



**PODPORA PROCESŮ
V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**
www.podporaprocesu.cz

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

POTENCIONÁLNÍ DOPAD REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE DO OBLASTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Praha 2015



PODPORA PROCESŮ
V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH
www.podporaprocesu.cz

PODPORUJEME
VAŠÍ BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Tento materiál byl vytvořen pracovním týmem expertů sestaveným MPSV v rámci realizace KA č. 12 - „*Identifikace jevů a potřeb na sociálně zdravotním pomezí s cílem nastavit systémové řešení*“ individuálního projektu MPSV s názvem **Podpora procesů v sociálních službách**, reg. č. CZ.1.04/3.1.00/04.00005, financovaného z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

OBSAH:

ÚVOD	5
1. POPIS VÝCHOZÍ SITUACE	6
1.1 Systém péče o duševně nemocné na poli zdravotním a sociálním	6
1.1.1 Principy systému proklamované vs. skutečné.....	10
1.1.2 Oddělenost systémů zdravotních a sociálních služeb.....	11
1.1.3 Problematika neregistrovaných sociálních služeb ve vztahu k připravované reformě. Identifikace rizik v této oblasti	14
1.1.4 Kompetence a odbornost pracovníků (sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách vs. zdravotnických pracovníků)	15
1.1.4 Personální a materiálně technický standard služeb pečujících o duševně nemocné	20
1.2 Identifikace cílové skupiny osoby s duševním onemocněním a její specifika v závislosti na diagnóze, věku apod. z pohledu sociálních služeb.....	31
1.2.1 Popis podtypů CS, druhy služeb, průchodnost systémem	31
1.3 Směřování sociálních služeb v souvislosti s připravovanou reformou	37
1.3.1 Související problematické okruhy při reformě psychiatrické péče	39
1.3.2 Role svépomocných skupin	40
2. IDENTIFIKACE RIZIK, LIMITŮ A MOŽNOSTÍ VYPLÝVAJÍCÍCH ZE SOUČASNÉHO DOKUMENTU. STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRIE PRO OBLAST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	45
2.1 Přihlídnutí k variantním řešením, která se mohou uplatnit při reformě psychiatrické péče	46
2.2 Role Center duševního zdraví a jejich vztah k sociálním službám (kombinace psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb – zmapování nevhodnějších variant).....	47
3. INSPIRACE ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOSTÍ.....	52
3.1 Limity inspirace v zahraničí.....	52
3.2 Situace v zahraničí	52
3.3 Příklady.....	53
3.4 Možná přenositelnost do podmínek v ČR.....	56

4. INTERPRETACE DAT ZÍSKANÝCH OD EXTERNÍHO DODAVATELE.....	58
4.1 Upozornění na možný střet zájmů	58
4.2 Metodologické poznámky k Analýze.....	58
4.3 Identifikace potenciálních uživatelů, kteří v souvislosti s reformou psychiatrické péče budou poptávat sociální služby, se zohledněním demografických změn ve společnosti (stárnutí populace).....	63
5. VYTVOŘENÍ KONKRÉTNÍCH NÁVRHŮ NA MOŽNÁ OPATŘENÍ S VYMEZENÍM ODPOVĚDNOSTI A KOMPETENCÍ.....	65
5.1 Model funkční návaznosti mezi segmentem zdravotních a sociálních služeb	67
5.2 Definice komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním – charakteristiky.....	69
6. POUŽITÉ ZDROJE.....	70

ÚVOD

V uplynulých letech probíhala rozsáhlá diskuse poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, odborných společností, svépomocných sdružení pacientů a rodičů aj. zabývající se potřebou změny stávajícího systému psychiatrické péče v ČR. Na základě toho MZ ČR iniciovalo vznik pracovní skupiny pro přípravu reformy psychiatrické péče. Výsledkem několikaměsíční práce a široké diskuse pak byl vznik materiálu s názvem Strategie reformy psychiatrické péče v ČR, který podepsal ministr zdravotnictví v říjnu 2013. Tento dokument vymezil střednědobé cíle pro změnu systému psychiatrických služeb v ČR a stal se odrazovým můstkem pro další vlnu diskusí hledajících cestu k úspěšné implementaci nastolených cílů. Jelikož Strategie reformy psychiatrické péče vznikala na půdě MZČR, je jejím těžištěm zejména poskytování zdravotních služeb, zatímco služby sociální jsou zmiňovány spíše okrajově. Vzhledem k této skutečnosti byl týmem expertů zpracován následující materiál, jehož cílem je popis možných dopadů implementace reformy psychiatrické péče na oblast poskytování sociálních služeb. V jednotlivých kapitolách jsou popsány stávající problémy, limity i možnosti systému sociálních služeb ve vztahu k cílové skupině duševně nemocných.

Následující materiál vychází z platné verze Strategie reformy psychiatrické péče v ČR, která detailněji zpracovává segment péče o vážně a dlouhodobě duševně nemocné. V současné době je však zpracovávána aktualizace Strategie, která by měla zahrnovat i problematiku dalších cílových skupin (organické poruchy, závislosti) a tedy i podstatně širší dopad reformy psychiatrické péče do sociálních služeb.

1. POPIS VÝCHOZÍ SITUACE

1.1 Systém péče o duševně nemocné na poli zdravotním a sociálním

Strategie reformy psychiatrické péče se zabývá zejména oblastí zdravotních služeb. Systém staví na čtyřech základních pilířích – psychiatrické ambulance, psychiatrická oddělení, psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví (CDZ). Tři z uvedených pilířů již ve stávajícím systému existují, centra duševního zdraví jsou novým prvkem, od kterého se očekává lepší propojení zdravotních a sociálních služeb a také rozšíření služeb pro klienty a přesouvání těžiště péče směrem k přirozenému prostředí klientů. Zřizování CDZ však nemůže přinést očekávaný výsledek bez transformace ostatních pilířů, bez změny stávajícího financování zdravotních a sociálních služeb a bez změny odborné přípravy a myšlení poskytovatelů služeb. V této kapitole jsou popsány hlavní problémové oblasti jednotlivých pilířů psychiatrické péče zejména s ohledem na provázanost zdravotních služeb se službami sociálními.

Zdravotní služby

Podrobný a nejaktuálnější popis systému psychiatrické péče lze nalézt v publikaci *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)* vydané v roce 2012. Tato publikace se věnuje zejména zdravotní péči, popisuje však také roli sociálních služeb zejména v oblasti psychiatrické rehabilitace. V textu níže se proto věnujeme pouze problémovým oblastem a pro popis jednotlivých prvků systému odkazujeme na výše uvedený materiál.

a) *Psychiatrické ambulance*

Zdravotní služby stojí na poměrně rozsáhlé síti ambulantních psychiatrů a na existenci velkých psychiatrických nemocnic (dříve léčeben). Stávající síť psychiatrických ambulancí v ČR je nerovnoměrně rozložená, ambulantní psychiatři jsou často přetížení a nejsou schopni poskytovat všechny služby, které od nich systém očekává. Dle Koncepce oboru psychiatrie by měl být ambulantní psychiatr koordinátorem péče o nemocného, zajišťovat kontinuitu služeb a organizovat potřebnou péči. Dle ambulantních psychiatrů je však stávající úhradový systém nastaven takovým způsobem, aby stimuloval kvantitu péče na úkor kvality. Psychiatr má na pacienta málo času, prakticky rezignuje na provádění psychoterapie a nemá ani kapacitu na to, aby koordinoval případné navazující služby. Velká část psychiatrů pracuje samostatně, bez všeobecné či psychiatrické sestry, což je dalším faktorem vedoucím k jejich přetížení a často k rezignaci na spolupráci s dalšími službami jak zdravotními tak sociálními. Většina komunitních zdravotních psychiatrických služeb (např. psychiatrická rehabilitace, denní stacionář aj.) je realizována na základě doporučení ambulantního psychiatra. Stejně tak poskytování navazujících sociálních služeb, ať jde např. o sociální rehabilitaci, hledání chráněného bydlení nebo podporovaného zaměstnání předpokládá úzkou spolupráci s ambulantním

psychiatrem. Velká část ambulantních psychiatrů však nemá kapacitu se na této spolupráci podílet. Je tak obtížné plánování dalších služeb a často jde o zásadní bariéru pro zajištění jejich komplexnosti. Již tak značné přetížení psychiatrických ambulancí dále zhoršuje poměrně dramatické zvyšování výskytu anxiózně depresivních poruch. Na pacienty vyžadujících dlouhodobou a intenzivní péči tak zbývá stále méně času.

b) *Lůžková psychiatrická péče*

Lůžková psychiatrická péče je realizována převážně v psychiatrických nemocnicích. Průměrná doba hospitalizace přesahuje 80 dní a mnoho pacientů tráví v psychiatrických nemocnicích i řadu let. Spolupráce s poskytovateli navazujících sociálních služeb je často problematická. Nemocnice se potýkají s problémy při umísťování dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do pobytových zařízení sociální péče, v mnoha regionech neexistují alternativní služby k pobytu v nemocnici ani odpovídající sociální služby, které by mohly podpořit pacienta v jeho přirozeném prostředí. Tato situace může vést a nezdědká vede k tomu, že jsou pacienti z psychiatrických nemocnic umísťováni do zařízení ochotných se o ně postarat, nedostatečně však uzpůsobených k poskytování kvalitních služeb, nebo též do zařízení neregistrovaných, poskytujících služby pod rouškou provozování ubytovacího zařízení. Tato praxe, kterou popsal i Veřejný ochránce práv, když prováděl systematické kontroly domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem představuje pro pacienty velké riziko. Ti jsou totiž vystaveni špatnému zacházení a vzhledem ke svému onemocnění jsou znevýhodněni v obhajobě svých základních práv. Výše uvedené potvrzuje například zpráva publikována v únoru 2015 kanceláří veřejného ochránce práv o zařízení v Letinách, (<http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2015/zarizeni-letiny-je-vysmechem-kvalite-v-socialnich-sluzbach/>), kde byl umístěn také velký počet klientů s psychiatrickou diagnózou.

Jistý podíl na této situaci je také na straně lůžkových psychiatrických zařízení. Jde především o nedostatečné počty sociálních pracovníků v psychiatrických nemocnicích, kteří by mohli ověřit kvalitu podmínek, do nichž je pacient propouštěn a také skutečnost, zda je zařízení registrováno. Ostatně lůžková zařízení nemají v tomto smyslu legislativně danou žádnou povinnost.

c) *Krizové služby*

Výrazným nedostatkem je téměř úplná absence krizových center (v ČR fungují pouze tři). To vede k situaci, že velká část krizových stavů je zcela nevhodně řešena, buď na centrálních příjmech nemocnic, nebo prostřednictvím psychiatrických ambulancí, které se však potýkají s nedostatkem času na řešení krizových stavů. Terénní krizové služby jsou rovněž, až na výjimky, prakticky nedostupné. Důsledkem absence krizových služeb jsou častější hospitalizace duševně nemocných, které mohou mít negativní dopad na každodenní život pacienta (dlouhá pracovní neschopnost, finanční problémy, problémy v zaměstnání aj.).

d) *Komunitní psychiatrické sestry*

Není dostatek komunitních psychiatrických sester poskytujících psychiatrickou rehabilitaci v přirozeném prostředí pacientů. V současné době funguje v ČR pouze 16 psychiatrických sester poskytujících služby hrazené ze zdravotního pojištění. Fungujícím agenturám domácí péče pojišťovny péči o duševně nemocné nenasmlouvaly, stejně tak v ambulancích psychiatrů komunitní sestry v současné době nefungují. To vede k tomu, že individuální služby poskytované v přirozeném prostředí pacientů se odehrávají zejména na poli sociálních služeb a často bez dostatečné návaznosti na služby zdravotní, které jsou spíše institucionální a poměrně rigidní.

Sociální služby

Současný systém péče o duševně nemocné se v mnoha regionech potýká s výraznou absencí vhodných sociálních služeb. Dostupné sociální služby a jejich kapacity v jednotlivých regionech mapuje MPSV prostřednictvím projektu zpracovávaného expertním týmem. Je zřejmé, že nedostatek sociálních služeb brání v začleňování klientů do běžného života a v podpoře jejich úzdravy. K nejvíce potřebným sociálním službám pro duševně nemocné patří následující:

a) *Chráněné bydlení a podporované bydlení*

Stávající systém trpí nedostatkem komunitních bydlení s časově neomezeným pobytem, která by měla být alternativou dlouhodobých pobytů v psychiatrických nemocnicích nebo pobytových zařízeních sociální péče. Chybí bydlení jak pro klientelu psychotických pacientů, tak pro další specifické diagnostické skupiny (osoby s anamnézou závislosti na psychoaktivních látkách, s duálními diagnózami, organickým postižením CNS – pro tyto skupiny není zatím komunitní bydlení k dispozici vůbec). Problémem chráněných bytů je mimo jiné nutnost splácet po dobu pobytu dva nájemy, což řadu klientů limituje. Služba tak bývá mnohdy dostupná spíše pacientům mladým, žijícím s rodiči, kteří si chtějí vyzkoušet či natrénovat samostatnou existenci. Následně se však vracejí do své primární rodiny, což nebývá mnohdy k jejich prospěchu. Pro tyto (i další) klienty pak citelně schází sociální byty. Řešením pro ty, kteří mají svůj byt je podporované bydlení ve vlastním bytě, což zatím není vždy možné z hlediska dostupnosti služeb. Nelze zajistit umístění pro invalidní pacienty bez přiznaného invalidního důchodu, na sociálních dávkách. Rovněž neumístitelní jsou psychotičtí pacienti s porušenou hybností, neexistuje bezbariérové zařízení pro tento typ klientely. U těchto služeb navíc zákon předpokládá úhradu klientem z příspěvku na péči. Způsob hodnocení nároku na příspěvek na péči však dlouhodobě vážně duševně nemocné diskriminuje a jsou jim, pokud vůbec, přiznávány příspěvky I. a zcela výjimečně II. stupně. Služby sice dostávají příspěvky na provoz, jejich výše však kopíruje příspěvky pro obdobné služby pro skupinu uživatelů s mentální retardací, ve které je objem přiznaných

příspěvků na péči výrazně vyšší. Rozvoj služeb chráněného bydlení je tak limitován nejen vysokými investičními náklady, ale i deficitním provozním financováním.

b) Chráněná práce, podporovaná práce a pracovní rehabilitace

Zákon 108 vymezuje v této oblasti jako sociální službu pouze sociálně terapeutické dílny (§67). Nástroje a programy zaměřené na obnovení schopnosti pracovat je však účelné popisovat jako kontinuum charakterizované především mírou podpory, i když z větší části nejsou sociálními službami, ale jsou realizovány zaměstnavateli například s využitím aktivních nástrojů zaměstnanosti.

