydlení, práce, vzdělávání atd. a koordinovaná, zajišťující kontinuitu péče, s jasně stanovenou odpovědností za spádovou oblast. Současně musí být podpořeni lidé pečující o své blízké.

Cílem musí být široce dostupná podpora, která v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením umožní všem lidem s duševními problémy prožít svůj život v běžném lidském společenství mimo ústavní zařízení.

V oblasti organizace péče a jejího financování musí být definována zodpovědnost jednotlivých rezortů, včetně zodpovědností dalších relevantních subjektů (zdravotní pojišťovny atd.). Musí být definována spolupráce a zároveň rozdělení zodpovědnosti na národní, krajskou a obecní úroveň a musí být nastaveno dlouhodobě udržitelné financování nově tvořeného systému. Jsme přesvědčeni o potřebě ekonomické analýzy celého systému, která umožní otevřeně diskutovat o tom, zda investice do velkých lůžkových zařízení jsou z dlouhodobé perspektivy racionální.

Důležité změny se musejí odehrát nejen na úrovni organizace péče, ale i v postojích a chování poskytovatelů služeb i celé společnosti vůči lidem s duševními problémy. Proto je nutné cíleně modifikovat vzdělávací systémy a realizovat široké spektrum destigmatizačních aktivit.

Změny v systému péče o duševní zdraví vyžadují podporu, zapojení a součinnost více aktérů a musí mít záštitu vlády ČR. Důležitá je správná alokace zdrojů ze SF a kontrola jejich hospodárného využití.

Zasazujeme se o to, aby proces změn probíhal transparentně a s konzultační podporou zahraničních expertů a institucí. Za nezbytné považujeme průběžné vyhodnocování změny systému vzhledem k dopadům na cílové skupiny. Kvalita služeb a naplňování lidských práv by měly podléhat nezávislé kontrole.

Spolu s důrazem na skutečnou deinstitucionalizaci budeme podporovat zavádění inovací, zapojování lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním do poskytování služeb, do vzdělávání, do destigmatizačních kampaní i rozhodovacích procesů.

Trváme na vytvoření rámcových (regionálních, krajských) plánů sítě služeb, jejichž součástí bude co nejrychlejší transformace velkých lůžkových zařízení a využití jejich kapacit pro budování moderního systému služeb v komunitě.

Máme za to, že horizontem reformy musí být zotavení (recovery) lidí s duševními problémy nejen jako příjemců odborných služeb, ale jako aktérů, kteří přispívají k růstu a blahobytu celé společnosti.

## Platforma tlačí na reformu

Koncem loňského roku upozorňovali zástupci neziskových organizací i poskytovatelů péče v oblasti duševního zdraví, sdružení v Platformě pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR, na zamrznutí schválené reformy psychiatrické péče v České republice.

Předsedovi vlády Bohuslavu Sobotkovi byl zaslán otevřený dopis, který podepsali mluvčí platformy Pavel Novák – ředitel Fokusu Praha, psychiatr Ondřej Pěč, ředitel občanského sdružení KOLUMBUS Jan Jaroš a za organizace rodinných příslušníků pacientů předsedkyně obecně prospěšné společnosti Sympathea Jana Poljaková.

## Dopis Bohuslavu Sobotkovi

Vážený pane premiére, dovoluujeme si Vás oslovit s žádostí o Vaše osobní angažmá v procesu transformace systému péče o lidi svázným duševním onemocněním v České republice a při vzniku komplexního Národního plánu péče pro osoby s duševním onemocněním (viz bod 11.16, Vaší vládou schváleného Národního plánu podpory rovných příležitostí pro OZP na období 2015–2020).

Jsme platforma sřešních organizací sdružující poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, svépomocné uživatelské organizace, rodinné příslušníky i odborné společnosti. Dlouhodobě se potýkáme s neřešenými problémy v oblasti péče o duševní zdraví.

Na podzim roku 2013 podepsal tehdejší ministr zdravotnictví MUDr. Martin Holcát, MBA dokument Strategie Reformy psychiatrické péče v ČR. Příprava reformy však od té doby stagnuje.

V současné době je naléhavě nutné pokračovat v realizaci Strategie v těchto oblastech:

- 1) příprava implementačních plánů transformace lůžkových psychiatrických zařízení;
- 2) realizace pilotních projektů center duševního zdraví a regionálního komunitního systému péče;
- 3) urychlené zpracování ekonomické analýzy (EKODUZ);
- 4) schválení standardu center duševního zdraví jako nového pilíře systému péče;
- 5) zajištění spolupráce dalších rezortů, zapojení krajů a obcí i dalších stakeholderů (včetně uživatelů psychiatrické péče a rodinných příslušníků);
- 6) příprava systémové změny ve financování (úhradové mechanismy).

Bez pokračování intenzivní přípravy v těchto oblastech je zahájení reformy zcela iluzorní. Je třeba vytvořit podmínky, které budou dostatečnou zárukou implementace a pokračování reformy. Jsme přesvědčeni, že jedinou účinnou prevencí nedávných tragédií, je důsledně realizovaná reforma systému psychiatrické péče.

Na tuto iniciativu navázala Platforma v červnu letošního roku dalším dopisem. Reagovala v něm na prakticky nezměněnou situaci a žádala premiéra Sobotku, aby se zasadil o pokračování procesu transformace systému péče o lidi svázným duševním onemocněním v České republice. Premiér Sobotka navrhl setkání zástupců platformy s Vladimírem Špidlou, který vede tým jeho poradců. Schůzka se uskutečnila 2. září. S Vladimírem Špidlou se sešli Pavel Novák, Jana Poljaková, Jan Jaroš a Jan Pfeiffer (psychiatr, jeden z hlavních iniciátorů transformace). Vladimír Špidla si po rozhovoru se zástupci platformy vyžádal další doplňující podklady k situaci kolem připravované reformy psychiatrické péče. „Setkání bylo velmi vstřícné, pan doktor Špidla slíbil, že bude o obsahu naší diskuse informovat premiéra Sobotku,“ říká Pavel Novák. –ga–

## Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR

Platforma pro transformaci péče o duševně nemocné, která je seskupením zástupců odborných společností, poskytovatelů služeb, patientských a rodičovských organizací jakož i jednotlivců, přijala tuto deklaraci na základě stále silícího přesvědčení, že jediným řešením neutěšené situace v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním v České republice je transformace celého systému. Oddalování systematicky a cíleně prováděné transformace zvyšuje riziko zanedbání péče o vážně duševně nemocné.

V lednu 2005 se Česká republika zavázala plnit závěry Evropské konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví v Helsinkách prostřednictvím Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu. V roce 2008 na tuto helsinskou

deklaraci navázal European Pact for Mental Health and Wellbeing. V řadě evropských zemí jsou tyto deklarace a plány naplňovány, probíhá proces transformace, avšak v České republice se jejich naplňování věnuje jen velmi malá pozornost. Plnění Usnesení Vlády k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století v kapitole CÍL 6: ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ se prakticky nehodnotí. Bez realizace zůstává i Koncepce oboru psychiatrie“ (KOP), která byla přijata na sjezdu Psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně v roce 2000, Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002 a revidována v roce 2008.

Na porušování lidských práv v systému péče o duševně nemocné v ČR opakovaně upozorňují i různé instituce od Veřejného ochránce práv po Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Kritizované jevy jsou důsledkem nevyhovující podoby systému. Péče ve velkokapacitních zařízeních neposkytuje pacientům dostatečnou míru soukromí a vlastního rozhodování. Důsledky nevyhovujícího uspořádání současné péče se negativně projevují ve formalismu při rozhodování o nedobrovolných hospitalizacích, resp. léčbě, ve způsobu používání restriktivních opatření i v oblasti zbavování způsobilosti k právním úkonům. Současný systém neumožňuje poskytovat péči v nejméně omezujícím prostředí, vytváří bariéry v přístupu k zaměstnání a omezuje duševně nemocné ve svobodném výběru místa pobytu.

Na úrovni EU je prosazována deinstitucionalizace a velké psychiatrické ústavy jsou v řadě evropských zemí již minulostí nebo se transformují a počty lůžek v nich se stále snižují. Česká republika však má v poměru k počtu obyvatel stále velmi vysoký podíl psychiatrických lůžek následné péče dislokovaných ve velkých psychiatrických léčebnách. V České republice je nedostatečný podíl lůžek akutní péče na psychiatrických odděleních nemocnic a zejména se nepodařilo vybudovat dostatečnou síť zdravotních komunitních služeb. Rozvoj těchto služeb je především podvázan celkově nízkým objemem finančních prostředků pro psychiatrickou péči, je de facto blokován vázáním finančních prostředků v systému péče postaveném na péči v psychiatrických léčebnách. Mimonemocniční služby nemají definované spádové oblasti a nastavení stávajícího financování ambulantních služeb nepodporuje časově náročnou péči o závažněji duševně nemocné.

Uspořádání celého systému nevytváří podmínky k potřebné koordinaci jednotlivých složek péče. Z důvodů systémového nastavení existuje značná nepropojenost obzvláště mezi lůžkovou a mimolůžkovou péčí. Sociální komunitní služby není v podstatě možné rozvíjet vzhledem k limitovanému rozpočtu na všechny sociální služby. Malá rozšířenost a dostupnost se týká rovněž psychoterapie, která plní léčebnou a profylaktickou roli nejen v psychiatrii, ale i v ostatní medicíně. Nedostatečné zajištění mimonemocničních (ambulantních a komunitních) služeb vede k nadbytečným hospitalizacím duševně nemocných lidí a k jejich setrvávání v lůžkových zařízeních.

V posledních letech přitom narůstá počet lidí potřebujících psychiatrickou péči. V České republice vzrostl za poslední dekádu počet léčených psychiatrických pacientů o desítky procent. Tento trend by bylo potřeba zohlednit v programech primární i sekundární prevence duševních onemocnění; prostředky vynakládané na preventivní programy se však snižují. Podle informací z terénu se také zvyšuje podíl lidí s duševním onemocněním mezi bezdomovci. Přitom psychiatrická péče v České republice je oproti psychiatrické péči ve zbytku EU podfinancována. Podle údajů Evropské komise (2005) je ČR řazena na předposlední místo v poměrném vynakládání prostředků na psychiatrickou péči v rámci EU.