Možnosti chráněné práce lze rozdělit do několika kategorií dle stupně podpory poskytované klientovi. Nejvyšší míra chráněnosti pracovního prostředí je v tzv. sociálně terapeutických dílnách a chráněných místech. Chráněná místa umožňují zapojit se do pracovního procesu i klientům, jejichž schopnosti uplatnění na trhu práce jsou výrazně omezené, a navíc většině klientů poskytují kromě stálého pracovního uplatnění i uplatnění společenské. V tzv. přechodném a podporovaném zaměstnávání bývá již podpora klientovi omezena časově i intenzitou. Smysluplná činnost je pro proces uzdravy klíčovým faktorem. Chráněných míst sice v posledních letech výrazně přibývalo, ale naprostá většina z nich je určena pro lidi se zdravotními problémy v somatické oblasti a přizpůsobena jejich omezením a potřebám. Chráněných míst pro duševně nemocné je podstatně méně, v některých regionech chybí úplně. Snaha implementovat tzv. sociální firmy je v řadě případů spíše přejmenováním původních chráněných dílen a nenabízí pracovníkům dostatečně přitažlivou práci ani výdělek srovnatelný s obvyklými podmínkami a rehabilitační efekt těchto modelů je tak spíše sporný. Služby podporovaného zaměstnávání pro duševně nemocné, pokud existují, vycházejí většinou z modelu pro zaměstnávání lidí trpících mentální retardací a pro duševně nemocné jsou v této podobě málo efektivní. Specifický model zaměstnávání duševně nemocných v nechráněných podmínkách (IPS – Individual Placement Support) je v posledních několika letech sice častěji diskutován, existují však stále jen dvě až tři funkční lokální služby. To je významnou bariérou v zapojení klientů zpět do běžného života. Poptávka po službách chráněné práce mnohonásobně převyšuje současnou omezenou nabídku a limituje tak šanci zapojit se do pracovního procesu pro mnoho klientů.

c) Sociální rehabilitace/Case management

Službu případového vedení (case management) lze definovat jako dlouhodobou individuální a komplexní podporu klienta v prostředí komunity a to prostřednictvím konkrétního případového pracovníka – case managera nebo týmu case managerů. Lidé s duševní nemocí obvykle nemají dostatek informací o službách, které tvoří navazující podporu po jejich hospitalizaci na psychiatrii. Chybí dostatečně vybudovaný a funkční systém plánované koordinované péče přehledně vedené a řízené zodpovědnou osobou. V současné době je nedostatečná kapacita této služby. Protože case management zajišťuje návaznost jednotlivých služeb, jejich

komplexnost a koordinaci, vede k ochraně klienta, měl by být klíčovým faktorem v systému plánovaných komunitních služeb.

d) *Centra denních aktivit*

Tato centra nabízejí možnost trávení volného času, navazování společenských vztahů, možnost zdokonalení pracovních a sociálních dovedností, pomáhají získávat právní informace. Mohou organizovat osvětové, informační anebo rekreační programy. Poptávka po centrech denních aktivit je ze strany pacientů a jejich blízkých vysoká, pomáhají jim vyrovnávat se se sociální izolací. Těchto center je však velký nedostatek a zároveň nejsou rovnoměrně rozmístěna. To vede k tomu, že vzhledem ke vzdálenosti a omezené kapacitě se stávají pro klienty nedostupnými.

1.1.1 Principy systému proklamované vs. skutečné

Strategie reformy psychiatrické péče definuje globální cíl, kterým je zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. Tento globální cíl je dále rozpracován do několika dílčích strategických cílů, od nichž se odvíjejí i proklamované principy systému.

Orientace na kvalitu

Cílem je vytvoření kvalitního systému psychiatrické péče, kde bude kladen důraz na kvalitu poskytovaných služeb a zvyšování spokojenosti uživatelů služeb. Změny v systému by měly být měřeny sledováním definovaných indikátorů kvality.

Provázanost a komplexnost služeb

Jde o základní princip nezbytný pro naplnění stanovených cílů reformy psychiatrické péče. Systém služeb o duševně nemocné musí být flexibilní, pestrý a jednotlivé služby dobře propojené, na sebe navazující a komplexní. Otázka propojenosti se týká zejména služeb poskytovaných v rámci jiných resortů. Otázka komplexnosti je důležitá zejména proto, že na úspěšnou zdravotnickou intervenci musí vždy navazovat odpovídající sociální služba, čímž se zvyšuje míra úspěšnosti plnohodnotného začleňování klientů do společnosti.

Efektivita systému služeb

Služby by měly být organizovány tak, aby byly efektivní. Nejde pouze o včasnou diagnostiku a rychlou intervenci, ale také o to, aby intervence byly prováděny v odpovídajícím čase a míře, tak, aby zbytečně nevytrhávaly klienta ze vlastního sociálního prostředí. Intervence by měly vycházet z potřeb klientů, nikoliv z potřeb systému služeb.

Humanita a destigmatizace

Snaha o humanizaci psychiatrické péče a omezení stigmatizace duševně nemocných by měla provázet všechny prováděné změny a zásahy do systému.

Stávající systém psychiatrické péče řadu těchto principů naplňuje nebo o jejich naplňování usiluje. V některých oblastech však pozorujeme i jinak orientované principy a motivace dané především stávajícím financováním služeb.

1.1.2 Oddělenost systémů zdravotních a sociálních služeb

Současný systém péče o duševně nemocné je tvořen komplexem zdravotních služeb a komplexem služeb sociálních. Problematická je vzájemná spolupráce obou složek systému, kdy každá podléhá jinému metodickému řízení, řídí se odlišnou legislativou, je financována odlišným způsobem a neexistují žádné systémové nástroje propojující jednotlivé služby ve prospěch klientů. Kvalitní spolupráce mezi zdravotním a sociálním sektorem je převážně postavena na osvícených lídrech existujících zařízení v některých regionech, nefunguje však v ČR plošně a potýká se s mnoha problémy. Zejména pak:

Fragmentace péče

I uvnitř výše zmíněných subsystémů je péče často organizována do jednotlivých služeb, které mohou být velmi úzce vymezené a omezeně spolupracující, takže je problematické konkrétnímu klientovi zajistit kontinuální péči a podporu. Při přechodech ze služby do služby část klientů dočasně či dlouhodobě vypadává ze systému péče.

Rigidita

Pro zdravotní systém je charakteristická rigidita. Systém není schopen reagovat na široké spektrum situací, které mohou v životě duševně nemocných a jejich blízkých nastat. Největším problémem je poskytování služeb v přirozeném prostředí pacientů. V současné době je téměř nemožné (až na některé výjimky) zorganizovat návštěvu psychiatra v domácnosti pacienta. Ambulantní péče je tak obtížně dostupná například pro pacienty, kterým tělesné onemocnění či omezení ztěžuje návštěvu v psychiatrické ambulanci. Psychiatrické ambulance také nejsou schopné zajistit asertivní péči pacientům, kteří například pro nedostatečný náhled léčbu nevyhledávají či odmítají. V mnoha regionech se také prodlužuje čekací doba na první vyšetření v psychiatrické ambulanci až na několik měsíců, což u některých pacientů může znamenat i vážné ohrožení života.

Rigidita ovšem bývá problémem i v sociálních službách, kde někdy můžeme pozorovat zaměření na naplnění formálních kritérií kvality (standardů) i tam, kde znamenají překážku v přístupu ke službě a tendenci odmítat uživatele, s nimiž je spolupráce složitější.

Neodpovídající financování

Služby psychiatrické péče stojí na pomezí zdravotních a sociálních služeb. Přitom není definován společný koncept jejich financování. Část služeb je financována jako zdravotnická zařízení, část jako sociální. Nepropojení těchto finančních toků brání

vytvoření jednoho systému péče, kde by finanční prostředky bylo možné efektivně plánovat pro systematický rozvoj služeb. To vede k následujícím problémům:

- a) Celkové podfinancování služeb - Služby pro psychiatricky nemocné jsou dlouhodobě podfinancovány. Výdaje na psychiatrickou péči nedosahují ani 3% celkových nákladů zdravotní péče. Tímto podílem ČR nedosahuje stavu ve většině evropských zemích, kde se tento podíl pohybuje nad 6%. Nedostatek prostředků pro rozvoj jednotlivých služeb vede ke stagnaci jejich kvality a neumožňuje cílený rozvoj služeb, které ve stávajícím systému absentují, neumožňují vytváření systémové spolupráce poskytovatelů služeb.
- b) Nestabilita financování komunitních služeb - Financování některých služeb, zejména služeb sociálních není dostatečně stabilní. Neexistuje bazální jistota pro následující období, navíc každý rok je jiná situace. Přitom podle Koncepce oboru psychiatrie ČR i podle zahraničních pramenů (WHO, atd.) jsou fungující komunitní služby klíčovými službami v oblasti psychiatrické péče.
- c) Rozpočtové financování v sociálních službách nereaguje adekvátně na potřeby uživatelů. Tendence uplatňovat obecné standardy kvality služeb na všechny cílové skupiny uživatelů vede k formalismu, extrémní administrativní zátěži poskytovatelů a současně k rezignaci na hodnocení efektivity služeb. Přesunem financování a řízení sociálních služeb na kraje nově vzniká riziko nejednotných podmínek a pravidel financování v jednotlivých krajích. Kraje jsou nově zodpovědné za financování a plánování sítě všech sociálních služeb a současně jsou zřizovateli části služeb (většinou rezidenčních a tedy provozně nákladných). Tím se kraje mohou dostávat do konfliktu zájmů, který zatím není dostatečně řešen.
- d) Projektové financování z evropských grantových zdrojů, které sice znamená navýšení dostupných prostředků, přináší vlastní kritéria kvality a úspěšnosti projektu, která nemusí vždy sledovat zájem a prospěch uživatelů. Poskytovatelé služeb jsou tak grantovými zdroji motivováni vytvářet „inovace“ i v situacích, kde by prioritou mělo být zkvalitňování a kultivace již provozovaných služeb. Hlavním problémem je ovšem přechod takto vytvářených pilotních služeb a programů k standardnímu dlouhodobému fungování a financování.
- e) Nehodnotí se efektivita vynaložených prostředků. Ve stávajících službách není systémově zkoumána či porovnávána kvalita a efektivita poskytovaných služeb. Bez společného systému zjišťování kvality a efektivity lze obtížně zabezpečit efektivní využití finančních prostředků.
- f) Nedostatek finančních prostředků na primární prevenci (osvětlu). Potřebnost primární prevence v oblasti psychiatrické péče je nesporná. Včasnost poskytnutí adekvátní péče snižuje důsledky onemocnění, snižuje míru handicapu. Osvětové programy navíc prokazatelně snižují velmi vysokou míru

stigmatizace psychiatricky nemocných i psychiatrie jako takové. Primární prevence je odsouvána jako neprioritní nejen plátcí, ale i poskytovateli péče.

- g) Změna způsobu financování je klíčová pro realizaci a udržení plánovaných reformních kroků.

Úhrady zdravotních pojišťoven

Stávající systém zdravotní psychiatrické péče se přirozeně přizpůsobuje nastavenému způsobu úhrad za poskytované služby, který v současné době není nastaven tak, aby optimalizoval systém péče. Naopak vyvolává řadu negativních efektů:

Segment akutní psychiatrické péče (tzn. psychiatrická oddělení v rámci všeobecných nemocnic) je financován systémem DRG, který je vnímán pro oblast psychiatrie jako nevhodný. Motivuje k velmi krátkým hospitalizacím, platby od plátců péče jsou nedostatečné, neumožňují zajistit odpovídající personální obsazení a mnoho psychiatrických oddělení hospodaří se ztrátou. To je jeden z faktorů, proč nová psychiatrická oddělení v rámci všeobecných nemocnic nevznikají, přestože je jak Koncepce oboru psychiatrie, tak i Strategie reformy psychiatrické péče považují za klíčový prvek systému. Stávající síť těchto oddělení je nedostatečná, což vede k tomu, že je akutní psychiatrická péče poskytována také psychiatrickými nemocnicemi, jejichž posláním je poskytovat spíše péči následnou a jejichž vybavení není pro poskytování akutní péče vždy odpovídající.

Péče v psychiatrických nemocnicích je hrazena odlišným způsobem, a sice platbou za ošetřovací den. To přirozeně vede ke snaze o efektivní využití kapacity lůžek, k maximalizaci obloženosti lůžek a také k minimalizaci počtu terapeutických propustek. Psychiatrické nemocnice nejsou nijak ekonomicky motivované ke zkracování doby hospitalizace či k včasnému zajištění návazné péče.

Psychiatrické ambulance jsou převážně privátní zdravotnická zařízení, kde jsou psychiatři placeni za provedené výkony. K placeným výkonům nepatří koordinační činnost, spolupráce s komunitním typem služeb a se sociálním sektorem. To jsou většinou činnosti vnímané psychiatry jako zbytné, ubírající jim čas věnovat se pacientům, na které mají i tak velmi málo času. Vzhledem k neochotě pojišťoven nasmlouvat pro psychiatrické ambulance též výkony psychiatrických sester, pracuje většina psychiatrů samostatně.

Neexistuje systémový způsob financování Center krizové intervence, což vede k tomu, že žádná nevznikají a většina akutních a krizových stavů je řešena na centrálních příjmech nemocnic a často vyústí ve zbytečnou hospitalizaci.

Komunitní psychiatrické sestry, které by se mohly podílet na poskytování psychiatrické rehabilitace v přirozeném prostředí pacientů, nebyly v posledních letech plátcí péče podporovány. Zařízení, která se pokoušela nasmlouvat výkony psychiatrické rehabilitace, byla neúspěšná, což vedlo k tomu, že v současné době je poskytování psychiatrické rehabilitace převážně doménou služeb sociálních.

Z výše uvedeného vyplývá, že stávající systém psychiatrické péče je orientován převážně výkonově, způsob financování vede k fragmentaci služeb a neexistuje v něm žádná motivace k poskytování komplexní péče. Pro ambulantního psychiatra je mnohem výhodnější hospitalizace pacienta než snaha o zvládnutí dekompenzace jeho stavu v domácnosti za využití komunitních služeb. Stejně tak nemocnice je spíše motivována k přijetí pacienta a obsazení lůžka než k hledání alternativ hospitalizace.

Převládající medicínský model péče

Zdravotní systém je orientován na zvládnutí symptomů (tzv. epizodická léčba), což je přístup z dlouhodobého hlediska neuspokojivý, místo, aby kladl důraz na zotavení z nemoci, tedy léčbu s dlouhodobější perspektivou. Zdravotníci se zaměřují na řešení situace tady a teď a další podpora v životě klienta již není poskytována, buď pro nedostatek odpovídajících služeb v regionu, nebo pro nedostatek času, znalostí a motivace zdravotníků tuto podporu organizovat.

Úzké zaměření reformy

Plánovaná reforma psychiatrické péče se zaměřuje převážně na péči o vážně duševně nemocné. Ostatní cílové skupiny klientů, ačkoliv jsou početně významnější, jsou spíše v pozadí stávajících diskusí. Důležitá je zejména péče o klienty s demencí, o klienty s problematikou závislosti, oblast dětské psychiatrie a také klienti s úzkostně depresivními a dalšími neurotickými poruchami, kteří představují nejvyšší procento mezi lidmi nově vyhledávajícími pomoc psychiatra. Z hlediska sociálních služeb je z těchto skupin nejvýznamnější skupina klientů s demencí, jejichž počet v posledních letech výrazně narůstá a v následujících 20 letech bude nadále stoupat. Již v současné době se potýkáme s nedostatkem odpovídajících služeb pro tuto cílovou skupinu a do budoucna se situace bude dále zhoršovat.

1.1.3 Problematika neregistrovaných sociálních služeb ve vztahu k připravované reformě. Identifikace rizik v této oblasti

Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění, které vzniká rozhodnutím krajského úřadu o registraci. Ne všichni poskytovatelé tento zákonný požadavek respektují. V důsledku toho se vyhýbají plnění zákonných požadavků na kvalitu sociálních služeb a státní kontrole. Neregistrovaná zařízení poskytují služby i klientům, kteří jsou v různém stupni závislí na pomoci druhé osoby a často též klientům s duševním onemocněním. Existence neregistrovaných zařízení poskytujících sociální služby představuje pro duševně nemocné velké riziko. Ti jsou totiž nejvíce zranitelní a náchylní ke špatnému zacházení a k neoprávněnému hospodaření s jejich prostředky. Problematiku neregistrovaných poskytovatelů služeb nejkomplexněji popisuje veřejná ochránkyně práv. V průběhu kontrol některých neregistrovaných zařízení mimo jiné zjistila, že je v těchto zařízeních umístěno mnoho klientů s duševním onemocněním zejména s demencí, ale také např. se

schizofrenií. Poskytované služby pak velmi často nezohledňují specifické potřeby klientů s duševním onemocněním. Zdravotnická zařízení předávající pacienty do sociálních služeb by měla mít povinnost ověřit si, zda má přebírající zařízení registraci k poskytování služeb a měla by také dlouhodobě monitorovat úroveň poskytovaných služeb (sbírat reakce příbuzných, navštívit zařízení apod.). Pro cílovou skupinu dlouhodobě duševně nemocných by tuto úlohu mohla plnit centra duševního zdraví, z jejichž koordinační role by vyplývala nutnost znát stav a podmínky v dalších službách v regionu.

Nebývá příliš zdůrazňováno, že existence neregistrovaných služeb je způsobena nedostatečnou kapacitou registrovaných služeb jen zčásti. Dalším faktorem, který zde hraje roli, jsou nadměrné požadavky na administrativu spojenou s provozem registrované služby, někdy nesmyslné lpění na formálních stránkách poskytování služeb ze strany veřejné správy a v neposlední řadě nepřilíš atraktivní a hlavně nejisté financování registrovaných služeb. Za této situace je pochopitelná tendence vytvořit službu založenou výhradně na dohodě mezi poskytovatelem a příjemcem a neusilovat o statut registrované služby se všemi jeho nevýhodami. Lze také předpokládat, že ne všechny neregistrované služby se nutně musí vyznačovat nedostatečnou kvalitou poskytované péče a porušováním práv uživatelů. Řešením tedy není jen zkvalitnění kontroly a zpřísnění sankcí vůči neregistrovaným službám, ale také zlepšení postavení služeb registrovaných.

1.1.4 Kompetence a odbornost pracovníků (sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách vs. zdravotnických pracovníků)

Odlišnosti práce sociálních pracovníků v psychiatrických léčebnách a v sociálních službách

Podle §10 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů – zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění se za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

Podle §109 ZSS vykonává sociální pracovník v sociálních službách sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

Je možné konstatovat, že v praxi se náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví příliš neliší od náplně práce v sociálních službách. Rozdíly jsou patrné především v rozsahu poskytované služby. Je běžnou realitou, že v psychiatrických nemocnicích (PN) připadá na jeden pavilon maximálně jeden sociální pracovník. Průměrně tedy hovoříme o 60-70 klientech na jednoho soc. pracovníka. Oproti tomu v sociálních službách je možné hovořit o průměru 20 klientů na jednoho pracovníka. Z těchto čísel je zřejmé, že v PN je rozsah péče připadající na jednoho klienta podstatně menší. Práce se tedy omezuje na řešení akutních případů (vyřízení OP, invalidního důchodu apod.) a je znemožněn komplexní přístup.

Primární cíl sociální práce ve fázi před ukončením hospitalizace klienta je příprava na přechod z lůžkového zařízení do přirozeného prostředí. To obnáší zajištění návazné péče a zabezpečení hlavních životních oblastí jako bydlení, práce, volný čas, vztahy, finance. To ovšem vyžaduje týmovou spolupráci profesionálů ze zdravotní i sociální sféry.

V sociálních službách má soc. pracovník v obecné rovině za úkol podchytit širší oblast klientova života (práce, bydlení, vztahy aj.) a je schopen mu poskytnout systematickou a kontinuální podporu. Vytváří rehabilitační plány, mapuje, kontroluje, hodnotí. Chceme-li být konkrétnější, tak se zde sociální práce zaměřuje na konkrétní oblast (krizová centra, denní stacionáře, chráněné dílny, chráněné bydlení), je více individuální, sociální pracovník bere v úvahu klientův aktuální stav, jeho možnosti, přání a zejména jeho potřeby a podle toho volí další postupy.

Pracovník v sociálních službách, který disponuje pouze absolvovaným kurzem je v nejčastějším kontaktu s cílovou skupinou

S tímto faktem je nutné se smířit, neboť ZSS (§ 116, odst. 5) hovoří jasně. Rozporuplné emoce budí především písmeno a) a b) výše zmíněného odstavce, kdy nejvyšším požadovaným formálním vzděláním je základní škola, resp. střední škola s výučním listem a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Je ale obecně známé, že při poskytování rekvalifikačního kurzu hrazeného Úřadem práce dochází na straně poskytovatele kurzu k zásadnímu střetu zájmů (kurz není poskytovateli vzdělávání uhrazen, pokud frekventant neabsolvuje úspěšně).

Je tedy na poskytovateli sociální služby, aby si nastavil interní požadavky na pracovníky v sociálních službách s ohledem na náplň práce a cílovou skupinu. Jako relevantní se jeví například požadavek na alespoň zahájený akreditovaný psychoterapeutický výcvik. Samozřejmostí je pak průběžné vzdělávání těchto pracovníků, intervize, supervize, příp. mentoring.

Překryvy ve výkonech psychiatrických sester a sociálních pracovníků a jak je lze odstranit

Překryvy ve výkonech psychiatrických sester a sociálních pracovníků existují. Pro konkrétní představu postačí, když na tomto místě detailněji shrneme výkony psychiatrických sester.

V následujícím textu jsou uvedeny pouze specifické kompetence, kterými disponuje psychiatrická sestra poskytující péči v komunitních službách. Z kompetencí komunitní sestry to jsou činnosti jako například poskytování péče a komplexní analýza zdravotní a sociální situace jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí, ochrana a podpora veřejného zdraví. Sestra pro péči v psychiatrii poskytuje primární péči v péči o duševní zdraví a pomáhá pacientovi v resocializaci, včas zachytí nastupující krizi, vykonává krizovou intervenci, využívá prvky psychoterapie (podpora pacienta a pomoc rodině, individuální psychoterapeutické rozhovory aj.), funguje jako koordinátor spolupráce mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami (včetně sociálních služeb a svépomocných skupin), vytváří podmínky pro bezpečný návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí, na základě indikace lékaře poskytuje ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta, sleduje dodržování léčebného režimu pacienta a tyto informace předává ošetřujícímu lékaři (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Výkony psychiatrických sester (odbornost 914) a jejich zkrácené popisy:

Kód 35811 – **Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry** (dále jen PS) – spadá posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí. Ve spolupráci a v respektování potřeb pacienta PS vytváří individuální rehabilitační a krizový plán, který následně schvaluje lékař. PS tento plán pravidelně reviduje, případ konzultuje s týmem. Součástí výkonu je i case management, vytváření a průběžná kontrola terapeutického plánu.

35815 – **Psychiatrickou rehabilitaci individuální PS** vykonává na specializovaném pracovišti nebo v přirozeném prostředí pacienta. PS podporuje psychickou poruchou narušené sociální funkce s využitím kognitivně-behaviorálních technik zaměřených na běžné situace. Trénuje s pacientem komunikaci s cílem zvýšit úroveň sebekvědy. Kontroluje stav pacienta, podporuje ho v užívání perorální medikace, spolupracuje s rodinou. Její snahou je předcházet relapsu nemoci a hospitalizaci pacienta.

35821 – **Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou** – výkon prováděný v období hrozící či akutní dekompenzace onemocnění psychiatrického pacienta v jeho přirozeném prostředí. Psychiatrická sestra s pacientem stanoví prioritní činnosti krizového plánu, podle něhož následně provádí aktivity zaměřené na zvládnutí krize (podpora v užívání medikace, kognitivně-behaviorální techniky, zvládnutí stresu, péče o sebe sama).

35823 – **Edukace psychiatrickou sestrou** o předepsaných lécích (užívání, nežádoucích účincích, vysvětlení důležitosti užívání léků a důsledků jejich vysazení). Cílem je motivovat pacienta k léčbě, změnit jeho nerealistická očekávání, zmírnit ambivalenci, podpořit soběstačnost a tím udržet a zvýšit pacientovu účast na léčbě. Edukace je interaktivní (otevřené otázky, empatické zhodnocení a naslouchání, zjišťování pacientových představ a přesvědčení, využívání didaktických pomůcek).

Edukace nemusí být zaměřena jen na pacienta, ale ke spolupráci můžeme vyzvat i rodinu duševně nemocného člena rodiny. Možnost vykázat jen 75 min, 1x do roka.

35825 – Reeducace psychiatrickou sestrou – výkon, který se vykazuje maximálně 4x do roka, zahrnuje veškeré techniky jako výkon 35823. Psychiatrická sestra si ověří zkušenosti pacienta s užíváním léků, doplní chybějící informace.

Role sociálního pracovníka je dynamická a mnohvrstevná. Zjednodušeným způsobem je možné ji rozdělit například takto:

Administrativní (úřednická)

Úkolem je správným způsobem a předem danými postupy zúřadovat dané úkoly (např. dávky, projekty apod.), vést a řídit kvalitně dokumentaci (jinými slovy “mít v pořádku papíry”).

Poradensko-terapeutická

V této vrstvě je sociální pracovník člověkem, který na změnách v klientově sociální/životní situaci pracuje za pomoci svého vztahu ke klientovi. Kořeny této vrstvy mohou vycházet nejen z formálního vzdělání, terapeutických výcviků apod., ale i z mnoha velmi osobních zdrojů, které dotyčného přivedly k sociální práci.