Základem moderní péče o vážně duševně nemocné nemohou být dlouhodobé hospitalizace ve velkokapacitních psychiatrických léčebnách, které vzhledem ke svému geografickému umístění a v podstatě nezměnitelnému institucionálnímu charakteru péče (i přes maximální snahu a profesionalitu managementu i zaměstnanců), podporují segregaci a sociální vyloučení velké části pacientů. Taková praxe je v rozporu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením, která se od února 2010 stala součástí našeho právního řádu. V devatenáctém článku Úmluvy je zdůrazněna povinnost státu zajistit, aby „osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí.“

Řešením uvedených nedostatků je komplexní proměna existujícího systému tak, jak proběhla či probíhá ve většině západních zemí. Proces transformace bude vyžadovat přechodné navýšení finančních zdrojů (investičních i neinvestičních) převážně ve fázi, kdy bude zapotřebí zajistit rozvoj nových služeb, a paralelně bude po jistou dobu nutné provozování současných institucionálních služeb, než dojde k jejich proměně. Na toto přechodné navýšení by bylo velmi vhodné využít možných zdrojů strukturálních fondů na období 2014–2020.

Žádáme proto, aby vláda

- formulovala Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním s cílem transformace psychiatrické péče,
- vytvořila Národní skupinu pro transformaci systému péče o duševně nemocné se zapojením příslušných resortních ministerstev, odborných společností, střešních organizací poskytovatelů a uživatelů péče,
- uskutečnila kroky k přeměně systému péče o duševně nemocné s využitím strukturálních fondů.

## **Příloha 1.**

### **Principy péče o osoby s duševním onemocněním**

Systém péče o osoby s duševním onemocněním (všech diagnostických skupin a věkových kategorií) musí plně vycházet ze zásad a principů OSN úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením. Hlavními principy, na nichž musí být péče založena, jsou:

- Respekt k lidským právům, zvláště pak lidské důstojnosti za všech okolností.
- Podpora a zajištění osobní nezávislosti.
- Omezování osobní svobody jen v krajních případech, za legislativně jasně stanovených a kontrolovaných podmínek.
- Maximální respekt k pohledu klientů/pacientů a vytváření podmínek pro jejich rovnoprávné zapojení do všech rozhodovacích procesů týkajících se konkrétní péče o ně či systému péče jako celku.
- Zajišťování plného a účinného zapojení a začlenění do společnosti.
- Možnost zvolit si na rovnoprávném základě s ostatními místo pobytu, kde a s kým žít. Lidé s duševním onemocněním nesmí být nuceni k životu ve specifickém prostředí (např. lůžka následné péče PL).
- Zajišťovat služby v nestigmatizujícím prostředí.
- Poskytovat služby v domácím prostředí.
- Zajišťovat rezidenční služby a další podpůrné komunitní služby, které zabraňují segregaci a izolaci a jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti.
- Umožňovat využívání běžných služeb a zařízení určených široké veřejnosti.
- Podporovat rodiny duševně nemocných, aby zvládaly náročnou situaci související s onemocněním jejich blízkých a byly jim samy schopné poskytovat potřebnou podporu a pomoc.

### **Vize služeb**

Je třeba vytvořit systém služeb zajišťujících podporu a pomoc při naplňování sociálních, zdravotních, edukativních a dalších potřeb lidí ohrožených či trpících duševní poruchou. Jde o to, aby mohli žít ve svém přirozeném životním prostředí (u dětí se jedná o jejich biologickou či náhradní rodinu) či do něj byli navraceni. Potřebná péče zde musí být dostupná 24 hodin po sedm dní v týdnu. Poskytovatelé péče musí být schopni rychle a citlivě reagovat na krizové situace s maximální snahou řešit je v co nejpřirozenějším prostředí. Systém musí v maximální možné míře předcházet situacím, při nichž dochází k vytržení klienta z jeho přirozeného prostředí. Je-li přesto nutné, aby klienti byli ze svého prostředí vytrženi (například kvůli akutnímu zhoršení duševního stavu s výrazným ohrožením jejich bezpečí či bezpečí jejich okolí), musí to být na co nejkratší dobu. Zařízení, kde takovéto intervence probíhají, musí být organizačně i psychologicky uspořádáno tak, aby co nejméně stigmatizovalo. V co největší míře zde musí být zachován kontakt s běžným životem (včetně sociálních vazeb klientů) a musí být vytvářeny předpoklady pro rychlý a bezpečný návrat klientů do jejich běžného prostředí. Systém musí být schopen poskytovat v podmínkách běžného života adekvátní pomoc i těm, kteří si o ni vzhledem k stavu svého onemocnění nejsou schopni sami aktivně říci, a to při respektování všech jejich práv.

Pro zajištění efektivity péče je zapotřebí, aby byly definovány spádové oblasti klíčových služeb a stanovena zodpovědnost za konkrétní segment péče. Obzvláště u skupiny klientů s komplexními potřebami je zapotřebí zajištění případového vedení (case-care management). Jednotlivé služby musí ve vzájemné spolupráci zajišťovat kontinuitu péče o konkrétního klienta, včetně spolupráce služeb nemocničních a mimonemocničních (počítaje v to i ambulance psychiatrů a klinických psychologů). V případě potřeby musí být systém schopen zajistit multidisciplinární týmovou spolupráci s propojením péče zdravotní a sociální.



Nemocniční lůžková péče by měla být zajišťována převážně na specializovaných odděleních všeobecných nemocnic. Tato oddělení musí být schopna poskytnout potřebnou akutní péči pro všechny klienty své spádové oblasti.

V základním systému mimonemocniční péče musí být vedle ambulancí specialistů (psychiatrů a klinických psychologů) zastoupeny rovněž služby terénního (mobilního) charakteru, služby krizové intervence, domácí léčba s využitím služeb terénních psychiatrických sester, služby denních klinik (stacionářů) a denních center, včetně center bezprahových. Nezbytné jsou i služby zajišťující pracovní a sociální rehabilitaci, včetně služeb typu sociálních firem a podpory práce na otevřeném pracovním trhu. Systém péče musí mít nástroje a dovednosti pro adekvátní podporu a zapojování rodinných příslušníků a blízkých osob (a to nejen u klientů dětského a dorostového věku).

Systém služeb musí být řízen a financován tak, aby byl schopen flexibilní reakce na demografické a jiné změny. Poskytované služby musí splňovat požadavek komplementarity bio-psycho-sociálního přístupu. Nesmí proto chybět například dostatek psychoterapeutické pomoci.

Systém péče musí být uspořádán tak, aby byla nalezena dobrá vyváženost mezi obecnými a úzce specializovanými službami, přičemž specializace bude odpovídat různým věkovým kategoriím a různým typům problémů či onemocnění.

Systém péče o duševně nemocné samozřejmě spolupracuje s dalšími oblastmi (sociální, školská, jiné oblasti medicíny) ať už za účelem poskytování konzultací, či zajištění dalších nezbytných služeb klientům.

### **Základními kroky transformace:**

Proces deinstitucionalizace (tedy transformace institucionální péče v péči dominantně se odehrávající v běžných podmínkách života) je dlouhodobou záležitostí. Ukazují to zkušenosti ze zemí, kde transformace proběhla či probíhá. Avšak čím déle se odkládá její cílené, systematické zahájení a provedení, tím déle trvá její průběh a tím delší je období neefektivního využívání finančních i lidských zdrojů. Základní principy péče a základní principy transformace (včetně plánu potřebných konkrétních kroků a zodpovědností za jejich realizaci) musí být obsahem Národní politiky (strategie) péče o osoby s duševním onemocněním schválené vládou ČR. Pro úspěch transformace je zapotřebí zajištění následujících aktivit, které v řadě případů nejsou ději po sobě následujícími, ale jejich realizace musí často probíhat paralelně.

**Vytvoření organizačního rámce spolupráce** pro tvorbu a implementaci Národní strategie transformace péče o osoby s duševním onemocněním, zajišťujícího transparentní zapojení a komunikaci mezi relevantními rezorty, uživateli péče a jejich rodinnými příslušníky, poskytovateli péče, profesními a odbornými společnostmi.

**Podpora zakládání a rozvoje aktivit svépomocných sdružení uživatelů** psychiatrické péče i jako zdroj informací o potřebách, osob s duševním onemocněním, směřující k úspěšné realizaci transformace.

- **Analýza právních překážek** transformace a prosazení potřebných legislativních úprav, včetně úprav zajišťujících uplatňování práva klientů/pacientů na rozhodování o svém životě a limitujících jejich osobní občanské svobody.
- **Analýza finančních zdrojů** a jejich toků na stávající péči o osoby s duševním onemocněním (zdroje z všeobecného zdravotního pojištění, zdroje na sociální služby, další finanční zdroje). Je nutná cost benefite ana-

lýza a následně úprava alokace stávajících finančních zdrojů tak, aby mohlo pružně docházet k potřebné transformaci, rozvoji nových služeb a současně k přesouvání zdrojů z velkých psychiatrických léčeben, aby byla dostatečně zajištěna péče i o vážněji duševně nemocné na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, v ambulantních a v komunitních zdravotních službách. Musí dojít k vytvoření zdrojů na rozvoj potřebných sociálních služeb včetně zřízení sociálního a podporovaného bydlení (mimo jiné cestou adekvátního posuzování příspěvku na péči u osob s duševním onemocněním).

- **Definování optimální velikosti základních „spádových regionů“** z hlediska populačního, geografického a správního a stanovení základní sítě služeb. Vytvoření podmínek pro jasné definování zodpovědností (včetně zodpovědnosti za poskytování služeb ve spádové oblasti) a systémové propojení a spolupráci existujících i nově v budoucnu vytvořených zdravotních i sociálních služeb na úrovni obcí, spádových regionů, krajů.
- **Vytvoření rámcových (regionálních, krajských) plánů sítě služeb** naplňujících zásady Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením. Plány musí zahrnovat zmapování potřeb klientů psychiatrické péče (stávajících i potencionálních, včetně dětí, osob pokročilého věku, osob se závislostmi na alkoholu a psychotropních látkách). Plány musí obsahovat i zmapování a analýzu funkce existujících relevantních sociálních služeb, zdravotních ambulantních praxí a komunitních služeb. Analýzu lůžkových kapacit (psychiatrických léčeben, psychiatrických oddělení a rezidenčních sociálních zařízení) ve vztahu k spádovým regionům, územím krajů. Zmapování se musí týkat i dalších možných využitelných nespécializovaných služeb využívaných běžnou populací, umožňujících skutečnou inkluzi a integraci klientů do běžného života společnosti. Na základě potřeb klientů z jednotlivých regionů a analýzy existujících služeb vytvořit plán případného vzniku nových služeb a restrukturalizace služeb existujících. Jde o zvážení možnosti využití kapacit léčeben na rozvoj akutních oddělení nemocnic a potřebných mimonemocničních služeb, včetně sociálních rezidenčních služeb („transformační plány psychiatrických léčeben“).
- **Přednostní vytváření systémů zajišťujících prevenci** dlouhodobých pobytů či přijetí do lůžkové péče, zvláště následné psychiatrické péče a ústavní sociální péče. Zefektivnění spolupráce a komunikace jednotlivých segmentů péče (zvláště péče lůžkové a mimolůžkové) je jedním z prvních nebytných kroků.
- **Pilotní ověření transformačních modelů PL** – půjde například o oddělení akutní a následné péče, sektorizaci dle spádových regionů, přesun klientů i zaměstnanců, možnosti zachování PL jako právního subjektu provozujícího nový typ péče v nových lokalitách, atd. Na základě pilotního ověření se pak uskuteční celoplošná realizace transformačních procesů. Součástí tohoto procesu musí být i koncepční a praktické řešení péče v rámci dalších oborů, které nejsou primárně obory péče o osoby s duševním onemocněním, avšak jejich cílová klientela je v současnosti klientelou psychiatrických léčeben (například oblast geriatrie).
- **Racionální využití finančních zdrojů** musí spočívat na alokaci finančních zdrojů (včetně investičních prostředků) na základě transformačních plánů sítě služeb. Využití Strukturální fondů EU (EFTA fondů) musí vycházet z jasné strategie zajišťující systémové změny. Tyto externí zdroje využít jako „překlenující“ finanční zdroj (bridging fund) zvláště na pokrytí nákladů spojených s počátečním transformačním obdobím deinstitucionalizačního procesu.
- **Vytvoření podpůrných mechanismů transformace** na celostátní i regionální úrovni. Je potřeba zajištění informačních, osvětových a vzdělávacích programů cílených na hlavní oblasti stigmatizace osob s duševním onemocněním v očích veřejnosti. Cílená podpora (vzdělávání, rekvalifikace, atd.) pro profesionály stávajících služeb, především zaměstnanců institucionálních služeb, umožňující jim pracovat v nových podmínkách péče.
- **Zajištění pravidelného monitorování procesu transformace** a realizace průběžných potřebných úprav podmínek a konkrétních kroků.
- **Systém průběžného hodnocení kvality péče** pro všechny typy služeb (sociální i zdravotní) tak, aby bylo nezávislé na zřizovateli a obsahovalo všechny komponenty, včetně oblasti lidských práv.