Expertní

Sociální pracovník zastává specifickou roli odborníka na sociální procesy, který je schopen vnímat jejich komplexnost, propojenost, ale i dopady na konkrétní sociální případy. V clientské práci se expertní role bude projevovat např. v odborném posuzování a následném rozhodování.

Z výše uvedeného je zřejmé, že role těchto odborností v komunitní péči se překrývají z velké části. De facto jedinou oblastí, která je vymezena výhradně psychiatrické sestře, je podpora pacientů při užívání perorální medikace, event. zajištění aplikace depotní injekce a částečně i péče o somatický stav pacienta, kontrola fyziologických funkcí, BMI aj.

Abychom mohli uvažovat o případném odstranění překryvů, je nutné prvně stanovit smysl této činnosti. Z pohledu klienta není žádané překryvy odstraňovat.

Využitelnost dalších odborných pracovníků přímo poskytujících sociální služby

Taxativní výčet odborných pracovníků, kteří zajišťují sociální služby, je uveden v §115 ZSS.

V praxi jsou to především zdravotničtí pracovníci – ergoterapeut, adiktolog, psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra. Dále se na dílčích činnostech podílejí psychoterapeuti, specializovaní terapeuti (arteterapie, dramaterapie aj.), speciální pedagogové, manželští a rodinní poradci, pastorační pracovníci, příp. právníci.

Další odborní pracovníci jsou využíváni v situacích, kdy je to účelné a kdy je zajištěno jejich financování. V službách určených pro duševně nemocné je kromě

psychiatra a ergoterapeuta velmi potřebné zaměstnávat i adiktologa, příp. dalšího zdravotnického pracovníka (psychiatrickou sestru, psychiatra).

Případný vztah k připravovanému zákonu o sociálních pracovnících

Zákon o sociálních pracovnících je ve fázi tvorby věcného záměru zákona (poslední zveřejněný dokument na webu MPSV je platný k září 2014). Vzhledem k tomu, že se jedná o zákon o sociálních pracovnících a ne o sociálních službách, nelze hovořit o žádném vztahu.

Profesní zákon si klade kromě jiného za cíl vymezit sociálního pracovníka vůči dalším profesím, a to např. úpravou podmínek odborné způsobilosti. Na základě profesního zákona by tedy nemělo např. docházet k tomu, že odborná způsobilost bude uznána absolventům nepříbuzných oborů.

Možnosti zapojení zdravotnických pracovníků (například psychiatrických sester) do sociálních služeb (problematika podávání léků v sociálních službách)

Možnosti zapojení zdravotnických pracovníků do sociálních služeb jsou poměrně široké. Zapojení psychiatrických sester je zevrubně popsáno výše. Dalšími zdravotnickými pracovníky jsou např. adiktolog, ergoterapeut, psychiatr a psycholog. Níže jsou uvedeny možné činnosti každého z nich, relevantní pro oblast péče o osoby s duševním onemocněním.

Adiktolog

- poskytuje poradenství v oblasti snižování rizik; sociální a zdravotní asistence; individuální práci s klientem; krizovou a sociálně-právní intervenci; motivační rozhovory s cílovou skupinou; spolupracuje s jinými zařízeními (např. jiná KC, PL, terapeutické komunity); provádí zdravotní ošetření drobných poranění

Ergoterapeut

- provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností personálních (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC) a instrumentálních (především příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, používání dopravního prostředku) pomocí standardizovaných testů a hodnocení v nemocničním i domácím prostředí klienta; provádí hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí; na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie; ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností; poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracují v tomto směru s ošetrovatelským personálem a rodinnými příslušníky klienta

Psychiatr

- poskytuje odbornou pomoc, léčbu; provádí psychiatrická vyšetření; provádí diagnostická vyhodnocování; předepisuje léky; spolupracuje s lékaři jiných oborů a s psychology

Psycholog

- poskytuje odbornou pomoc; provádí psychologická vyšetření; ověřuje způsobilost zaměstnanců; poskytuje psychologické poradenství; poskytuje psychodiagnostiku a testuje

V principu je nutné, aby fungovala spolupráce těchto pracovníků. Není možné jasně vymezovat oblasti práce, aniž by docházelo k překryvům.

Například zmíněná problematika podávání léků je vskutku palčivá, zapojení zdravotnických pracovníků by vyřešilo časté porušování zákona. Dále je důležité zapojení zdravotnických pracovníků v případě přidruženého zdravotního problému (cukrovka, duální diagnózy apod.).

1.1.4 Personální a materiálně technický standard služeb pečujících o duševně nemocné

Personální standard péče o duševně nemocné

Služby pro lidi s duševním onemocněním vždy poskytuje **multidisciplinární tým** a vždy by se mělo jednat o **případově vedený proces** (provázanost a návaznost jednotlivých služeb, ne nesourodé fragmenty služeb); někdy se preferuje používání termínu „interpersonální tým“ (tj. tým, který by nejen měl napomáhat jednotlivým odborníkům dostat se k potřebným datům a pozorováním, aby tito mohli řešit situaci ze své profesní perspektivy (takto někdy definován tým multidisciplinární), ale jednotliví odborníci se snaží svými přispět celému týmu k jednotnému porozumění případu ve prospěch klienta).

Je možné se inspirovat personálním standardem v Podkladovém materiálu pro CDZ.

V multi(inter)disciplinárním týmu by vždy měl být:

- Sociální pracovník – případově vede proces (case manager)
- Psychiatrická sestra
- Pracovník v sociálních službách - dle služby, aktivity, problémem je nedostatečná kvalifikace, současná právní úprava, kdy na jedné straně lidé se základním vzděláním + vysokoškolsky vzdělaní odborníci s psychoterapeutickými výcviky) (kontext velké novely ZSS?)
- Psychiatr
- Peer pracovník (v ČR nový, v zahraničí zavedený, požadovaný podkladovým materiálem pro CDZ, má své opodstatnění, není vhodné

rezignovat nyní, dle současné úpravy dostačuje zařazení na pozici pracovníka v sociálních službách)

Dle konkrétní zakázky klienta a nabízených služeb dále připadá v úvahu:

- Ergoterapeut
- Poradenský pracovník
- Psycholog, psychoterapeut lze i externě
- Odborník na podporované zaměstnávání (otázka kvalifikace, dle ZSS by v úvahu připadal sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, jiný odborný pracovník)
- Odborník na Podporované vzdělávání (dtto)
- Otázka „sociálně-zdravotních pracovníků“ a jejich kvalifikace a kompetence (i s ohledem na ZSS)

Otázka kvalifikace:

Praxe v oboru práce s cílovou skupinou je potřebná v minimálním rozsahu 2 let (v případě práce case managera). V současném znění zákona o sociálních službách je nedostatečně stanovena kvalifikace pracovníka v sociálních službách

Otázka kapacity:

U této cílové skupiny by nemělo docházet k odmítnutí z důvodu kapacity!!! V ideálním případě by odpovídala kapacita max. 20 osob na jednoho pracovníka (z praxe se ale ukazuje, že není vhodné stanovit kapacitu dle počtu klientů, ale spíše dle času stráveného prací s klientem a pro klienta, 20 osob je maximální, optimální je spíše ještě nižší; myslet na zastupitelnost). Je důležité brát v potaz pracovní dobu – v některých případech 7/24.

V této souvislosti vyvstává otázka provázanosti sociálních a zdravotních služeb:

- viz § 36 ZSS – nedostatečný
- registrace sociální služby + registrace nestátního zdravotnického zařízení x zákon o dani z příjmu (obtížné pro malé organizace uplatňující daňové zvýhodnění - např.: registrace nestátního zdravotnického zařízení je pro nestátní neziskové organizace, které jsou vesměs poskytovateli sociálních služeb lidem s duševním onemocněním, ohrožující. Registrováním se, jako nestátní zdravotnické zařízení, přicházejí nyní nově o daňové zvýhodnění do výše 300 tisíc Kč podle zákona o dani z příjmu). Je nutné brát v potaz také roli zdravotních pojišťoven

V případě jiných služeb je třeba vždy počítat s multi(inter)disciplinarností a jedním case managerem (případovým pracovníkem) na maximálně 20 klientů (v případě, že se case manager zabývá pouze přímou prací s uživatelem a má podporu dalších

pracovníků, s jinými specifickými činnostmi (např. pracovní rehabilitace, psychiatrická sestra apod.), a ne jinými činnostmi).

Personální a materiálně technický standard jednotlivých sociálních služeb:

Chráněné bydlení

Co ovlivňuje počet uživatelů na pracovníka v přímé práci:

- cílová skupina a individuálně určené potřeby uživatelů, míra jejich samostatnosti nebo naopak závislosti na pomoci druhé osoby;
- poměr skupinové a individuální práce s uživateli – individuální nácviky, které souvisí s posunem uživatelů k samostatnosti s cílem možného přechodu do jiného typu služby (podpora samostatného bydlení);
- poměr práce v prostorách chráněného bydlení a v terénu;
- časový rozsah poskytování služby (noční směny);
- věk uživatelů a doba jejich pobytu v ústavní péči;
- dostupnost návazných služeb (sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace) – možnost trávit část dne v těchto službách.

Z výše uvedeného vyplývá, že u této služby nelze přesně definovat personální standard, vzhledem k tomu, že nejdříve je nutné definovat okruh osob (míru podpory), až z toho pak vyplyne potřeba personálního obsazení.

V zásadě se pro tento typ služby nepočítá s podporou zdravotnických pracovníků.

Pokud by se však jednalo o službu, která by zajišťovala přechod osob s chronickým duševním onemocněním, kteří strávili dlouhý čas v psychiatrické nemocnici, do běžného prostředí a byla by služba poskytována (přítomný pracovník) 12h denně, předpokládáme v týmu aspoň jednu psychiatrickou sestru a psychiatra na 0,1 úvazku.

Chráněné bydlení skupinové - max. 9 osob s duševním onemocněním na jedné adrese.

- 4 PSS na 4,0
- psychiatrická sestra 0,5 úvazku
- 1 sociální pracovník 0,5 úvazku
- 1 psychiatr 0,1

Materiálně–technické zabezpečení

Předpoklad max. 9 osob s duševním onemocněním na jedné adrese. Chráněné bydlení skupinové. Např. ve třech samostatných bytech. Každý z uživatelů má k dispozici samostatný pokoj (postel, skříň, stůl, židli). Maximálně 3 uživatelé

využívají společný obývací pokoj, kuchyni (případně kuchyňský kout), toaletu a koupelnu.

Prostory pro zázemí služby – zázemí pro vykonávání činností sociálního pracovníka včetně jednání se zájemci, zázemí pro pracovníky v přímé práci.

Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je terénní služba, která je poskytována v v přirozeném prostředí uživatele, v bytě, který uživatel vlastní, nebo si jej pronajímá.

Optimální provozní doba

Každý den, včetně sobot, nedělí a svátků v době od 7:00 do 20:00 hodin. Konkrétní rozsah a doba poskytování sociální služby je předmětem individuálního sjednávání v rámci smluvního vztahu mezi poskytovatelem služby a uživatelem, a to podle jeho skutečných potřeb.

Zákon 108/2006 Sb. nepočítá v této službě v personálním obsazení se zdravotnickými pracovníky.

Počítá se sociálním pracovníkem (SP)

Počítá s pracovníky v sociálních službách (PSS)

Počet pracovníků a počet pracovních úvazků se odvíjí podle kapacity poskytované služby a potřeb jednotlivých uživatelů služby – míry potřebné podpory.

Pokud bychom chtěli, aby každý pracovník věnoval 70% své pracovní doby přímé práci s uživatelem, 20% cesta, 10% ostatní činnosti, pak by 28 h mohl věnovat uživatelům služby. Míra potřebné podpory se může lišit.

Optimální varianta - 2,8 uživatelů na 1 úvazek pracovníka v přímé práci (70% z úvazku, tj. 28 hodin v přímé podpoře uživatele za jeho přítomnosti)

- Sociální pracovník 1,0
- Pracovníci v sociálních službách dle počtu uživatelů (2,8 uživatelů na 1 úvazek)
- Psychiatr 0,1

Materiálně-technické zajištění

Prostory pro zázemí terénní služby – zázemí pro vykonávání činností sociálního pracovníka včetně jednání se zájemci, zázemí pro pracovníky v přímé práci.

Centrum denních služeb

Nejsou vhodná pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním z toho důvodu, že je to služba ze Zákona 108/2006 Sb a Vyhlášky 505/2006 Sb. hrazená. Tím je pro tuto cílovou skupinu bariérová. Osoby s duševním onemocněním nedosáhnou

na příspěvek na péči (maximálně 1%). Také základní činnosti dané zákonem a vyhláškou neodpovídají potřebám uživatelů. Z toho důvodu se jeví vhodnější Nizkoprahové denní centrum. §61, které však nedovoluje zaregistrovat poskytovatelům Zákon 108/2006 Sb.

Poskytuje ze Zákona 108/2006 následující činnosti. Jejich pořadí je stanoveno podle významu pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním.

- 1) **Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti**
- 2) **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**
- 3) **Sociálně terapeutické činnosti**
- 4) Poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- 5) Poskytnutí podmínek pro praní a žehlení osobního prádla
- 6) Poskytnutí stravy
- 7) Poskytnutí stravy a asistence při zajištění stravy
- 8) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

I u této služby je nejdříve nutné definovat okruh osob (míru podpory), až z toho pak vyplývá potřeba personálního obsazení. Ani u této služby Zákon 108/2006 Sb. nepočítá v personálním obsazení se zdravotnickými pracovníky.

U této cílové skupiny se jedná především o **podporu**, nikoli péči.