## Literatura:

- WHO-Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005:[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99735/edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99735/edoc07.pdf).
- European Pact for Mental Health and Well-being Brussels, 12-13 June 2008[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf).
- EU Disability Strategy 2010 2020[http://ec.europa.eu/governance/impact/planned\\_ia/docs/139\\_2\\_empl\\_disability\\_strategy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/governance/impact/planned_ia/docs/139_2_empl_disability_strategy_en.pdf).
- Expert Group Report on the Transition from Institutional to Community-based Care<http://www.einclude.eu/en/news/313-expert-group-report-on-the-transition-from-institutional-to-community-based-care>.

## Návrh kroků a priorit pro implementační plán Reformy

Pro Platformu zpracoval Jan Pfeiffer, 12. ledna 2016

*Na základě připomínek Jana Jaroše, Jany Poljakové, Ondřeje Pěče, Filipa Španiela a Milana Jiší upravil Pavel Říčan, 25. 1.2016*

*Jedná se o verzi k další debatě.*

Text je složen ze dvou částí.

V části I. jsem vytáhl, co se dá ze Strategie vyčíst. Povětšinou se jedná přímo o text ve Strategii obsažený, ne tolik o jeho interpretaci. (I.A) V komentáři (I.B) popisují čtyři rizikové scénáře, které by dle toho, jak je, respektive není Strategie koncipována, mohly nastat. V plánovaných krocích je proto zapotřebí právě myslet na to, jak rizikovým scénářům v realizaci konkrétních kroků předejít.

V části II. A uvádím to, co je definováno jako cíle v jednotlivých oblastech ve Strategii a konkrétní akce, tak, jak jsou aktuálně uvedeny na webových stránkách reformy. Akce na webových stránkách jsou podstatně lépe propracovány, než byly původně ve Strategii.

V části II. B- komentáře, uvádím akce, které dle mě chybí.

### **I. Cíle a záměry Strategie reformy péče o duševní zdraví- reformy psychiatrické péče.**

#### **I.A) Shrnutí toho, co se dá v textu strategie najít:**

Důvodem reformy psychiatrické péče je to, že psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny. Je nejspíše nejhorší zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Potýká se s dlouhodobou podfinancovaností. Stávající systém psychiatrické péče má své těžké zázemí v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích. Služby v přirozeném prostředí pacienta existují jen někde v minimální míře. Koordinace jednotlivých složek psychiatrické péče je minimální. Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života duševně nemocných. Kvalita života úzce souvisí s naplněním lidských práv duševně nemocných, proto hlavním motivem Strategie je důraz na uplatnění, prosazování a naplnění lidských práv duševně nemocných. *(Tato práva jsou jasně definována v OSN úmluvě "O právech lidí se zdravotním postižením"* - moje poznámka). Hlavním nástrojem Strategie, jak naplnit tento globální cíl, je restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči i napříč celou společností. Restrukturalizace služeb spočívá ve vytvoření dostatečné kapacity potřebných služeb mimo existující psychiatrické nemocnice (ambulantní a komunitní služby, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, sociální služby) a v realokaci a postupném omezování lůžkových kapacit psychiatrických nemocnic. Nově vzniklá síť péče musí být komplexní. Musí zahrnovat služby zdravotní a sociální, i služby v oblasti bydlení, práce, vzdělávání atd. Síť



služeb musí být provázaná a koordinovaná a zajišťující kontinuitu péče. Jednotlivá zařízení mají mít jasnou spádovou oblast, při zachování možnosti volby klienta, do jakého zařízení půjde. Klientům musí být zajištěn dostatečný výběr léčebných a dalších podpůrných metod a přístupů. Transformace obsahu péče, zavádění nových přístupů, metod a strategií musí zajistit plné respektování práv klientů, jejich maximálně možnou inkluzi dožité společnosti. Musí zajistit plnohodnotné zapojování klientů i rodinných příslušníků do všech podstatných rozhodovacích procesů týkajících se léčby, pomoci a potřebné podpory. V oblasti konkrétních typů služeb se bude jednat o podporu primární zdravotní péče tak, aby její pracovníci byli schopni lépe rozpoznávat a léčit základní duševní poruchy. Musí být zajištěna potřebná spolupráce mezi primární zdravotní péčí a specializovanými psychiatrickými službami. Musí být dobudována potřebná síť všeobecných i specializovaných psychiatrických ambulancí, ambulancí klinických psychologů i rozšířených ambulancí (malý multidisciplinární tým zvláště pro specifické skupiny klientů). V implementaci Strategie se počítá s rozvojem CDZ jako dalšího pilíře služeb, který rozšiřuje stávající péči, komplexně ji doplňuje a přibližuje ji duševně nemocným. Tento typ služeb je primárně zamýšlen pro skupinu klientů spadajících do kategorie SMI, ale ve strategii je uvažováno o podobném typu péče i pro další potřebné skupiny (oblast závislostí, gerontopsychiatrie atd). Pro děti a dorost pak reforma znamená restrukturalizaci současně intramurální péče, vybudování plnohodnotné základní sítě ambulantní péče a vytvoření návazné extramurální péče s provázaností do vzdělávacího systému ČR. Podporován bude i rozvoj nových a inovovaných typů péče, které přímo nesouvisí s rozvojem CDZ. Musí být dobudována síť psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích. Musí být zvýšena kvalita ubytovacích kapacit tak, aby na jednom pokoji byla maximálně dvě lůžka. V rámci spádové oblasti kraje může být potřebná diferenciací (specializací) akutních oddělení všeobecných nemocnic, včetně zajištění kapacit pro léčbu extrémně neklidných (nebezpečných) pacientů. Součástí psychiatrických oddělení mohou být i denní stacionáře. Z dlouhodobější perspektivy v psychiatrických nemocnicích má probíhat jen následná (rehabilitační) péče a ochranné léčení. Akutní péče má být postupně přesouvána do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic. I dlouhodobá péče má být v psychiatrických nemocnicích poskytována jen dočasně. Z dlouhodobější perspektivy má být přesunuta do komunitních či malých rezidenčních zařízení primárně sociálního charakteru. Musí být zvýšena kvalita ubytovacích kapacit tak, aby na jednom pokoji byla maximálně tři lůžka. V oblasti organizace péče a jejího financování musí být definována zodpovědnost jednotlivých rezortů, včetně zodpovědností dalších relevantních subjektů (zdravotní pojišťovny atd.). Musí být definována spolupráce a zároveň dělení zodpovědností mezi národní a regionální (krajskou) úroveň. Musí být zajištěno adekvátní financování procesu transformace a musí být nastaveno dlouhodobě udržitelné financování nově tvořeného systému. Strategie postupu: Rozvoj sítě psychiatrické péče je základním přínosem první etapy reformy (2014–2023). Strategie předpokládá, že nejprve musí vzniknout dostatečná kapacita mimo existující psychiatrické nemocnice (léčebny) včetně vyškolených pracovníků, udržitelného financování a technické infrastruktury. Teprve s ověřením, jak nově nastavený systém péče (nový “pilíř” CDZ) může efektivně fungovat, lze přistoupit k významnějším změnám existujícího systému formou postupného omezování lůžkové kapacity či její realokace. V 1. fázi jsou proto vytvářeny základní podmínky pro spuštění pilotních provozů CDZ a jiných nových a inovovaných typů péče, nastavení pravidel pro jejich financování a vyhodnocování. Dále se oblast zaměřuje na dobudování potřebných kapacit v pilířích psychiatrických nemocničních oddělení. Pro zajištění akceptace nového přístupu (jak profesionály, tak širokou veřejností) budou realizovány vzdělávací a destigmatizační akce. Řízení tvorby a implementace Strategie je po organizační stránce aktuálně v gesci MZ. Stávající Strategie je koncipována jako výchozí krok pro realizaci komplexní reformy péče o duševní zdraví. Ta bude vyžadovat podporu, zapojení a součinnost více aktérů a musí mít záštitu vlády ČR. MZ ČR může být nadále koordinátorem tvorby takto holisticky pojaté reformy péče o duševní zdraví. *Řídící výbor* složený z relevantních náměstků MZ a předsedy odborné společnosti zodpovídá za tvorbu a naplňování Strategie. *Manažer implementace* odpovídá za naplňování implementace Strategie dle závěrů Řídícího výboru. *Garant oblasti* je kompetentní a nezávislý moderátor, plní roli vedoucího týmu v jednotlivých z 8 oblastí implementace. K jednotlivým oblastem existují pracovní skupiny. *Manažer technické pomoci* má na starosti koordinaci technické podpory pro pracovní skupiny v jednotlivých oblastech. *Manažer pro monitoring a vyhodnocování* má na starosti monitorování a vyhodnocování postupu prací za pomoci indikátorů a metodik. *Pracovní skupina Strategie reformy psychiatrické péče* zahrnuje zástupce MZ ČR, odborné společnosti a další zainteresované aktéry, odpovídá za monitorování tvorby a

implementace strategie. *Odbor evropských fondů (EF) MZ* odpovídá za správnou alokaci zdrojů ze SF a kontrolu jejich hospodárného využití.