Při personálním obsazení vycházíme ze stanovení kapacity pracovníka. To znamená, pro kolik uživatelů je tento pracovník klíčovým pracovníkem. Při čemž se nepředpokládá, že by každý uživatel využíval službu denně.

A 50% času je práce se skupinou.

Např.¹

- Vedoucí služby (1,0 úvazek): 10 uživatelů
- Sociální pracovník (0,5 úvazek): 16 uživatelů
- Pracovník v soc. službách (2,0 úvazku) : 40 uživatelů
- 20 dobrovolníků pro zajištění volnočasové aktivity

¹ (Další návrh: Sociální pracovník - 1,0 úvazku - člen multidisciplinárního týmu - splňuje požadavky dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb.

Pracovník v sociálních službách - 4,0 úvazky, splňuje požadavky dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb, člen multidisciplinárního týmu
peer pracovník - PSS se zkušeností s duševním onemocněním 1,0 - splňuje požadavky dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb. - člen multidisciplinárního týmu)

Materiálně-technické zajištění

Prostory pro skupinovou práci (1 větší místnost), prostor pro individuální práci („hovorna“), kuchyně (sloužící pro nácvik vaření, případně pro ohřev jídel), vybavení kuchyně – sporák, mikrovlnná trouba, rychlovarná konvice, nádobí.

Šatna, koupelna a toalety. K dispozici pračka pro nácvik praní.

Prostory pro zázemí služby – zázemí pro vykonávání činností sociálního pracovníka včetně jednání se zájemci, zázemí pro pracovníky v přímé práci.

Odborné sociální poradenství

Nejnižší počet pracovníků – jsou 2 pracovníci na 0,6 úvazku celkem. Při nižším úvazku by registrátorky jednotlivých krajů službu zrušily.

Službu poskytují sociální pracovníci a psychologové (také se vzděláním sociálního pracovníka), případně právníci (za přítomnosti sociálního pracovníka).

Při minimálním množství finančních prostředků: (tomu odpovídající provozní doba)

- Sociální pracovník 0,5
- Sociální pracovník 0,1
- Psycholog – sociální pracovník 0,1

Materiálně –technické zázemí

Zázemí pro pracovníky - kancelář. Hovorna - pro individuální setkávání. Vybavení hovorny - pohodlnými křesly, stolem, kapesníky. Čekárna - s židlemi a nástěnkou s informacemi.

Podle potřeb uživatelů služby mohou schůzky také probíhat v terénu - uživatel si může vybrat, kde schůzku potřebuje, např. v psychiatrických odděleních, v bytě, v kavárně, na úřadě apod.

Sociální rehabilitace

Součástí asertivních komunitních týmů, které poskytují podporu v určitém vymezeném regionu, bývá zdravotnický personál jako psychiatr či terénní psychiatrická sestra. **Terénní psychiatrická sestra** navštěvuje uživatele služby v jeho přirozeném prostředí, sleduje zdravotní stav uživatele služby, zajišťuje vybavení pacientovi lékárny, podporuje uživatele v pravidelném užívání medikace, provádí psychoedukaci uživatele o nemoci, aplikuje depotní injekce na základě indikace lékaře, konzultuje s ošetřujícím psychiatrem a s týmem. **Psychiatr** může mít v péči uživatele, se kterými tým spolupracuje, konzultuje jejich medikaci a zdravotní stav, konzultuje krizové stavy, konzultuje individuální plány, symptomatologii, indikuje výkon terénní psychiatrické sestry, poskytuje odborné informace ze zdravotní problematiky, účastní se práce v terénu. Důležitou součástí je

peer konzultant, který má vlastní zkušenost s nemocí a podporuje proces zotavování u klienta, umožňuje navázat kontakt přes vlastní zážitky.

Co ovlivňuje počet uživatelů na pracovníka v přímé práci:

- Forma poskytované služby – terénní, ambulantní, pobytová
- Individuálně určené potřeby uživatelů, míra jejich samostatnosti nebo naopak závislosti na pomoci druhé osoby
- Metoda práce – case management, podíl skupinové a individuální práce
- Existence návazných služeb - zdravotnických

Podle Zákona 108/2006 Sb jsou v současnosti akceptovatelné tyto pracovní pozice – sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách.

Pro rozvoj terénní práce a pro uplatnění tzv. asertivního přístupu je potřeba tyto pozice rozšířit o pozici psychiatra, psychologa, psychiatrickou sestru, peer pracovníka (pracovníka se zkušeností s duševním onemocněním, PSS).

Na 100 000 obyvatel - 1 tým:

- | | | |
|------------------------|---|------------|
| • Psychiatr | 2 | 1,0 úvazku |
| • Psycholog | 2 | 1,0 úvazku |
| • Psychiatrická sestra | 2 | 2,0 úvazku |
| • Sociální pracovníci | 4 | 2,0 úvazku |
| • Peer konzultant | 2 | 1,0 úvazku |

Materiálně-technické zajištění

Prostory pro zázemí terénní služby – zázemí pro vykonávání činností pracovníků.

Automobil, provoz automobilu (nafta, pojištění, kontroly)

Registrace nestátního zdravotnického zařízení – smlouvy s pojišťovnami

Sociálně-terapeutické dílny

Co ovlivňuje počet uživatelů na pracovníka v přímé práci:

- Individuálně určené potřeby uživatelů, míra jejich samostatnosti nebo naopak závislosti na pomoci druhé osoby
- Kapacita dílny
- Podíl skupinové a individuální práce
- Prostory

Např. podle velikosti dílny – podle počtu uživatelů – cca 60 uživatelů služby

- Sociální pracovníci 2 2,0
- Pracovníci v sociálních službách 6 6,0 (10 uživatelů na 1 PSS)
- V týmu pak psycholog 0,1 - pro práci multidisciplinárního týmu
- Psychiatr 0,1 - pro práci multidisciplinárního týmu

Materiálně-technické zajištění

Prostory pro dílnu (1 větší místnost), prostor pro individuální práci („hovorna“). Jídelna s možností ohřevu jídla), vybavení kuchyně –mikrovltná trouba, rychlovarná konvice, nádobí. Šatna, koupelna a toalety.

Prostory pro zázemí služby – zázemí pro vykonávání činností sociálního pracovníka včetně jednání se zájemci, zázemí pro pracovníky v přímé práci.

Domov se zvláštním režimem - 24h služba

Zejména pro ty pacienty psychiatrických nemocnic, kteří prožili v psychiatrických nemocnicích 20-30 let, jsou již seniorského věku a je předpoklad, že se jejich zdravotní stav bude zhoršovat.

Málo kapacitní. Cca 40 osob.

Psychiatr, člen multidisciplinárního týmu - (0,2 úvazku, externě) - splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb.

Sociální pracovník - minimálně 1,0 úvazku - splňuje požadavky dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb.

Pracovník v sociálních službách - (Počet úvazku podle velikosti zařízení, dostačující pro zajištění 24h služby) - splňuje požadavky dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb.

Všeobecná zdravotní sestra - (Počet úvazku podle velikosti zařízení, dostačující pro zajištění 24h služby), specializace psychiatrie, splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb.

Odlehčovací služby- služba 24h

V praxi navazuje na službu domova se zvláštním režimem z důvodu ekonomického.

Personální složení týmu je shodné s týmem služby domova se zvláštním režimem – poměrné části úvazků.

Nízkoprahové denní centrum

Definovaná potřeby vyšla z komunitních plánů soc. služeb některých měst (př. Brno)

- podle stávající verze Zákona 108/2006 Sb. nelze poskytovat nízkoprahové denní centrum pro osoby s duševním onemocněním)

Bylo by potřebné doplnit do Zákona 108/2006 Sb. možnost poskytování této služby i pro lidi s duševním onemocněním.

V pracovní dny 8 - 18h

- Sociální pracovník - minimálně 1,0 úvazku - člen multidisciplinárního týmu - splňuje požadavky dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb.
- Pracovník v sociálních službách - 4,0 úvazky - splňuje požadavky dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb., člen multidisciplinárního týmu
- peer pracovník - PSS se zkušeností s duševním onemocněním 1,0 - splňuje požadavky dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb. - člen multidisciplinárního týmu

Denní stacionáře - 8-10h denně

Nejsou vhodná pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním z toho důvodu, že je to služba ze Zákona 108/2006 Sb. a Vyhlášky 505/2006 Sb. hrazená. Tím je pro tuto cílovou skupinu bariérová. Osoby s duševním onemocněním nedosáhnou na příspěvek na péči (maximálně 1%). Také základní činnosti dané zákonem a vyhláškou neodpovídají potřebám uživatelů. Z toho důvodu se jeví vhodnější Nízkoprahové denní centrum. §61, které však nedovoluje zaregistrovat poskytovatelům Zákon 108/2006 Sb.

- Sociální pracovník - 1,0 úvazku - člen multidisciplinárního týmu - splňuje požadavky dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb.
- Pracovník v sociálních službách - 4,0 úvazky - splňuje požadavky dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb. - člen multidisciplinárního týmu
- peer pracovník - PSS se zkušeností s duševním onemocněním 1,0 - splňuje požadavky dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb. - člen multidisciplinárního týmu
- psychiatr, člen multidisciplinárního týmu - 0,1 - splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb.
- všeobecná zdravotní sestra - 1,0 úvazků - specializace psychiatrie, člen multidisciplinárního týmu - splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb.

Terapeutické komunity

Předpoklad 12 osob v terapeutické komunitě.

Co ovlivňuje počet uživatelů na pracovníka v přímé péči:

- cílová skupina (závislosti x psychózy x poruchy osobnosti)
- poměr pracovní a sociální rehabilitace

Pro danou službu je nutná podpora zdravotnických pracovníků (psychiatr, adiktolog, ergoterapeut). Dále se jeví jako vhodné zařadit i provozně-technického pracovníka, který by byl schopen spolupracovat s ergoterapeutem.

- PSS 3 úvazky
- Sociální pracovník 3 úvazky
- Psychiatr 0,1 úvazku
- Adiktolog 0,3 úvazku
- Ergoterapeut 1 úvazek
- Provozně-technický pracovník 0,5 úvazku

Materiálně –technické zabezpečení

Zázemí služby:

- 6 klientských dvouúžkových pokojů koncipovaných jako neprůchozí. Důvodem je nepředvídatelné genderové složení klientely
- 1 terapeutický pokoj
- 1 místnost pro realizaci porad týmů, jednání se zájemci o službu, příp. individuální práci s klienty
- 1 velká společenská místnost (jako nevhodné se jeví spojení s jídelnou)
- jídelna
- kuchyně – vybavená jak pro přípravu jídel, tak pro nácvik vaření
- oddělené sociální zázemí, koupelny pro klienty a samostatná koupelna pro terapeuty
- technická místnost (pračka, sušárna, apod.)
- automobil

Telefonická krizová pomoc

Je třeba nejprve stanovit časovou dotaci poskytování služby. Dále je třeba stanovit rozsah přímé a nepřímé práce. Tento poměr by měl ideálně být 70% času přímé práce ku 30% nepřímé.

Jako neopodstatněné se jeví poskytování služby pro danou CS v rozsahu 24 hodin denně. Linky jsou nejvytíženější během dne, a proto považují za vhodné modelovat standard pro službu v rozsahu 12 hodin denně, 7 dní v týdnu.

Za nutný kvalifikační předpoklad nad rámec povinného vzdělání považují úspěšné ukončení výcviku v telefonické krizové intervenci v rozsahu 150 hodin.

- sociální pracovníci 1,5 úvazku
- PSS 2 úvazky
- Psycholog 0,3 úvazku

Jako vhodná, nikoliv nezbytná je možnost konzultovat některé situace s právníkem, který by byl pro službu k dispozici v rozsahu cca 10 hodin měsíčně.

Materiálně –technické zabezpečení

- kancelář s technickým vybavením pro poskytování služby (bezdrátový telefon, PC s připojením na internet, tiskárna)
- sociální zařízení
- menší kuchyňka

Je potřeba si uvědomit významný rozdíl mezi pobytovými x ambulantními x terénními službami. V závislosti na nemovitosti, které jsou k dispozici.

Důležité je vždy:

- Soukromí a diskrétnost uživatelů – jednací místnost
- Týmový způsob práce – místnost pro schůzky týmu
- Prostory zdravotních služeb dle legislativy (minimálně)
- V případě terénních služeb je nutná maximální mobilita a konektivita
 - o služební vozidla (nyní je doprava klienta služebním autem dle doporučení MPSV fakultativní činnost, což v případě aktivit CDZ není vhodné, naopak je to kontraproduktivní)
 - o mobilní komunikace (pracovníci týmu musí být dosažitelní klienty i mezi sebou, každý člen týmu má mobilní telefon)
 - o on-line agenda (notebooky, tablety, mobilní internet - pracovníci musí mít možnost být on-line i na návštěvě u klienta – sdílejí informace, pořizují dokumentaci s klientem, vyhledávají s klientem informace aj. dokumentace on-line umožňuje pracovníkům reagovat pružně, rychle a odkudkoliv)
 - o navíc mobilní způsob práce vytváří žádoucí atmosféru, v níž klíčové jsou vztahy s lidmi (terapeuty, peer konzultanty, ...) a informace, nikoli prostory (ordinace, prostory, kde se soustřeďují lidé s podobným znevýhodněním, ...)
- V rámci materiálně technického standardu je třeba myslet na místa, kde mohou někteří lidé z cílové skupiny smysluplně trávit svůj čas. Nejde jen o nízkoprahová centra služeb, ale také projekty, kde mohou být prospěšní ostatním (sociální firmy, svépomocné skupiny, zařízení typu club-house, ledovecký Mlýn – www.ledovec.cz/mlyn, apod.). Tyto pravidelné aktivity významně snižují nutnost hospitalizací.

1.2 Identifikace cílové skupiny osoby s duševním onemocněním a její specifika v závislosti na diagnóze, věku apod. z pohledu sociálních služeb

Zákon 108/2006 Sb. v jednotlivých druzích služeb hovoří pouze o cílové skupině (dále CS) osob s chronickým duševním onemocněním. Tato CS je uvedena pouze v §43 Podpora samostatného bydlení, § 46 Denní stacionář, §47 Týdenní stacionář, §50 Domov se zvláštním režimem, §51 Chráněné bydlení, §64 Služba následné péče a v §68 terapeutické komunity. Obdobný filtr využívá i registr sociálních služeb, což neumožňuje rychlé nalezení vhodných sociálních služeb.

Sociální služby orientované na osoby s duševním onemocněním však nevyužívají pouze ty osoby, které lze označit za osoby s chronickým onemocněním. Navíc toto označení určitým způsobem osoby s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním stigmatizuje. Těžko se pak ve společnosti, a to jak laické, tak bohužel i odborné, vykořeňuje používání pojmu "chronik". CS osob s duševním onemocněním, tak pro naplnění svých potřeb využívá i další sociální služby.

Dále je potřeba uvést, že CS osob s duševním onemocněním je vzhledem k rozdílnosti potřeb vycházejících z jednotlivých typů onemocnění, velmi široká, a proto je nutné ji podrobněji specifikovat. Jak už bylo naznačeno, dělí se v zásadě podle okruhů diagnostických skupin, na něž pak nasedají určité druhy služeb, které jsou pro daný podtyp CS obvyklé.

- a) Osoby s psychotickou poruchou a osoby ohrožené rozvojem závažného duševního onemocnění,
- b) Osoby s různými typy demence
- c) Osoby ohrožené různými typy závislostí, zejm. na návykových látkách
- d) Osoby s poruchami příjmu potravy
- e) Děti s diagnostikovanou duševní poruchou

1.2.1 Popis podtypů CS, druhy služeb, průchodnost systémem

a) Osoby s psychotickou poruchou a osoby ohrožené rozvojem závažného duševního onemocnění

Jedná se v podstatě o CS definovanou v navrhovaném standardu CDZ. V zahraniční literatuře a praxi je běžně používána kategorie SMI, tedy Serious/severe Mental Illness (závažné duševní onemocnění). Právě osoby z tohoto okruhu jsou při neadekvátní péči ohroženy chronifikací nemoci, opakovanými hospitalizacemi a sociálním vyloučením.

Za nejzávažnější duševní onemocnění je označována schizofrenie (diagnostická skupina F20–F29). Podle údajů ÚZIS bylo v roce 2013 v péči ambulantních

psychiatrů 48 603 pacientů s touto diagnózou, z čehož bylo 4 970 případů nových onemocnění. Do této kategorie ještě spadají osoby diagnózou afektivní poruchy (F30–39). S touto nemocí se v roce 2013 ambulantně léčilo 111 127 osob (z toho 19 219 nově diagnostikovaných onemocnění).

Ve standardu CDZ je z důvodu včasné intervence CS SMI rozšířená o osoby ohrožené rozvojem závažného duševního onemocnění (zejm. krátce nemocní) a v segmentu krizových služeb také na osoby v krizové situaci obecně.

Zdravotní, psychologické i sociální faktory výrazně ovlivňují míru postižení navozeného duševní poruchou. Tíživá sociální situace může mít výrazný vliv na míru projevu onemocnění. Proto podpora a pomoc musí být komplexně bio-psycho-sociální. Postižení může znevýhodňovat klienta v řadě oblastí (práce, sociální vztahy, volný čas atd.). Členové výše definované cílové skupiny mají různé formy postižení a nacházejí se v odlišné nepříznivé sociální situaci – např. mladý člověk v 17 letech po první atace žijící v rodině a 60letý člověk bez domova.

Průchod systémem:

- Mladí lidé po první atace nemoci – obvykle nedokončí střední popř. vyšší vzdělání. V nemoci se neorientují, nepřipouští ji, ve vztahu k léčbě bývají nedisciplinovaní. Jejich život výrazně ovlivňuje původní rodina.

Pro tyto lidi je vhodná individuální podpora, vrstevnické skupinové programy a práce s rodinou. Cílem podpory bývá dokončení vzdělání, náhled na nemoc, udržení přátelských vazeb a vztahů s původním okolím. Nejčastěji je podpora poskytována prostřednictvím služby sociální rehabilitace §70.

V oblasti práce mohou osoby s duševním onemocněním dostat příležitost k nácviu sociálních a pracovních dovedností ve službách § 67 sociálně-terapeutických dílen. Případně na nácvikových, tréninkových místech v chráněném prostředí a na chráněných pracovních místech (Zákon o zaměstnanosti §78). Jako nejúčinnější podpora se pro některé osoby s duševním onemocněním jeví metoda Individual placement support, jejichž hlavním cílem je umístování uživatelů na běžném pracovním trhu bez předchozí rehabilitace a to na pozicích odpovídající vzdělání uživatelů. Zásadní je podpora klienta, která je poskytována před nástupem do zaměstnání a také v jeho průběhu.

- Lidé s duševním onemocněním po opakovaných atakách – tato část CS asi nejvíce využívá stávající sociální služby komunitního charakteru. Jedná se zejména o osoby, které jsou většinou příjemci nějakého stupně invalidního důchodu (za rok 2013 celkem 38 453 vyplácených ID, cca 22 tis. osob z toho má diagnostikovanou schizofrenii), sociálně často izolovaní, nebo sociální izolací výrazně ohrožení, s nízkou mírou motivace, potřebující podporu v mnoha životních situacích a oblastech najednou (finance, bydlení, práce, vztahy zvládání nemoci, aktivizace...). Uplatňuje se široké spektrum služeb, zejména v oblasti prevence (SR, STD, SAS,

OSP, KP...), z oblasti péče pak PSB a CHB. Důležitým prvkem podpory je pak koordinace služeb.

- Lidé, kteří si vinou duševního onemocnění své potíže neuvědomují. Pomoc nechtějí a nežádají. Tato podskupina CS je v tuto chvíli nejméně pokrytá sociálními službami. Asertivní podpora částečně naráží na samotnou podstatu zákona o soc. sl., tj. že klient s péčí a podporou významně souhlasí, je motivovaný ke změně, aktivně se na ní podílí.

Z toho důvodu službu této části cílové skupiny poskytuje Terénní komunitní tým, který poskytuje podporu lidem v jejich domácnostech. Tým spolupracuje s osobami blízkými a zaměřuje se na podporu při zvládnání domácnosti, řešení obtížných sociální situací, orientaci v situaci a zajištění dalších služeb právnických a psychologických, zlepšení kvality života, podporuje při vzdělávání, spolupracuje s psychiatrickou sestrou. Podpora bude nejčastěji poskytována prostřednictvím služby sociální rehabilitace §70.

Obsah práce týmu: Zasahují v krizi, poskytují domácí péči, podporují život člověka v domácím prostředí. Výhodou je, že mohou v případě krize předcházet hospitalizaci – člověk nevypadává ze svého prostředí. Umožňují mu napojit se na zdroje komunity, na svou vlastní sociální síť. Mohou poskytovat pomoc rodinným příslušníkům. Výsledkem práce by měla být stabilizace psychického stavu pacienta a snížení počtu hospitalizací, případně zkrácení pobytu v lůžkovém zařízení. Tým může být složený ze sociálních pracovníků+konzultovat s psychiatrem a s psychologem.

- Lidé, kteří strávili výraznou část svého života (10-20 let) v psychiatrické nemocnici – ve většině případů se u nich jednalo o tzv. sociální hospitalizaci, neboť se nemají kam vrátit. Po propuštění z psychiatrické nemocnice jsou ohroženi bezdomovectvím (nemají příbuzné, nemají možnost bydlení, za roky strávené v psychiatrické nemocnici ztratili potřebné návyky v péči o sebe). Tato část cílové skupiny tak končí v noclehárnách, v azylových domech a jako lidé bez domova. Personál v těchto službách s nimi neumí pracovat, resp. na to služby ani nebývají kapacitně nastavené. Lidé s duševním onemocněním, kteří nenavštěvují pravidelně ambulantního psychiatra, neužívají léky, tak nejsou schopni respektovat pravidla a narušují společné soužití, což vede ke konfliktům a velmi často k zákazu vstupu. V ideálním případě se opatrovníkům podaří sehnat umístění v sociální službě domova se zvláštním režimem určeného pro tuto cílovou skupinu. Častěji však v neregistrovaných sociálních službách, ve kterých jsou do té doby, pokud jim stačí našetřené finanční prostředky z dob strávených v psychiatrické nemocnici.

Pro některé z nich by bylo vhodná služba §51 chráněného bydlení s vysokou mírou podpory. Na dobu potřebnou k nácviku základních sociálních dovedností pro bydlení s menší mírou podpory, případně sociálního bydlení s doprovodnou sociální službou §43 podporou samostatného bydlení nebo §70 službou sociální rehabilitace.

V případě poskytovatelů soc. sl. specificky zaměřených na tuto část CS, jsou obvykle registrovány tyto sociální služby:

- § 37 odborné sociální poradenství
- § 43 podpora samostatného bydlení
- § 45 centrum denních služeb
- § 50 domov se zvláštním režimem
- § 51 chráněné bydlení
- § 52 sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče
- § 55 telefonická krizová pomoc
- § 60 krizová pomoc
- § 64 služby následné péče
- § 66 sociálně-aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- § 67 sociálně-terapeutické dílny
- § 70 sociální rehabilitace

b) Osoby s různými typy demence (se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí)

Demence představuje vážné duševní onemocnění způsobené degenerativními změnami v mozkové tkáni. Tímto typem onemocnění v roce 2013 trpělo 67 184 osob.

Osobám s různými typy demencí je služba při počátečních projevech poskytovaná v přirozeném prostředí, ve kterém se ideálně kombinuje péče příbuzných a pečovatelské služby. Pokud je možné zapojení rodinných příslušníků, pak je také možná kombinace jejich péče se službou §46 denního stacionáře, §47 týdenního stacionáře, případně §44 odlehčovací služby. Rozložení těchto služeb a jejich kapacita je však v různých částech ČR odlišná a celkově nedostačující.

Při pokročilých stádiích demence dochází k hospitalizaci osob v psychiatrických nemocnicích, v ideálním případě přechodu na sociální lůžka do té doby, než se najde vhodná služba §50 domov se zvláštním režimem.

V současné době roste trend přeregistrování pobytových služeb pro seniory ze služby §49 domov pro seniory na §50 domov se zvláštním režimem z toho důvodu, že senioři zůstávají daleko déle ve svém přirozeném prostředí za pomoci terénních služeb a do pobytových služeb, které zajišťují 24h péči se dostávají až senioři, kteří nejsou schopni se o sebe postarat, ať už z důvodu věku, nebo duševního onemocnění.

V případě poskytovatelů soc. sl. specificky zaměřených na tuto část CS, jsou obvykle registrovány tyto sociální služby:

- §40 pečovatelská služba
- §46 denní stacionáře
- §47 týdenní stacionáře
- §44 odlehčovací služby
- §50 domov se zvláštním režimem
- §52 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

c) **Osoby ohrožené různými typy závislostí, zejm. na návykových látkách**

Osob léčených s poruchou vyvolanou alkoholem bylo v roce 2013 celkem 26 459 a těch s poruchou vyvolanou jinou psychoaktivní látkou bylo 17 351. Dohromady tedy více než 43 800 osob.

Sociální služby jsou ve větší míře zaměřeny na uživatele nelegálních drog. Existuje poměrně rozvinutá síť pro tuto CS. Primární je zahájit proces stabilizace závislostí v původním životním místě klienta. Ústavní léčba by měla přijít až ve chvíli, kdy selže některá z léčby ambulantní. Např. §46 denního stacionáře s intenzivněji strukturovaným terapeutickým programem a programy zaměřené na sociální stabilizaci (programy substituční léčby).

Pro snižování sociálních a zdravotních rizik slouží §69 terénní programy a §59 kontaktní centra.

Ve stávající praxi je to ve většině případů tak, že člověk se závislostí je nejdříve hospitalizován (detox) a následuje pobyt v jedné ze služeb §68 terapeutických komunit, kde jsou mu pro přechodnou dobu poskytovány pobytové služby v určitém režimu se strukturovaným programem. Po terapeutické komunitě mohou následovat §46 služby následné péče (doléčovací skupiny, doléčovací zařízení, svépomocné programy, práce), §51 služba chráněného bydlení a podpora v oblasti práce (Zákon o zaměstnanosti)

V případě poskytovatelů soc. sl. specificky zaměřených na tuto část CS, jsou obvykle registrovány tyto sociální služby:

- § 59 kontaktní centra
- § 69 terénní programy
- § 68 terapeutické komunity
- § 46 služby následné péče
- § 46 denní stacionáře
- § 51 chráněné bydlení

d) Osoby s poruchami příjmu potravy

Péči o osoby poruchami příjmu potravy se v rámci ČR věnuje zejména nezisková organizace Centrum Anabell, na kterou se obrací většinou příbuzní osob s poruchami příjmu potravy, méně častěji pak osoby touto poruchou přímo postižené. Osobám je poskytnuto odborné sociální poradenství a nabídnuta další podpora, nutriční poradenství, psychoterapie, svépomocné skupiny.