## I.B: Komentář:

V textu koncepce je uvedeno, že hlavním záměrem je transformace sítě ve smyslu budování komunitních služeb (CDZ a další inovativní služby), dobudování psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích a redukce kapacit psychiatrických nemocnic. Z psychiatrických nemocnic mají mizet akutní lůžka (i když formálně v nich doposud neexistují), respektive přesouvat se do všeobecných nemocnic. Akutní lůžka mají být v psychiatrických nemocnicích případně zachována jen pro okolní region (60 minut veřejnou dopravou). O jak velkou spádovou oblast se jedná a kolik to je lůžek, je ve hvězdách. Dlouhodobá péče má v psychiatrických nemocnicích být dočasně. Tedy perspektivně v psychiatrických nemocnicích zůstává následná a specializovaná péče. Je řečeno, že psychiatrické nemocnice mohou budovat komunitní zařízení, ale není jasné, jestli v rámci svých areálů, či za využití svých personálních a finančních kapacit, avšak mimo své areály. Je definován charakter ubytovacích podmínek, 3 lůžka na pokoji pro následnou a specializovanou péči, 2 lůžka na pokoji pro akutní péči. U CDZ je definovaná spádová oblast, u lůžkových služeb je “spád” definován časovou dostupností, u ambulantní péče žádný spád definován není, ani časová dostupnost. Pro funkci sítě je sice časová dostupnost nějakým údajem, ale má tak široký výklad, že pro plánování moc relevantní není.

Vlastní proces změny předpokládá, že ke změně kapacit psychiatrických nemocnic bude přistoupeno po ověření, jak nově zaváděný systém může efektivně fungovat. Z textu se dá vyrozumět, že se předpokládá, že stávající systém (kapacity v psychiatrických nemocnicích) zůstane intaktní, dokud se nevybuduje systém nový. Vzhledem k jisté vágnosti definování vlastního procesu transformace existují v zásadě 4 rizikové scénáře:

1) Větší investice do psychiatrických nemocnic: Je jisté, že určité investice na udržení chodu psychiatrických nemocnic do doby, než budou vytvořeny alternativní služby, jsou nutné. Avšak větší investice do psychiatrických nemocnic jsou kontraproduktivní. Tak zvaná “humanizace psychiatrických nemocnic”, kterou je povětšinou myšlena jen úprava budov, sice zlepšit kvalitu prostředí, ale v zásadě nezmění “institucionální” charakter péče. Dojde k odčerpávání prostředků, které by bylo potřeba na jiný typ investic (například síť malých rezidenčních zařízení- chráněného bydlení pro klienty s dlouhodobým pobytem v psychiatrických nemocnicích či domovech se zvláštním režimem). Investice prodlouží délku funkce psychiatrických nemocnic (některé investice s sebou nesou i povinnost udržovat funkci zařízení, do kterého bylo investováno po řadu let), namísto náhrady jinými, adekvátnějšími formami péče. Koncentrace na “vylepšení podmínek” v psychiatrických nemocnicích bude odvádět pozornost od skutečné změny systému. Využívání budov a případné investice by se měly odvíjet od realistického transformačního plánu. Je důležité definovat, že areály psychiatrických nemocnic by dlouhodobě neměly sloužit žádnému typu péče. Je asi dobré mít nějaké programy více méně mimo zdravotní a sociální služby, které by se do budov “léčeben” mohly umístit. Klidně se v řadě případů může jednat o přestavění areálů na bydlení pro běžnou populaci atd. Pro reprofilizaci budov stávajících léčeben na jiný účel je možno využít Strukturální fondy.

2) Rozvoj komunitních služeb bez toho, aniž by paralelně a plánovaně docházelo k redukci, respektive přesunu kapacit z psychiatrických nemocnic: Zdá se, že tento model je právě tím, který je explicitně ve Strategii zamýšlen. Nové služby potřebují nové pracovníky (CDZ 100 respektive 200 psychiatrů). Ty je těžko najít “na ulici”. Největší kapacity pracovníků jsou vázány právě v psychiatrických nemocnicích a je tedy cíleně potřeba pracovat s jejich přesunem do nových služeb. Čím déle budou existovat dva paralelní systémy, tím budou celkové náklady větší a hrozí riziko, že pro nedostatek prostředků se reforma zastaví, nebo v podstatě ani nespustí. Představa, že kapacity psychiatrických nemocnic se budou “samovolně” redukovat, platí jen do určité míry.

3) Redukce kapacit psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic/psychiatrických nemocnicích bez vytváření potřebných alternativních, komunitních služeb: V podstatě tento proces už probíhá. Dochází k redukci kapacit v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, jelikož jejich provozování ve stávajícím systému úhrad je ztrátové a nemocnice na jejich chod musí doplácet z toho, co vydělají jinými odděleními. Dochází i k redukci kapacit v psychiatrických nemocnicích vždy poté, co se nějaký pavilon renovuje. V některých nemocnicích došlo k propouštění dlouhodobě hospitalizovaných, aniž by pro ně byl vytvořen dostatečný program v komunitě. Součástí tohoto scénáře je i to, že sice mohou vznikat nové služby, ale nebudou cíleně orientovány na rizikové skupiny, nýbrž na “méně závažnou” klientelu. Důsledkem tohoto scénáře je pak něco, co je možno nazvat jako “Žďárský scénář”. Součástí scénáře je i to, že alternativní služby budou vytvářeny jen pro určitou skupinu klientů (třeba jen pro SMI) a ne všechny skupiny klientů, kteří se aktuálně dostávají do psychiatrických léčeben.

4) Vznik “nových komunitních služeb” bez změny obsahu péče : Jedná se o situaci, kdy by docházelo k přejmenování stávajících služeb tak, aby se jevílo, že se jedná o novou službu, přitom by v podstatě vše zůstalo, jak je. Z části psychiatrických nemocnic by se stalo chráněné bydlení, komunitní centra, akutní lůžka, stacionáře atd. Může dojít i k tomu, že se sice změní místo, kde je služba poskytována, ale bude poskytována klasickým paternalistickým a dominantně medicinským způsobem. Mohou vznikat chráněná bydlení (většinou je tendence je v prvním kole budovat v areálu léčeben či blízko nich), ale ta, bez změny přístupu, se stanou mini institucemi.

Tedy je zapotřebí dříve než později jasně definovat, že stávající areály psychiatrických nemocnic z dlouhodobější perspektivy prostě nejsou vhodným místem poskytování služeb. Je potřeba definovat jasnou vizi-výhledový stav s realistickým časovým scénářem a jasnými indikátory, jak poznáme, že jdeme správným směrem a ne směrem rizikových scénářů.

## II. Plán realizace aktivit

### 1. Tvorba standardů a metodik:

#### 1.A: Co je obsaženo v textu reformy

Dříve, než budou spouštěny jednotlivé realizační projekty, musí dojít k zajištění dostatečné datové a znalostní základny. Musí vzniknout sada základních standardů a metodik, které povedou k efektivnímu měření a řízení budoucích transformačních aktivit (projektů). Výsledky měření a řízení budou i po ukončení implementace Strategie budou využívány jako vstup pro další zlepšování psychiatrické péče a identifikaci problémových oblastí. Výsledky budou využívány odbornou i laickou veřejností a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Na webu reformy je následující:

- a. Vytvořit standardy jednotlivých pilířů psychiatrické péče v ČR a metodiky nutné k vyhodnocování implementace Strategie reformy psychiatrické péče.
- b. Akreditační standard Center duševního zdraví
- c. Standard akutních psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic
- d. Standard psychiatrické ambulantní péče (prosté a rozšířené)
- e. Standard následné a dlouhodobé péče (psychiatrické nemocnice)
- f. Metodika měření kvality života duševně nemocných (WHO, NÚDZ)
- g. Metodika vyhodnocování destigmatizačních programů a aktivit (včetně programů primární a sekundární prevence)
- h. Metodika pro měření cost-efektivity intervencí (projekt Ekonomika duševního zdraví, aj.)