V případě poskytovatelů soc. sl. specificky zaměřených na tuto část CS, jsou obvykle registrovány tyto sociální služby:

- §37 sociální poradenství
- §55 telefonická krizová pomoc

e) Děti a mládež s duševním onemocněním

Pedopsychiatrie, která se stará o pacienty od věku 2 let. Podle statistik je výskyt duševních poruch u dětí a adolescentů v 10-20 % dětské a adolescentní populace. Stoupá incidence a prevalence autismu a očekává se další zvyšování nemocnosti úzkostných a depresivních poruch (vysoké nároky ve školách, prohlubující se problematika týraných a zanedbávaných dětí, problematika dětí z neúplných rodin, sociálně slabých rodin), duševní poruchy v souvislosti s návykovými nemocemi. Pozdní záchyt vede k trvalému poškození osobnosti, v některých případech kriminalitě v dospělosti.

Významnou částí této podskupiny CS jsou děti s diagnózou porucha autistického spektra, pro které v současné době existuje velmi malé množství sociálních služeb.

Dětem s poruchou autistického spektra, zejména školního věku, se nejčastěji věnují rodinní příslušníci v kombinaci s terénní službou §39 osobní asistence. Vzhledem k velké finanční náročnosti a nedostatku osobní asistence a jejího nedostatečného pokrytí v odpoledních a večerních hodinách, případně o svátcích a víkendech, leží tíha poskytování péče na rodinných příslušnících. Služby §46 denní stacionáře a §47 týdenní stacionáře mají vzhledem k narůstajícímu počtu osob s autismem nedostatečné pokrytí v rámci ČR a nedostatečnou kapacitu. Mnohdy jsou také osoby s autismem součástí kolektivu dětí s mentálním, případně kombinovaným postižením. V současné době tradiční služby §48 domovy pro osoby se zdravotním postižením zápasí s nedostatkem zájmu ze strany rodičů dětí s poruchou autistického spektra. Většina těchto služeb je stále poskytována ve velkokapacitních budovách – kapacita 100, 200, 300, ve kterých není možné garantovat individuální přístup ke každému jedinci. Možná cesta pro tuto cílovou skupinu je vznik dalších, nízkokapacitních chráněných bydlení § 51 doplněných o službu §67 sociálně terapeutických dílen, případně vytvoření chráněných pracovních míst (mimo sociální službu - Zákon o zaměstnanosti §78).

V případě poskytovatelů soc. sl. specificky zaměřených na tuto část CS, jsou obvykle registrovány tyto sociální služby:

- § 39 osobní asistence
- § 46 denní stacionáře
- § 47 týdenní stacionáře
- § 48 domovy pro osoby se zdravotním postižením
- § 51 chráněné bydlení
- § 67 sociálně terapeutické dílny

Závěrem lze říci, že specifika podpory jednotlivých podskupin CS si zaslouží vyšší míru rozlišování i oddělené systémy péče. V tomto ohledu je definované CDZ a úžeji vymezená cílová skupina, tj. SMI, naprosto v pořádku. V dalších krocích reformy psychiatrické péče je nezbytné zaměřit se na ostatní podskupiny a jejich potřeby ve vztahu k vytvářenému systému služeb.

1.3 Směřování sociálních služeb v souvislosti s připravovanou reformou

Navrhovaná reforma psychiatrické péče je poskytovateli sociálních služeb odborně zaměřených na osoby s vážným DO většinou a výrazným způsobem podporována. Hlavním důvodem je, že k vyšší míře propojení, resp. spojení sociálních a zdravotních služeb do jednoho funkčního celku (CDZ) a zajištění provázanosti na další subjekty péče (nemocnice, ambulance, další návazné soc. sl. – např. STD, PSB, CHB) směřuje většina komunitně zaměřených sociálních služeb dlouhodobě. **Navrhovaná změna navíc z velké části obsahuje principy a jednotlivé prvky podpory, které jsou ve službách již poměrně dlouho aplikovány.** Těžiště služeb (zejm. SR) se už dnes většinou nachází v terénu. Nově začíná být ve službách využíváno asertivního přístupu. Momentálně, vzhledem k nedostatečné kvalifikovanosti pracovníků a kapacitě, ve větší míře zatím chybí samostatně registrované krizové služby. Nicméně prvky krizové intervence jsou v poskytovaných službách obsaženy. **Sociální služby, které se věnují osobám s vážným duševním onemocněním se tak jednoznačně přibližují naplnění sociální části definovaného standardu Centra duševního zdraví.**

Služby jsou zajišťovány sociálními pracovníky se specifickým vzděláním pro poskytování služeb osobám s duševním onemocněním obvykle přesahující zákonem danou min. časovou hranici 24 h./rok. Toto vzdělávání je pak nežádka doplňované o sebezkušenostní či psychoterapeutické výcviky, nebo prohlubováním určité specializace (podporované zaměstnávání, práce s lidmi s duální dg. apod.). V týmech se na pozicích pracovníků v sociálních službách (po absolvování povinného kurzu) objevují psychiatrické popř. všeobecné sestry, byť zatím bez možnosti vykonávat zdravotnické úkony.

Rozvoj žádoucím směrem umožnily finanční prostředky zejm. z OPLZZ a nově i Norských fondů. Díky nim začínají být týmy sociálních pracovníků kromě zdravotních sester doplňovány i o úzkou spolupráci s psychiatry.

Nositelem tohoto způsobu podpory bývá zejm. služba sociální rehabilitace, zejm. její terénní forma.

Tým vyjíždí za nemocnými do terénu, pomáhá řešit akutní problémy. Obvykle funguje každý všední den mezi 8-17h, v provozu je pohotovostní telefonní linka. Pracovnice na telefonu je připravena řešit krizové situace. Podle popisu krizovou situaci vyhodnotí, navrhne řešení a pomůže je zajistit. Pokud to situace vyžaduje, zorganizuje výjezd týmu do 24h. Členové týmu na místě situaci zmapují, pomohou klientovi i jeho blízkým s jejím řešením. Je-li to potřeba, pomáhají kontaktovat další sociální a zdravotní služby a koordinují spolupráci. Terénní tým poskytuje i návaznou službu po skončení hospitalizace. Klientům, kteří mají problémy se zvládnutím běžných životních situací, pomáhá s vedením domácnosti, finančním hospodařením, péčí o sebe, zajišťuje doprovod k psychiatrovi, dalším lékařům, na úřady atd. Pracovnice týmu navštěvují klienta i několikrát týdně. Monitorují jeho zdravotní stav. Dojde-li k jeho zhoršení, pomáhají ho řešit ve spolupráci s ambulantním psychiatrem a psychiatrickým zařízením (takto to např. funguje v Brně, Praze, ale obdobně i v jiných částech ČR).

Dalším směrem, kam se v současné době upírá pozornost poskytovatelů sociálních služeb, je **tzv. sociální bydlení**. Změnou smýšlení politických reprezentací měst, dochází k uvolňování bytů s nekomerčním nájmem i pro tuto cílovou skupinu. **Sociální služba - obvykle podpora samostatného bydlení §43** - je pak poskytována přímo v pronajatých bytech tak, aby po skončení potřebné podpory člověk s duševním onemocněním zvládl samostatně bydlet právě v tom místě/bytě, kde se bydlet naučil. V případech zhoršení zdravotního stavu pak zasahuje širší terénní tým (SR).

Tento trend je v současné době podpořen připravujícími se projekty na další plánovací období čerpání finančních prostředků z EU, kde se s koupí bytů, s jejich rekonstrukcí, s nekomerčním nájmem počítá. V té souvislosti už začínají vznikat strategie sociálního začleňování osob ohrožených bezdomovectvím, mezi něž tato cílová skupina rozhodně patří. Příkladem popsaného směřování je např. 4. komunitní plán sociálních služeb města Brna, kde se neobjevila potřeba vzniku dalšího chráněného bydlení, ačkoli z hlediska počtu lidí žijících dlouhodobě v psychiatrických nemocnicích, se stávající kapacita chráněného bydlení (Sdružení Práh 20 míst, Diakonie ČCE 11míst) jeví nedostatečně. Toto směřování by bylo v návaznosti na strategii reformy a poskytování SoS vhodné na úrovni krajů či ORP podrobněji zmapovat.

Obecně lze tedy říci, že stávající sociální služby zaměřené na osoby s vážným duševním onemocněním z okruhu psychotických poruch (širší SMI) se v rámci stávajícího systému služeb definovaných ZoSS (popř. zák. 435/2006 Sb. O zaměstnanosti) snaží vytvářet okolo klientů komplexní systém služeb psychosociální / psychiatrické rehabilitace, který tvoří:

1. dlouhodobá individuální podpora a koordinace využívání ostatních služeb, vč. služeb krizové intervence, práce s rodinou (SR, KS)
2. aktivizační služby (SAS)
3. služby „pracovní rehabilitace“, podpora zaměstnanosti (STD, popř. CHPD/sociální firmy)
4. služby podpory bydlení (PSB, CHB)
5. podpora svépomocných uživatelských a rodičovských skupin
6. propojení se zdravotnickými psychiatrickými službami

Cílem je aby klient mohl setrvat ve svém přirozeném prostředí a nemusel využívat institucionální péči (např. DZR), která radikálním způsobem mění jejich život. Rozvoj služeb DZR v tomto kontextu a pro tuto část CS osob s DO proto není aktuálně žádoucí, neboť je pravděpodobné, že pokud se podaří vytvořit dostatečně fungující síť komunitních služeb, nebude nutné jejich počet zvyšovat.

1.3.1 Související problematické okruhy při reformě psychiatrické péče

Tvůrci strategie reformy mluví jazykem odborné psychiatrické komunity, tj. jazykem psychosociální, resp. psychiatrické rehabilitace. Většina stávajících poskytovatelů sociálních služeb odborně zaměřených na CS osob s duševním onemocněním tomuto jazyku velmi dobře rozumí. Nicméně je zřejmé, že určitá nejednotnost a nepřesné užívání termínů „sociální služby“, „služby sociální péče“, „služby sociální prevence“; popř. termíny jako např. „rezidenční komunitní služby“, „pracovní rehabilitace“, „sociálně-psychiatrické služby“, „mobilní týmy“ apod., které ZSS nezná, by mohla u nových poskytovatelů v budoucnosti způsobit zmatky a **je třeba tato různá pojmenování uvést do vzájemného vztahu a souladu.**

Obdobně při poskytování služby mohou pracovníci využívat pouze **nástroje, které jim Zákon 108/2006 Sb. vymezuje.** Vzhledem ke specifikám cílové skupiny se jedná zejm. o anonymní poskytování služby, uzavírání ústní smlouvy (pokud je člověk s duševním onemocněním schopen vnímat), motivování člověka ke spolupráci. Nicméně toto je ale vzhledem k potřebám CS často nedostačující a bylo by **užitečné do legislativy zahrnout i činnosti a úkony, které budou lépe umožňovat práci s nemotivovaným klientem** (např. bez jím jasně formulovaných zakázek).

Problém vyvstává i u samotného vymezení okruhu osob jako osob s „chronickým duševním onemocněním“, protože do této skupiny patří jak osoby s psychotickým onemocněním, tak i osoby s různými typy demencí. Údaje uváděné v Registru sociálních služeb jsou proto v těchto případech zavádějící a nepřesné. Podle počtu služeb § 50 domovů se zvláštním režimem a jejich kapacit by se mohlo zdát, že je služeb pro osoby s duševním onemocněním definovaných ve standardu CDZ dostatečný počet. 90% všech těchto služeb je však určeno osobám s různými typy demencí. Podobné to může být i u jiných druhů služeb. Jediným rozlišujícím

vodítkem je pak až popis poskytování služby, ale je nejasné, v jaké míře je pro plánování služeb využíván.

Další problematickou oblastí v oblasti sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním je **nepřiznání příspěvku na péči**. Přestože je v zákoně přesně popsán postup pro přiznání Příspěvku na péči, tak se organizace a blízké osoby lidí s duševním onemocněním shodují, že právě těmto osobám často nebývá příspěvek přiznán. Je to především z toho důvodu, že systém je nastavený především pro lidi s tělesným a mentálním postižením. Tím pádem se stává, že služby pro lidi s duševním onemocněním nemají být z čeho hrazeny. Je to velká komplikace při poskytování služeb péče, služeb ze zákona hrazených, jako např. centrum denních služeb, denní stacionář, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, domov se zvláštním režimem. Pokud člověk s duševním onemocněním službu potřebuje, není nedostatek finančních prostředků zákonným důvodem mu službu neposkytnout.

V Zákoně 108/2006 Sb. je u jednotlivých druhů sociálních služeb definovaný okruh osob např.: §43 podpora samostatného bydlení....“ *osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace....“*, § denní stacionář ...“ *osobám s chronickým duševním onemocněním“*, §50 domov se zvláštním režimem *osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění...“*, atd. “

Jako problematické k výše uvedenému se jeví i **tlak rodinných příslušníků** osob s duševním onemocněním, které na rozdíl od osob s duševním onemocněním, které by rády setrvaly v přirozeném prostředí, žádají pro své blízké 24h službu, nejlépe bez možnosti volného odchodu. Vede je k tomu strach z toho, co bude s jejich dětmi (dospělými lidmi s duševním onemocněním), po jejich smrti. Nevědí, kdo se o ně postará, a rádi by vybudovali další služby domovy se zvláštním režimem §50. V případě pobírání PP je pak problém opačný, příjemce je v původní rodině často držen z ekonomických důvodů.