## 1.B: Komentář:

- a) *Standard kvality služeb:* Klíčový standard, pokud se má měnit obsah, nejen forma. V inovovaném plánu kroků se mluví o nutnosti "vytvořit standardy humánní kvalitní péče", což se má zajistit v standardech jednotlivých typů služeb. Logiku má vytvořit jeden standard kvality péče. Ten by měl vycházet z Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením a další relevantní a pro ČR závazné, lidsko-právní dokumenty. Uvažoval jsem, že by byl zapotřebí standard o zapojování klientů do rozhodovacích procesů, ale to by asi bylo lépe ošetřit standardem kvality služeb jako takovým.
- b) *Standardy "CDZ" pro další skupiny krom SMI:* Je zapotřebí, aby skupina SMI byla speciálně ošetřena. Nicméně aktuálně vznikl jakýsi konsensus či povědomí, že forma služby CDZ je jen pro SMI. Přitom další klientské skupiny taktéž potřebují péči "multidisciplinárních týmů". Umím si představit multidisciplinární tým pro závislosti, pedopsychiatrii, gerontopsychiatrii. Aktuálně se jeví, že péče o tyto skupiny by měla být ošetřena systémem "rozšířených ambulancí". V současnosti není jasné, nakolik má rozšířená ambulance fungovat jako multidisciplinární tým, včetně regionální odpovědnosti. Rozšířené ambulance by mohly být přínosné pro cílové skupiny s nižší mírou potřeb, nabízet široce dostupnou psychoterapii. Cílové skupiny s komplexnější potřebou podpory a pomoci měly mít (musí mít) taktéž k dispozici "multidisciplinární týmy" s podobnými funkcemi jako je v současném standardu CDZ. Jinak nelze očekávat, že dojde ke významnému snížení lůžkové kapacity, psychiatrických nemocnic. Tedy aktuální standard CDZ je vymezený pro širší skupinu SMI. Potřebujeme uplatnit a definovat podobný princip multidisciplinární spolupráce i pro ostatní skupiny. V podstatě toto z textu Strategie také vyplývá. *Standard "Rehabilitačního týmu":* V procesu transformace léčeben ve většině zemí vznikaly pro určitou dobu speciální "rehab týmy", složené ze zaměstnanců léčeben. Jejich posláním bylo vytáhnout chronické pacienty z léčeben do komunity. Budovaly různé typy chráněného bydlení atd. Po určitém čase se tyto týmy integrovaly do komunitních týmů, AOT (název pro asertivní týmy ve Velké Británii) či jiných. Nebo do týmů orientovaných spíše na sociální služby. Týmy do budoucna mohou provozovat typy bydlení pro opravdu náročné, "chronické" klienty. (kooperativ v případě Itálie). V poslání CDZ pro SMI je i práce s chronickými pacienty, ale spíše by se asi měly zaměřovat na prevenci chronifikace atd. Ve standardu CDZ je možné přidat takový standard „rehab týmu“ nebo je možné tento princip využít při vytvoření transformačních plánů psychiatrických nemocnic. *Metodika tvorby plánu komplexní, regionální sítě služeb pro "duševní zdraví":* Ve strategii je konstatováno, že v prvním kroku se jedná o reformu zdravotnických služeb, a že cílem je vytvořit širěji koncipovaný program, dokument, který by byl nadřezorní. Nicméně i bez takového dokumentu Strategie dává prostor myslet širěji. Je logické uvažovat o síti služeb v rámci kraje a bude zapotřebí, aby si kraje vytvářely regionální "plán transformace". Jak to dělat, co by v tom mělo být obsaženo, by mělo být předmětem metodiky a ta by se měla vytvářet v úzké součinnosti s MPSV (a asi i zdravotních pojišťoven).
- c) *Metodika transformačního plánu psychiatrických nemocnic:* Jak zmiňováno výše, Strategie nakonec poměrně jasně mluví o "přesunu, restrukturalizaci a redukcii" kapacit v psychiatrických nemocnicích. I v inovované verzi kroků v oblasti Síť je: "Optimalizace sítě psychiatrických nemocnic – postupná transformace psychiatrických nemocnic by měla vést k rozvoji ostatních pilířů → TRANSFORMACE KAPACIT". I co a jak v psychiatrických nemocnicích opravovat, udržovat, investovat, se musí odvíjet od nějaké formy vize do budoucna. Taková vize je důležitým podkladem pro plánování krajské sítě a naopak (vize krajské sítě by měla být jedním z podkladů při tvoření vize budoucího vývoje v psychiatrických nemocnicích). O čem by to mělo být, jak na to atd. by mělo být v metodice. Je potřeba předejít situaci, kdy si každá psychiatrická nemocnice udělá "nějaký plán", nebo se tento plán omezí na rekonstrukční aktivity.
- d) *Metodika (standard) funkce sítě služeb:* Fragmentace a nekoordinovanost služeb jsou ve Strategii zmiňovány jako jeden ze současných hlavních problémů. Plánované standardy služeb sledují logiku "pilířů", ale chybí koncept, jak to má všechno být společně dohromady propojeno, aby se vytvořila funkční, regionální síť služeb - tedy něco jako standard či metodika funkce sítě služeb. I v rámci standardů je potřeba ohlídat, aby ve všech byla kapitola "navaznost na další služby", aby byly definovány spádové oblasti (u lůžkových zařízení jsou zatím definovány časovou dostupností veřejnou dopravou, což je dost o ničem, dostupnost akutní lůžkové psychiatrické péče je nařízením vlády z r.2012 definována 120 km). Ale jak definovat spádové oblasti, zavést funkci gate keepingu, jak mají jednotlivé "pilíře" navzájem spolupracovat atd., by mělo být ošetřeno extra.



- e) *Standardy služeb pro “chronické pacienty” mimo zdravotní služby:* Nejsou nijak zmiňované standardy služeb “nezdavotnických”. Přitom dlouhodobá péče v PN (ale i v domovech se zvláštním režimem) by měla být plně nahrazena jinou, spíše sociální malokapacitní službou pobytového charakteru- chráněné bydlení. Takové služby by měly mít větší možnost zapojení zdravotnického personálu a být součástí výsledné sítě služeb *Standard (standardního- sdíleného) hodnocení potřeb klientů:* Je potřeba zajistit kontinuitu péče a jednotnější pohled na to, co je pro klienta zapotřebí. A to jak v rámci zdravotnických služeb, tak napříč zdravotními a sociálními službami. Zdravotnický systém pro to v podstatě používá klasifikaci nemocí, ale s těmi se v sociálních službách nepracuje. Něco jako CANSAS? (zkrácená verze CAN).

## 2. Rozvoj sítě psychiatrické péče:

### 2.A: Co je obsaženo v textu reformy

Cílem je vznik dostatečné kapacity potřebných služeb mimo existující psychiatrické nemocnice (ambulantní a komunitní služby, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, sociální služby) a realokace a postupné omezování lůžkových kapacit psychiatrických nemocnic. Ke změně kapacit psychiatrických nemocnic bude přistoupeno po ověření, jak nově zaváděný systém může efektivně fungovat.

Pro naplnění tohoto cíle budou vytvořeny základní podmínky pro spuštění pilotních provozů CDZ a jiných nových a inovovaných typů péče. Budou vytvořena pravidla pro jejich financování a vyhodnocování. Před budováním celorepublikové sítě CDZ a dalších inovovaných typů péče bude na vybraných místech (která budou zvolena na základě výběrových řízení) probíhat pilotní provozy po dobu dvou let. Průběžně bude probíhat detailní analýza všech oblastí fungování těchto nově zaváděných služeb. Před zahájením budování celorepublikové sítě budou identifikovány a realizovány případné potřebné změny v nastavení jejich fungování.

Bude zmapována potřeba akutních lůžkových kapacit. Bude vypracován rozpočet pro realizaci dobudování sítě psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích a bude vytvořen harmonogram implementace. Na webu reformy je následující:

- Systémové a dlouhodobě udržitelné ukotvení tzv. Center duševního zdraví
- Rozvoj sítě akutních oddělení všeobecných nemocnic (nyní 29 z cca 200 všeobecných nemocnic, cílový stav cca dvojnásobek, s ohledem na regionální potřebnost)
- Rozvoj sítě ambulantních psychiatrů
- Optimalizace sítě psychiatrických nemocnic – postupná transformace psychiatrických nemocnic by měla vést k rozvoji ostatních pilířů → TRANSFORMACE KAPACIT

### 2.B: Komentář:

Vzhledem k tomu, že hlavním záměrem reformy je transformace sítě služeb, oblast Sítí by měla být asi “hlavní” a v podstatě by měla do značné míry “zadávat” úlohy pro další skupiny. Tato oblast se dost prolíná s částí Standardy a s částí Financování. Ale nejdříve by se mělo pro tyto další pracovní skupiny ve skupině “Sítí služeb” vypracovat jasné zadání.

- a) *Definice indikátorů úspěšnosti transformace:* Sice jsou v Strategii nějaké indikátory, ale hodně obecné. Je potřeba mít jasno, jak poznáme, že opravdu transformujeme a transformujeme dobře (což samozřejmě souvisí s tím, aby bylo jasno, co transformací myslíme).
- b) *Definice podmínek pilotních projektů CDZ:* Strategie počítá se spuštěním pilotních CDZ (3 či více). MZ již o tom vyjednává s kraji. Asi by mělo být definováno, co by vybraná místa měla splňovat (podmínky “výběrového řízení”). I jasné definovat, co, kdo a jakou procedurou bude “hodnotit”. Jak bude definována úspěšnost/neúspěšnost atd.



- c) *Pracovní "platforma" všech potencionálních míst- zřizovatelů CDZ:* Fokus již organizoval setkání některých potencionálních "CDZ". Jedná se cca o 30-40 týmů či míst. Na setkání byla vygenerována řada témat, na kterých je potřeba pracovat. Je smysluplné pokračovat, napojit se na procesy na MZ. Nečekat jen na výsledky z "pilotních" míst.
- d) *Definice typů služeb:* Řada věcí, které patří do této kapitoly, je uvedena v kapitole Standardy. Ale nejdříve je potřeba síť vidět jako celek, až pak pracovat na standardech. Definovat jaký typ služeb má být pro další "potřebné skupiny" krom SMI. Otevřít téma dlouhodobé péče (je definováno, že v psychiatrických nemocnicích má být jen dočasně), jejího přesunu do "komunitní péče", včetně tématu přechodných "rehab týmů". Definovat, kde jsou hranice mezi rozšířenou ambulancí a multidisciplinárním týmem. Potřeba otevřít téma "duševní zdraví v primární péči". Studie ukazují, že nejde tak o to trénovat obvodní lékaře v tom, aby byli "malými psychiatry", ale jak funkčně primární péči ze strany specializovaných služeb propojovat a spolupracovat s ní. Standardy 3 služeb už byly vypracovány a nyní běží připomínkové řízení na MZ. Problém opravdu byl, že byly vytvářeny izolovaně, bez vazby na celek sítě a vzájemnou provázanost. Standardy bude potřeba doplnit poté, co bude definován celek sítě.
- e) *Definice optimální funkce sítě služeb:* Krom typů služeb je potřeba otevřít téma regionální odpovědnosti služeb, krajské sítě, filtrů do vstupu mezi primárními, sekundárními a terciálními službami (od obvodníka po psychiatrické nemocnice)- tedy gate keeping. Potřeba definovat, jak se síť má chovat. Jestli se má soustředit na produkci výkonů, nebo kvalitu. Jestli jde o hlídání obloženosti atd. Pak hledat ve finanční skupině nástroje jaká forma financování je nejlepší k stimulaci potřebného "chování" jednotlivých složek a sítě jako celku.
- f) *Popis a analýza funkce stávající sítě:* Chybí dobré informace o tom, jak síť napříč ČR nyní funguje, kde jsou díry, proč se odněkud více, odněkud méně lidé dostávají do psychiatrických nemocnic. Jaký typ klientů v jednotlivých psychiatrických nemocnicích je atd. Něco se dá vytáhat s existujícími statistikami, něco ne. Je nejprve potřeba si udělat jasno, co potřebujeme vědět, a pak teprve případně zadat "analýzu". Z dokumentu "Pasportizace psychiatrických služeb (myslím, že stálo poměrně dost peněz)" se dá něco vytáhat, ale hodně toho tam chybí.
- g) *Definice optimální sítě služeb:* Potřeba definovat zhruba kde a jaké služby a v jakém časovém horizontu mají vznikat, fungovat, transformovat se. Jako podklad by měla být „evidence based“. Například je dost podkladů, které jasně říkají, že "rehabilitace" v ústavních podmínkách je neefektivní atd. Jako důležité se jeví do této sítě zahrnout i sociální bydlení a odlehčovací služby, které umožní jiná řešení než hospitalizace nebo domov se zvláštním režimem v případě dlouhodobě nepříznivého stavu.
- h) *Definice "rizikových scénářů" a optimálního scénáře transformace (jak neprodukovat rizikové scénáře):* Scénáře transformace, tak jak jsou uvedeny jako jeden z podkladových materiálů, se dají s jistou úpravou použít jako podklad pro úvahu, jak se má síť transformovat. Ze strategie se dá vyčíst, že je očekávání, že nové služby povedou automaticky k redukci kapacit v psychiatrických nemocnicích. Předpokládá se, že nové služby (po ukončení toku peněz ze Strukturálních fondů) budou financovány z navýšení plateb ze zdravotního pojištění. Optimální scénář je "paralelní", tedy se vznikem nových kapacit cíleně a plánovitě "redukovat kapacity" psychiatrických nemocnic. Kapacity psychiatrických nemocnic přímo a plánovitě využívat na tvorbu komunitních služeb (akutních oddělení nemocnic).
- i) *Transformační plány psychiatrických nemocnic:* Pokud bude jasný scénář transformace, pak se dá konkrétněji definovat, jak se mají transformovat psychiatrické nemocnice, respektive jakou roli v procesu mají hrát (aktivně budovat služby v komunitě nebo pasivně čekat a "humanizovat" atd). Dle toho vypracovat jejich individuální transformační plány (vytvořit podklady pro metodiku a metodiku vlastní). Případně, jako podklad pro politické rozhodování s variantními scénáři. 1. "Humanizovat" a udržovat celou psychiatrickou nemocnici dlouhodobě v chodu. 2. "Humanizovat" a udržovat jen část. 3. Zavřít poměrně rychle celou a potřebné služby "psychiatrické nemocnice" vytvořit jinde (ochranné léčení,

následná péče atd). Pak se dá kalkulovat, jaký scénář by kolik stál. Lze navázat na scénáře uvedené v Mapování stavu psychiatrické péče, 2012.

- j) *Nové zadání ze strany zřizovatele pro management psychiatrických nemocnic (statut)?*: Pokud bude shoda, že psychiatrické nemocnice jsou aktivním hráčem v procesu (a moc jinak to být nemůže), pak je zapotřebí od zřizovatele(MZ) jasný mandát a zadání.
- k) *Transformační krajské plány a „všeobecný národní transformační plán“*: Konkretizace “optimální sítě služeb” na konkrétní podmínky toho kterého kraje. Jistě je optimální, aby takové plány vznikly procesem komunitního plánování, ale je možné jakési obrysové plány vytvořit i rychleji, jako předstupeň pozdějších krajských plánů. Finálně vytvořit jakýsi “všeobecný” plán transformace, i s celkovou kalkulací odhadu investic, potřebného počtu personálu, “transformačních provozních nákladů” atd.

### 3: Humanizace psychiatrické péče:

#### 3.A: Co je obsaženo v textu reformy

Obsahem humanizace je rozvoj alternativ lůžkové péče (komunitní péče) a její provázanost s péčí lůžkovou. Součástí humanizace je i zajistit zvýšení úrovně respektování lidských práv a zlepšení estetiky prostředí technického, pracovního i logistického zázemí v lůžkových zařízeních (psychiatrické nemocnice, všeobecné nemocnice). Pro zajištění tohoto cíle bude analyzován současný stav humanizace psychiatrické péče a vytvořeny potřebné standardy a metodiky (včetně “Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče -SKVP). Na webu reformy je uvedeno následující:

Je nutno vytvořit standardy humánní kvalitní péče:

- V psychiatrických nemocnicích
- V akutních lůžkových odděleních ve všeobecných nemocnicích
- V CDZ
- V ostatních ambulantních složkách

Tyto standardy musí obsahovat komplexní pojetí humánní péče, ne redukované jen na materiálně technické vybavení (vztah zdravotnických i nezdravotnických pracovníků k pacientům/klientům, dostatek péče, terapeutické aktivity, přístup k léčbě, možnost výběru léčby, adekvátní personální vybavení kompetentními pracovníky, respektování důstojnosti v nejtěžší krizi, standardní prostředí).

#### 3.B: Komentář:

- a) *Definovat parametry kvality péče (kvantitativní a kvalitativní parametry)*: V textu Strategie je jasně definováno, že nový systém musí chránit a podporovat naplnění práv. V plánu kroků je rámcově uvedeno viz výše, co se myslí “humánní kvalita péče”: vztah zdravotnických i nezdravotnických pracovníků k pacientům/klientům, dostatek péče, terapeutické aktivity atd. Mělo by jít o jeden standard-vztažený k jednotlivým službám viz oblast standardy. Jako podklad by měla být použita lidskoprávní analýza závazných dokumentů (OSN, Rada Evropy atd).
- b) *Definování forem a metod kontroly kvality*: Mělo by být definováno, kdo je zodpovědný za kontrolu kvality péče a jak se bude taková kontrola(objektivně a nezávisle) provádět. Měla by být definována role uživatelů péče v kontrole kvality.
- c) *Kalkulace “humanizace”*: Ve Strategii je humanizace spojena s investicemi do psychiatrických nemocnic. Je plánováno vytvořit standard “Standardní klasifikace vybudovaného prostředí...” V rámci transformačních

plánů psychiatrických nemocnic by se měla provést kalkulace nákladů na “humanizaci“, porovnání scénářů “humanizece” verzus “transfromace” ( viz síť).

#### 4: Destigmatizace a komunikace:

##### 4.A: Co je obsaženo v textu reformy

Informovat odbornou veřejnost, uživatele péče a veřejnost o cílech reformy a postupu implementace změn v poskytování psychiatrické péče v ČR. Zajistit pozitivní změnu myšlení, akceptaci změn účastníky systému péče, jejich okolí a obecné veřejnosti. Pro naplnění tohoto cíle bude vytvořena, na základě analýzy efektivity komunikačních a destigmatizačních kampaní, komunikační strategie (komu, co, jak a kdy- jak často atd sdělovat). Účinnost a úspěšnost těchto programů bude testována v oblastech pilotních provozů CDZ a následně realizována celonárodně.

Na webu reformy jsou uvedeny cíle tyto:

- Vytvoření parametrů komunikační strategie reformy psychiatrické péče,
- Získání podpory klíčových osob pro úspěšnou reformu psychiatrické péče,
- Vytvoření parametrů destigmatizačních programů, včetně primární a sekundární prevence (které povedou k pozitivní změně majoritní společnosti)
- Změny je třeba změřit (měření míry stigmatizace nyní, v průběhu a po ukončení tranzitní fáze reformy)

##### Destigmatizační aktivity:

- průzkum názorů společnosti
- posuzování stigmatizace v médiích (novinářská cena)
- stigma, selfstigma (Selfstigma – sebevnímání, ústí v nepožádání o léčbu, v obavu z léčby)
- stigma – připsané – stereotypy, mýty – cílit na skupiny, které podporují a tvoří stigma
- vytipovat klíčové mýty dle zahraniční literatury
- komunikační stereotypy
- mezinárodní zkušenosti (NÚDZ) – adaptovat účinné programy
- destigmatizace cílit od mladších, cílit na školy, práce s dětmi obecně
- stigma na pracovišti – diskriminace diagnózou

##### Komunikační aktivity:

- Podpora ambasadorů reformy
- Lepší nastavení spolupráce s MPSV
- Šíření dobré praxe
- Nutné komunikovat reformu jako celek, ne pouze vytrženě redukovat reformu jako vznik CDZ
- Pravidelná konzistentní komunikace – newslettery, web, atd.

##### Cílové skupiny:

- Kraje (radní, vedoucí zainteresovaných odborů)
- Sdružení
- Nemocnice
- NNO (nestátní neziskové organizace)
- Politická reprezentace (semináře v Poslanecké sněmovně a Senátu PČR)
- Ostatní resorty
- Média
- Školy
- Obecná veřejnost (TV, tisk)

#### 4.B: Komentář:

Komunikační strategie má v podstatě dva cíle, i když jsou propojeny a hranice mezi nimi jsou volné, má smysl při plánování akcí vidět tyto dva cíle odděleně. Cíl 1. má časovou prioritu. 1) Získat co největší připravenost a vstřícnost k reformě jako takové 2) Měnit stigmatizující, diskriminační postoje a praktiky. Poměrně dost, ale zatím dost obecně uvedeno v plánovaných akcích. Tedy není moc co dodávat. Závisí na tom, jak se to konkrétně bude dělat. Destigmatizační aktivity mají zásadní význam pro zlepšení přijímání lidí s duševním onemocněním veřejností i profesionály. Snad jen pár poznámek:

- a) *Definovat, co se bude komunikovat:* Vzhledem k vágnosti "Strategie" existuje mnoho výkladů, o čem Strategie je. Je možno narazit na mnohé představy: je jen pro "chroniky", není o redukci - proměně kapacit psychiatrických nemocnic- léčeben, není pro závislosti atd. Tedy je klíčové mít jasnou formulaci, co je a co není reforma, respektive transformace atd.
- b) *Vytvořit a realizovat rychlou a jasnou komunikační strategii pro klíčové hráče systému, o čem je "reforma":* Je plánována dlouhodobá komunikační strategie. Aktuálně je ale zapotřebí, po definování, co Strategie je a není, zřetelně komunikovat s klienty, rodinnými příslušníky, všemi segmenty služeb, kraji atd. V této strategii je potřeba ošetřit hlavní obavy a úzkosti - přijdeme o práci, nový systém nám vezme klienty atd.
- c) *Destigmatizace deinstitucionalizace:* Dost souvisí s výše uvedeným. O procesech ve světě a deinstitucionalizaci jako takové existuje v ČR více předsudků polopravd než reálných znalostí. Bylo zapotřebí nějakého srozumitelného materiálu o procesech a modelech péče ve světě. Materiál, který vypracoval NÚDZ, to splňuje jen částečně. Dálpotřeba konference, semináře, malý vzdělávací modul atd. Objekt všechny psychiatrické nemocnice s nějakým jednodenním vzdělávacím modulem. Jednou z cílových skupin jsou asi zaměstnanci psychiatrických nemocnic, hlavně mladí pracovníci. (viz vzdělávání)
- d) *Nastavení funkční (transparentní, objektivní, otevřené) vzájemné komunikace všech relevantních subjektů:* Jasná komunikace a sdílení informací je základ úspěšnosti procesu. Zatím je to více o tom, kdo si sežene jaký kontakt na MZ, či další mocenské struktury. Jednotlivé skupiny komunikují uvnitř sebe, ne tak moc navzájem. Měl by dobře fungovat WEB Reforma a to oboustranně. Využít víc web Reforma jako opravdové diskuzní forum? Technicky je to jistě možné, nikdo moc z nás to nedělá (je tam 14 příspěvků, ne tak zcela k věci). Platforma by měla mít svůj dobře fungující web a vytvořit vzájemný link web reforma- web platforma a případně další relevantní weby.
- e) *Nastavení komunikace v rámci "pracovních skupin".* V původním textu reformy je zamýšleno pro jednotlivé oblasti mít "garanta"(kompetentní a nezávislý moderátor, plnicí roli vedoucího týmu v jednotlivých oblastech implementace Strategie). Na webu reformy jsou uvedeni gestoři, pracovníci MZ. Témata jednotlivých skupin jsou propojena. Je potřeba meziskupinově dobře komunikovat, nejen na manažerské úrovni, ale i obsahové, odborné. Tedy byla by potřeba nějaká struktura propojování něco jako expertní tým z reprezentantů jednotlivých skupin.
- f) *Komunikace se světem:* Sestavení Externí expertní, podpůrné skupiny (WHO, DG Sante atd) a její funkční napojení na procesy na MZ.
- g) *Destigmatizace má význam i samostatně, nejen jako podpora hladkého průběhu reformy.* Je potřeba identifikovat účinné programy, ty zavádět. Hodnotit účinnost. Pracovat s pojetím stigmatu cíleně na třech úrovních: informace, postoje, chování. Brát vážně stigmatizaci ze strany profesionálů. Důležité je zapojit profesionály z médií. Otázka nakolik vytvářet novou celonárodní kampaň a nakolik propojit stávající programy (Čistá duše, Stopstigma, Nevypusť duši..). V rámci aktivit maximálně zapojovat lidi s vlastní zkušeností – peer lektoři na VŠ, Blázníš no a? a další.

## 5:Vzdělávání a výzkum:

### 5.A: Co je uvedeno v textu Strategie:

Vypracování osnov, zajištění dostatečné vzdělávací kapacity a zavedení vzdělávání v oblasti moderní péče s důrazem na nové formy a obsahy, včetně moderních forem komunitní péče. Pro oblast všeobecné psychiatrie, tak i dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, adiktologii, poruchy příjmu potravy, sexuologii. Dále i pro klienty i rodinné příslušníky, nezdravotnické pracovníky, vybrané složky veřejného života, včetně samosprávy. Na webu jsou následující kroky:

- Sladit vzdělávání s potřebami reformy psychiatrické péče
- Pregraduální vzdělávání (lékařů, psychologů)
- Postgraduální vzdělávání (lékařů, psychologů)
  - Celoživotní (lékařů, psychologů)
- Nelékařských profesí
  - Vzdělávání vzdělavatelů
  - Vzdělávání poskytovatelů péče
  - Vzdělávání navazujících profesí
  - Vzdělávání ostatních složek veřejného života (soudci, státní zástupci, integrovaný záchranný systém, atd.)

### Rozpad jednotlivých oblastí:

- Pregraduální vzdělávání v gesci fakult:

Můžeme dát doporučení, jaký kompetenční profil mají mít absolventi

- Psychiatrické sestry – vzdělávání:

Certifikovaný kurz pro rekvalifikaci sester z lůžkových zařízení na práci v komunitní péči, měl by být akreditován, následné vzdělávání pro psychiatrické sestry – mohlo by být uhrazeno z rozpočtů EF.

Aktuální problém: nedostatek psychiatrických sester, málo vzdělavatelů (pouze Brno, Havlíčkův Brod, nově Psychiatrická klinika VFN v Praze).

Specializační vzdělávání, vložit modul komunitní péče – na to by se poté akreditovala další zařízení.

- Vzdělávání praktických lékařů – PS ČLS JEP spolupracuje se Svazem všeobecných lékařů, připravují se standardy, nutná je i systematičnost, povinnost se v této rovině vzdělávat.
- Vzdělávání psychiatrů v rámci atestačního vzdělávání i v komunitní péči
- Lékaři – zvýšit atraktivitu povolání v oboru psychiatrie
- Vzdělávání navazujících profesí – policie, soudy, politici, novináři, úředníci ve státní správě, učitelé
- Peer lektoři

Kompetenční profil jednotlivých pracovníků – lze dohledat a využít kostru z mezinárodních zkušeností (NÚDZ)

### Výzkum:

- Výzkumné projekty – Kvalita života, míra stigmatu, EKODUZ a další
- Musí být i ekonomické výstupy výzkumy v oblasti sociální i zdravotní
- Měření efektivity destigmatizačních kampaní
- NÚDZ (Národní ústav duševního zdraví: klíčová role – zajištění podkladů, měření, vyhodnocování)
- TAČR- mapuje veškeré strategie v jednotlivých resortech a z nich v budoucnu odvodí nároky na výzkum v ČR

### Úkoly:

- Analýza současných kurikul a předložení návrhu změny ve výše definovaných oblastech (PS ČLS JEP, NÚDZ)
- Určení nutných oblastí výzkumu v oblasti duševního zdraví (v souladu se Strategií, NÚDZ)

### 5.B: Komentář:

Poměrně dost rozpracováno a bude záviset na konkrétním provedení. Bude záviset na tom, jak bude definován obsah, co znamená vzdělávání v komunitní péči. V cílových skupinách nejsou uvedeni sociální pracovníci, pokud nejsou zahrnuti pod nezdravotnické pracovníky. Mezi vzdělávané profese je zapotřebí explicitně uvést sociální pra-



covníky, a to specializační (postgraduální) vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti duševního zdraví. Je tomu tak proto, aby mohli být rovnocenní s ostatními obory, které obdobné specializační vzdělávání již mají (psychiatri, psychiatrická sestra, klinický psycholog).

Další poznámky::

a) *Vzdělávání napříč jednotlivými skupinami*: Vedle vzdělávání jednotlivých profesí je zapotřebí vzdělávání napříč profesemi. Hlavně v tématech multidisciplinarity, týmové spolupráce atd.

b) *Vzdělávání v "horkých tématech"*: Vedle dlouhodobého záměru je asi zapotřebí i "rychlých vzdělávacích programů" či kurzů zaměřených na pochopení potřebných klíčových změn a nové přístupy a znalosti, které jsou zásadní k úspěšnému zavádění CDZ.

c) *Výzkumné - analytické materiály*: Řada, co je potřeba, je uvedena hlavně v komentáři k síti. Je potřeba mít dobře popsáný stav současné sítě, hlavně se jedná o analýzu klientů psychiatrických nemocnic. Je potřeba uplatnit evidence based přístupy. Zpracovat analýzu modelů transformačních procesů a modelů financování.

## 6: Legislativní změny:

### 6.A: Co je ve Strategii:

Na základně analýzy stávající legislativy vypracovat plán potřebných legislativních změn a plán jejich prosazení pro následujících cca 7 let, které zajistí a ukotví potřebné legislativní zázemí pro transformaci péče tak, aby v plném rozsahu naplňovala práva duševně nemocných.

- Provést analýzu dopadů a přínosů přijetí samostatného zákona o duševním zdraví vs. novelizace či úprava stávajících právních předpisů s ohledem na změny uvedené ve Strategii reformy psychiatrické péče.

### 6.B: Komentář

- *Analýza legislativních bariér či děr*: Napříč resorty legislativní analýza (nejen v oblasti zdravotní péče), co legislativně reformě brání, co chybí (i oblasti bydlení, práce, sociálních dávek, práce asertivních týmů atd.).
- *Plán legislativních změn*. Definování priorit a strategie jejich prosazení

## 7: Udržitelnost financování:

### 7.A: Co je ve strategii

Vytvoření a prosazení scénářů a ekonomických modelů zohledňujících jak potřebu navýšení relevantních finančních zdrojů (ze zdravotního pojištění, zdrojů na speciální služby atd.), tak i potřebu nového způsobu jejich alokace. Zajistit tak, aby finanční toky stimulovaly proces transformace a zajistily udržitelné financování nově vznikajícího systémukomplexní, komunitně orientované péče.

- Definice kroků a opatření vedoucích k dlouhodobě udržitelnému financování psychiatrické péče (s ohledem na nový, reformovaný systém).
- Předpokladem pro efektivní a kvalitativně lepší péči je celkové navýšení finančních toků směřujících do péče o duševně nemocné (v první fázi inkrementální zvyšování objemu financí do roku 2020)
- Je třeba řešit financování celého systému komplexně, aby byl propojený a koordinovaný
- Definice modelu dlouhodobě udržitelného financování Center duševního zdraví
- Definice modelu financování:

- Lůžkové péče (akutní a následná)
- Revize stávajícího systému úhrad v ambulantní péči, definice nových výkonů s ohledem na podporu komunitní péče
- Definice modelu financování CDZ

#### 7.B: Komentář:

Celkem jsou popsány hlavní okruhy, včetně toho, že je potřeba řešit financování celého systému komplexně. Ale hlavně se počítá s navyšováním, ne přesunem.

- a) *Kalkulace nákladů reformy*: Je uvedeno v kapitole síť. Potřeba mít dobré údaje, co dnes stojí, kolik to má stát. Kalkulovat scénáře (humanizace atd).
- b) *Potřeba řešit propojenost, přesuny zdravotního a sociálního financování*. Sociální a zdravotní služby jsou propojené nádoby. Nikde ve strategii se moc nemluví o sociálním bydlení místo dlouhodobé péče, viz kapitola síť atd.
- c) *Modely financování transformačního procesu a "správného" chování výsledné sítě služeb*: Je v podstatě zahrnuto v záměru "komplexního řešení financování". Ale potřeba definovat nejen služby, ale i transformační proces. Potřeba definovat, jak chceme reformovat, jak se má chovat výsledný systém (viz síť) a na to hledat patřičné finanční nástroje. Potřeba vytvořit něco jako "virtuální rozpočet na komplexní péči", a to i na krajské úrovni a z něj "nakupovat". Potřeba zajistit, aby peníze z psychiatrických nemocnic přecházely do komunitní sítě a nebyly konzumovány jinde (na mega geriatrické služby v psychiatrických nemocnicích, či mizely ze systému).

#### 8. Mezirezortní spolupráce:

##### 8.A Co je ve strategii:

Vytvořit plán pro koordinaci změn s přesahelem mimo resort zdravotnictví. Vytvořit funkční mezirezortní spolupráci (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR a územní krajské samosprávy), která zajistí shodu na základních principech a myšlenkách reformy a umožní společné, koordinované prosazování potřebných změn. Zajistit, aby Strategie reformy psychiatrické péče byla povýšena z resortní na vládní strategii.

- Definovat resorty a instituce, které jsou/mají být přímo angažovány v péči o duševně nemocné
- Definovat jejich zodpovědnosti a témata v oblasti péče o duševně nemocné
- Meziresortní témata SRPP

##### 9.B. Komentář.

Zase bude záviset na konkrétním definování oblastí.

- a) *Potřeba definovat priority témat*. Spolupráce s oblastí sociální je klíčová. Jedno z hlavních témat musí být téma, jak nahradit následnou a hlavně dlouhodobou péči službami, které jsou z velké části službami sociálními. Podstatnou částí je otázka bydlení a podpory v něm. Zde je důležité neredukovat řešení jen na služby typu chráněné bydlení. Zásadní je, aby široce dostupné bylo sociální bydlení v regionech.
- b) *Sladění procesů "deinstitucionalizace" napříč resorty*: Proces deinstitucionalizace probíhá v oblasti ústavů sociální péče. Je uveden jako priorita v návrhu novely zákona o sociální péči. Na regionální úrovni je ale tento proces v současnosti méně zřetelný. Výrazně roste počet lůžek pro seniory (s Alzheimerovskými demencemi). Je potřeba silné koordinace toho, co se má dít v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním ve zdravotnických i sociálních službách.
- c) *Strategii reformy psychiatrické péče povýšit z resortní na vládní strategii*.

## 9. Prevence

9.A: Co je ve strategii

Ve strategii není prevence uvedena, ale je na webu reformy.

- Vytvořit a aplikovat metodiky pro primární, sekundární a terciární prevenci v psychiatrii

9.B: Komentář:

Zatím dost obecný cíl.

- Analýza efektivních preventivních přístupů:* Není moc efektivních primárních preventivních programů. Asi v oblasti drogové prevence a jsou i docela efektivní metody pro školní děti - zdravý životní styl (mají na Slovensku- jak řešit konflikty atd). Spíše jsou efektivní sekundární a terciární programy, což velmi souvisí s tím, jak funguje komunitní síť služeb. Existují efektivní programy v prevenci sebevražednosti. Efektivní jsou metody “early schizophrenia intervention “ , v UK existují specializované týmy. Důležitá je prevence “invalidizace”, tam patří IPS – metoda podporovaného zaměstnávání atd. Určitě důležité jsou programy terciární prevence v geriatrici. Nikde se zatím neobjevil problém bezdomovců, duševně nemocných matek, práce s dětmi rodičů s duševním onemocněním (včetně závislosti) atd.
- V rámci terciární prevence je prokazatelně efektivní (výrazně méně hospitalizací, výrazně nižší náklady) systém ITAREPS, zvláště ve spojení s komunitním modelem poskytování služeb.
- Za samostatnou oblast stojí prevence sebavražednosti – u nás bez velkého zájmu politiků dochází k nárůstu incidence. (2x víc než obětí dopravních nehod). Je třeba stanovit cíle, identifikovat, co funguje, implementovat, hodnotit..
- Aplikace do sítě služeb: Co funguje, zapojit, financovat.

## Platforma hlídá reformu

### Rozhovor generálním ředitelem Fokusu Praha Pavlem Novákem o poslání Platformy pro transformaci systému péče o duševně nemocné v ČR

#### K čemu Platforma vlastně je, čemu by měla sloužit?

Myslím, že poslání Platformy se mění. Začínala jako něco, co může pomoci rozvíjet transformaci a to se teď přece jenom nějak pohnulo. Na ministerstvu vznikla strategie psychiatrické péče už jako politická agenda realizace reformy, takže to prvotní poslání už Platforma mít nemůže. Ale měla by se pořád se starat o to, aby reforma šla tím správným směrem, hlídat ten směr a hlídat, aby se reforma nezadrhla a nezůstala nikde napůl nebo na čtvrt cesty. Platforma může pomáhat svými názory a odbornými stanovisky, ale klíčové poslání je držet směr a držet tempo.

#### Koho chce platforma ovlivňovat? Míří na politiky, na poskytovatele služeb nebo na širokou veřejnost?

Primárně jsme se zaměřili na politiky, kteří mohou ovlivnit to, že reforma vůbec bude probíhat a jak se to bude dít. Především jsem se obraceli na ministerstvo zdravotnictví, ale taky na ministerstvo práce a sociálních věcí, taky na úřad vlády, konkrétně na vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením. Ministerstvo zdravotnictví reformu táhne, je garantem reformy a tím pádem je také odpovědné za to, jestli reforma jde nebo nejde a jestli jde správným nebo špatným směrem. Vlastně platforma jediná hraje roli jakéhosi hlídacího psa, protože tady není žádný monitorovací orgán, který by reformu hlídal, jestli běží a jestli se plní úkoly, cíle a tak dále. Myslím, že platforma se z toho nemůže úplně vyvléknout a nechat to být. Možná by mohla být aktivnější směrem k veřejnosti nebo k těm subjektům, které působí na poli poskytování péče a kterým se zatím do nějaké změny nechce.

## **Má dnes platforma těžší úkol než na začátku?**

Dokud se žádná reforma neděla, bylo jednodušší vymezovat se vůči tomu, co není a co by mělo být. Jakmile se reforma začala nějak dít, musela platforma víc hledat to místo, které je její. Na druhou stranu reforma taky občas nejde a občas úplně ztratí tempo a je jakoby neviditelná nebo se neví, co se bude dít dál.

## **Je platforma dostatečně respektovaným partnerem ministerstva?**

Ministerstvo zdravotnictví s platformou komunikuje a myslím, že ji vnímá jako důležitého hráče. V platformě jsou zastoupeny komunitní zdravotní služby a komunitní sociální služby v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním. Jsou tady rodičovské organizace a uživatelské organizace. Tyhle čtyři skupiny jsou v platformě nějak zastoupené. Připadalo by mi logické, aby měl v platformě zastoupení také segment lůžkové péče, ale je důležité se shodnout na hodnotovém rámci a to bylo jednodušší mezi těmito čtyřmi oblastmi. Některé jsou v platformě zastoupeny víc reprezentativně a některé méně. Dá se polemizovat, o tom jak silný mají mandát.

## **Do jaké míry slouží platforma jako beranidlo, které má prorazit cestu dál a do jaké míry je místem, kde se scházejí různé subjekty s různými zájmy a s různými názory a snaží se nějak domluvit?**

Nabízí se mi paralela s disentem. Dokud se zdálo, že se režim vůbec nemění, tak jsme se proti němu vymezovali a shodli jsme se na tom bez problémů úplně všichni. Ve chvíli, kdy nastala změna a začaly se dělat nějaké kroky, tak je to najednou těžší, protože někomu připadá, že tohle je dobře a někdo s tím prostě není spokojený. V rétorické rovině jsme reformu zpočátku všichni vnímali stejně, ale když se posunula do praktické roviny, tak jsme si nerozuměli. Najednou vyvstala otázka, co jsou to ta centra duševního zdraví. Co ten koncept vlastně znamená a vznikaly kolem toho různé fantazie a obavy. Ukázalo se, že jsme o tom společně málo mluvili. Myslím, že to byl důvod, proč lidi z Kolumbusu v nějaký moment trochu torpédovali vznik CDZ.

## **Nemůže být obecnější problém v tom, že různé skupiny v rámci platformy mají své legitimní zájmy a svůj pohled na věc, tedy, že se jejich pohledy a zájmy se do značné míry liší?**

Ano, ty pohledy jsou různé, ale myslím, že může být dosažena bazální shoda a že je potřeba věnovat čas hledání shody. Na tom, že nejde nechat léčebny v jejich současném stavu, se všichni shodneme. Ale rodinní příslušníci budou daleko víc říkat, že lůžka jsou důležitá a že je v léčebnách potřebujeme a také lidi s nějakou zkušeností s duševním onemocněním budou říkat, že jsou potřeba a že si to bez nich nedovedou představit. Na to lze odpovědět, že se bavíme o baráku, ale pojďme se bavit o funkcích, které mají být zachovány. Jestli jde o to, aby měli lidi kde být, tak pojďme hledat, jak se to dá udělat mimo obrovské léčebny. Jestli jde o bezpečí, aby bylo o člověka postaráno, tak to ještě neznamená, že musí být hospitalizován v léčebně na doživotí. Alternativou je třeba domácí hospitalizace, kdy bude mít péči doma nebo na nějakém krizovém lůžku. Ale tyhle možnosti u nás zatím nemáme a pro lidi je obtížné si je představit. Ve chvíli kdy mám velkou úzkost z toho, co bude třeba s mojí dcerou, o kterou se teď starám a která má velké problémy, až tady nebudu, je pro mě nepředstavitelné, že se vytvoří nějaký mobilní tým a bude jezdit za ní domů. Chci vědět konkrétně, kdo to tedy bude a nejlépe si udělat smlouvu ještě teď, že se postarají, ale to úplně tak nejde. Zabezpečení člověka v léčebně je trochu chiméra, pokud k tomu nejsou důvody ze zákona, tak ho tam proti jeho vůli nemohou držet. Takže je potřeba o těch věcech diskutovat a možná i vyjet se podívat někam, kde komunitní péče funguje. Takhle byli zástupci pražských komunitních služeb v Terstu. Společně se tam podívali lidi z Bony, z Green Doors, z Esetu, z Fokusu i lidi z léčebny. Bavili jsme se tam o konkrétních věcech, které jsme viděli, a díky tomu si to dovedeme nějak představit.

## **Je podle vás reálné prosadit i u nás podobný systém jako je v Terstu?**

Mm pocit, že bych tuhle práci nemohl dělat tak dlouho, pokud bych si řekl, že to nejde změnit a že ty věci z Terstu nejdou aplikovat i tady. Proč by to vlastně v dlouhodobém horizontu nemohlo jít? Že má každá země jiný systém? Je jasné, že nemůžeme následovat žádnou zemi úplně přesně, protože tam je zároveň jiná kultura, jiný historický kontext a nehledě na systémy financování, vzdělávání pracovníků a tak dále. Každá země je v tom trochu jiná. I Skotsko je jiné než Anglie. Druhá věc je, že jsou místa, kde je možné se inspirovat jak v konkrétních věcech, tak v systému. Úplně aplikovat se však nedá ani systém z Terstu. Nejde to a dokonce se to nepodařilo v celé Itálii. Ale je možné se inspirovat třeba Holanďany, které mají FACT týmy (tedy flexible assertive community treatment team) a zapojují peer pracovníky do multidisciplinární týmů, což se tady hodně vnímá jako nějaký model, který bychom měli následovat. Na druhou stranu nemůžeme následovat Holandsko, které má stejný počet psychiatrických lůžek na 100 000 obyvatel, jako máme my. I kdybychom chtěli, tak na to nebudeme mít peníze. Fungují tam dva systémy vedle sebe, klinický model je v Holandsku pořád velmi silný, takže to i Holanďané můžou těžko ufinancovat a inspirovat se teď v Terstu. Jde jim hlavně o posílení občanských práv a toho aby lidé se zkušeností d duševním onemocněním mohli dosáhnout na svá práva a plnit své životní role. Ale vzhledem k tomu, že v Holandsku existuje velmi silný paralelní medicínský model, tak to jde Holanďanům docela obtížně. Zajímavé je taky Finsko, které zavedlo tzv. otevřený dialog, kde novým způsobem pracují s akutními krizemi, s psychofarmaky a s rodinou, tak to je něco, co stojí za to. A výzkumy evidentně ukazují, že to funguje a hodně efektivní model.

## **Není pro platformu příliš velký úkol, vést u nás tenhle dialog?**

Myslím, že platforma musí být aktivní hlavně ve chvíli, kdy opravdu najednou z různých stran bude zaznívat, že reforma se nějak nepatříčně zdržuje. V tom případě pojdme rozhábat platformu, protože jsou v ní poměrně silně zastoupení všechny čtyři skupiny a to je unikum. Taky je možné, že prostě platforma svoji historickou úlohu odehrála. To, že byla u rozhábaní a vůbec odstartování reformy, je nezpochybnitelné.

*Josef Gabriel*