1.3.2 Role svépomocných skupin

Co je svépomocná patientská skupina a její charakteristika:

Hlavním cílem svépomocné skupiny je naplnění společných potřeb členů skupiny tzn. potřeby sdílení zkušenosti s nemocí a potřeby kontaktu s pacientem se stejným onemocněním. Aktivity skupiny jsou vedeny spontánně skrze osobní potřeby a možnosti členů skupiny. SPS nemá právní subjektivitu tzn. nemůže např. vstupovat do právních vztahů, přijímat dary, zastupovat své členy apod. Klade se důraz na přátelské vztahy, rovnost členů skupiny – není hierarchie kromě koordinátora skupiny atd. Členství je podmíněno pouze kapacitou skupiny (stabilita skupiny je křehčí). Počet členů skupiny je omezen (čím méně, tím lépe funguje – max. 12 členů).

SPS je financována primárně z vlastních zdrojů členů, což má vliv na množství a kvalitu aktivit

Přínos svépomocné skupiny pro pacienty v léčebně i mimo ní

Zmírnění negativních dopadů psychické nemoci - izolace, stigma, strach z nemoci, obavy z budoucnosti, ztráty zaměstnání, invalidita, vyloučení ze společenského života atd., pozitivní vliv na psychiku pacienta tzn. i na léčbu nemoci

Účast ve svépomocné skupině pomáhá pacientům:

- navázat sociální kontakty a často i dlouhodobé, přátelské vztahy
- naplnit volný čas
- je zdrojem pozitivních zážitků
- je zdrojem emoční podpory pacienta pacientem
- umožňuje sdílení zkušenosti s nemocí
- vede ke zvýšení sebevědomí a motivuje pacienta bojovat s nemocí (co dokázal spolupacient, to můžu realizovat i já)
- je zdrojem informací o nemoci, léčbě a především o možnosti života s nemocí
- účast ve skupině je přechodem k běžnému životu a práci

Proč svépomocné skupiny v psychiatrických léčebnách, v Centrech pro duševní zdraví, psychiatrických odděleních nemocnic a v sociálních službách?

- Podpora profesionální péče - zdroj motivace pacienta ke spolupráci s personálem
doplnění profesionální péče
- Prostor pro navázání spolupráce a kontaktu personálu s pacientem
- Destigmatizace pacienta - je prezentován v aktivní roli partnera lékaře a zdravotnického personálu
- Rozšíření nabídky volnočasových aktivit v léčebně, psychiatrických oddělení nemocnic, CDZ Zlepšení spokojenosti pacientů s pobytem v léčebně, poskytováním sociálních služeb
- Úspora financí i personálu
- Zdroj podnětů pro spolupráci či založení občanských sdružení při CDZ, poskytovatelů sociálních služeb pro uživatele psychiatrické péče, léčebnách - propojení uživatelů s vnějším světem
- Po ukončení hospitalizace založení svépomocné skupiny v místě bydliště za podpory např. zapsaného spolku KOLUMBUS.

Příklady aktivit svépomocných skupin (organizací) v průběhu hospitalizace a po ukončení:

- Organizace pravidelných setkání skupiny, kde pacienti si spolu povídají a vyměňují si zkušenosti a informace
- Organizace volnočasových aktivit v areálu léčebny (zájmové kroužky, sportovní, kulturní a vzdělávací aktivity, které zajišťují sami pacienti).
- Organizace volnočasových aktivit mimo zdravotnické zařízení (společné návštěvy sportovišť, turistika, solná jeskyně, kina, divadla, výstav apod.)
- Vedení pacientských klubů, PC kurzy, přístup k internetu a kaváren v léčebně.
- Svépomocná poradenská činnost – nedobrovolné hospitalizace, bydlení, práce, dluhy, rodina atd.
- BUŇKA – Podpůrné doprovody uživatelů při a po ukončení hospitalizace:

Buňka celorepubliková - rok 2014			
Účel doprovodu		Měřitelné veličiny	
domů	32	počet hodin doprovodů	708
pošta	5	počet návštěv doma	35
úřad	24	počet hodin na návštěvě	144
spořitelna	2	počet osob navštívených	27
vycházka	17	celkový počet osob	162
kultura	6	celkový počet hodin	852
rodinná situace	20		
finanční situace	11		
sociální problémy	11		
zdravotnické zařízení	8		
Celkem doprovodů	136		

Limity činnosti svépomocné skupiny:

Významným faktorem jsou finance. Minimum financí vyžaduje organizace pravidelných setkání skupiny, kde pacienti si spolu povídají a vyměňují si zkušenosti a informace.

Finančně náročnější jsou aktivity, kde je nutná přítomnost profesionála (jóga, arteterapie pod.) nebo např. návštěva kulturních či sportovních událostí. Zde nutná spolupráce např. se svépomocným právním subjektem, které může na tuto činnost získat finanční zdroje od státu či kraje a dalších donorů.

Příklad: KOLUMBUS – cesta od svépomocné skupiny k celorepublikovému občanskému sdružení:

Historie vzniku - několik členů svépomocných skupin založilo v roce 2001 s pomocí a podporou profesionálů a profesionálních organizací (CRPDZ, ČAPZ) celorepublikové občanské sdružení uživatelů psychiatrické péče.

Primární cíl: Hájení zájmů a práv uživatelů psychiatrické péče na celostátní úrovni a zkvalitnění života osob s duševní poruchou

Další cíle:

- Zlepšení péče v psychiatrických léčebnách
- Rozvoj komunitní péče a služeb pro osoby s duševním onemocněním
- Přijetí komplexního zákona o duševním zdraví
- Zajištění právní pomoci a ochrany práv a zájmů uživatelů psychiatrické péče ve všech oblastech jejich života, včetně zajištění jejich práv v řízení před soudy zejména při detenčním řízení a v řízení o způsobilosti k právním úkonům
- Zajištění volnočasových aktivit pro osoby s duševním onemocněním.
- Destigmatizace duševně nemocných ve společnosti.

Dosavadní činnost sdružení KOLUMBUS

Celostátní úroveň

- hájení práv a zájmů osob s duševní poruchou
- osvětová činnost v oblasti péče o duševní zdraví
- práce s médii (publikace článků a rozhovorů týkajících se duševního zdraví a destigmatizace psychiatrie).
- připomínkování zákonů a právních předpisů, návrhy změn stávajících právních předpisů, příprava návrhu zákona o duševním zdraví

Regionální činnost

- svépomocné sociální a právní poradenství pro uživatele psychiatrické péče
- emoční podpora pacientů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách
- organizace volnočasových aktivity pro osoby s duševní poruchou
- kurzy práce na PC pro osoby s duševní poruchou (Praha)
- organizace rehabilitačních pobytů pro osoby s duševní poruchou
- pořádání výstav výtvarných děl uživatelů psychiatrické péče, včetně výtvarných děl hospitalizovaných pacientů vytvořených v artediálních při psychiatrických léčebnách
- komunitní plánování – zapojení uživatelů psychiatrické péče do procesu komunitních plánů obcí a krajů
- edukační přednášky o duševním zdraví pro studenty středních a vysokých škol

- Zdravé město 21 Ústí n/L, Litoměřice, Olomouc – podpora zdravého životního stylu, uživatelů psychiatrické péče-celostátní program.

Financování svépomocných skupin:

- Vlastní zdroje – samofinancování drobných aktivit – příspěvky členů
- Finanční a materiální podpora poskytovatele komunitní péče, zdravotnického zařízení, samospráv.
- Spolufinancování aktivit svépomocným občanským sdružením – patron skupiny.
- Nelze žádat o dotace – není právní subjektivita

2. IDENTIFIKACE RIZIK, LIMITŮ A MOŽNOSTÍ VYPLÝVAJÍCÍCH ZE SOUČASNÉHO DOKUMENTU. STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRIE PRO OBLAST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Strategie reformy psychiatrické péče byla schválena Ministerstvem zdravotnictví v roce 2013. Jedná se o první strategický dokument na úrovni ministerstva s ambicí systémově reformovat péči o duševně nemocné. Debaty, které vznikly dokumentu předcházely, probíhaly více než rok a účastnily se jich desítky odborníků. Vznik dokumentu byl nutným předpokladem pro vyjednávání o čerpání strukturálních fondů EU na reformu v této oblasti.

Strategie se zabývá zejména oblastí zdravotních služeb. Systém staví na 4 základních pilířích, kterými mají být psychiatrické ambulance, psychiatrická oddělení, psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví (CDZ). Tři z uvedených pilířů již ve stávajícím systému existují, centra duševního zdraví jsou novým prvkem, od kterého se očekává lepší propojení zdravotních a sociálních služeb a také rozšíření služeb pro klienty a přesouvání těžiště péče směrem k jejich přirozenému prostředí.

Možnosti

Strategie reformy psychiatrické péče konstatuje neuspokojivý stav celé oblasti a zohledňuje důležité principy transformace, ke kterým se ČR zavázala v řadě mezinárodních dokumentů během posledních dvaceti let. Jako celek se strategie hlásí k posunu léčby z institucí do komunity a klade důraz na kvalitu života, ochranu práv, participaci a individuální přístupy. Příležitostí je rozhodně koncept CDZ, jako systémového nástroje, který má dvě hlavní funkce: pomoci snížit potřebu hospitalizací včasným řešením situace v komunitě a pomoci deinstitucionalizovat populaci pacientů chronických oddělení psychiatrických nemocnic.

Limity

Limity Strategie jsou způsobeny především okolnostmi, za kterých dokument vznikl. Strategie byla tvořena z iniciativy Ministerstva zdravotnictví, nikoliv na vládní úrovni se zapojením dalších resortů – především MPSV, MS, MMR. V důsledku jsou potom některé oblasti nedostatečně akcentovány – např. souvislosti s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, problematika opatrovnictví, sociálního bydlení či vzdělávání profesionálů v péči o duševně nemocné.

V této souvislosti je možné kritizovat z pohledu MPSV nepřesnou terminologii (pracovní rehabilitace, služby sociální péče x služby sociální prevence, rezidenční služby aj.).

Strategie se podrobněji věnuje nejohroženější a nejzranitelnější skupině duševně nemocných – tedy závažně duševně nemocným (SMI). Nedostatečně byla rozvržena potřeba změn v oblastech dětské psychiatrie, gerontopsychiatrie a závislostí. Toto však již bylo rozpoznáno jako slabina a MZ pracuje na aktualizaci Strategie tak, aby explicitně zahrnovala i tyto oblasti respektive cílové skupiny.

Rizika

I když strategii nelze považovat za implementační plán (který je nutný, pro naplánování jednotlivých kroků), poměrně závažný nedostatek je vágní záměr ohledně psychiatrických nemocnic. Psychiatrické nemocnice představují významný zdroj personálních kapacit, navíc přímo podléhají MZ. Bez jasného záměru na jejich transformaci a využití zdrojů na přesměrování péče do komunity hrozí, že vzniknou paralelní služby a výsledkem bude spíše bujení služeb nežli jejich systémové nastavení a propojení.

Určité riziko strategie spočívá stále v její primární orientaci na zdravotní oblast a psychiatrické služby. Odborná psychiatrická péče je skutečně v některých obdobích života s nemocí klíčová. Zároveň se od začátku rozvoje onemocnění jedná o komplikované situace zasahující do sociální a lidskoprávní oblasti. V některých obdobích – například při déletrvajícím zneschopnění nebo při hledání práce a obnovování dalších životních rolí jsou sociální případně právní služby či služby zaměstnanosti naopak důležitější. Není tedy úplně racionální, aby podobu péče o duševně nemocné určovalo výhradně Ministerstvo zdravotnictví a standardy sítě tvořila Psychiatrická společnost. Namísto o péči o duševně nemocné se potom mluví o psychiatrických službách a sociální služby jsou vykazovány do role „následných služeb“, čímž je mimoděk vyjádřena jejich předpokládaná menší důležitost a inferiorita.

Strategie reformy psychiatrické péče je dva roky starý dokument. Aktuálně (září 2015) se na Ministerstvu zdravotnictví tento dokument aktualizuje a rychle vznikají i další plány na čerpání finančních prostředků ze SF EU.

Lze se obávat, že implementační plány v oblasti péče o duševně nemocné vzniknou nakonec narychlo, bez potřebných datových podkladů, odborné diskuze a bez jasného transformačního směřování. Zkrátka je možné, že potřeba vyčerpat finanční zdroje bude důležitější, nežli cílená změna systému.

2.1 Přihlédnutí k variantním řešením, která se mohou uplatnit při reformě psychiatrické péče

Reforma psychiatrické péče byla před dvěma lety zarámována strategickým dokumentem Ministerstva zdravotnictví. Dosud (září 2015) však nevznikl či nebyl zveřejněn implementační plán. Zásadní otázky, jako je míra transformace psychiatrických nemocnic, zůstávají otevřené. Je třeba říci, že ani Ministerstvo práce a sociálních věcí dosud nezveřejnilo své záměry podpory další transformace

pobytových sociálních služeb, jako jsou Domovy se zvláštním režimem. Není jasné, zda MPSV bude podporovat spíše humanizaci ve smyslu zvýšení materiálního komfortu nebo transformační projekty s cílem přesunu podpory do komunity.

S ohledem na tyto skutečnosti nelze konkrétněji zvažovat varianty reformy péče o duševně nemocné jako celku.

Dále se budeme věnovat centrům duševního zdraví, která byla definována ve Strategii reformy psychiatrické péče jako pilíř, který má zajistit poskytnutí včasné podpory lidem s rozvíjejícím se onemocněním a umožnit deinstitucionalizaci pacientů chronických oddělení psychiatrických nemocnic.

2.2 Role Center duševního zdraví a jejich vztah k sociálním službám (kombinace psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb – zmapování nejvhodnějších variant)

Pro centra duševního zdraví si nechalo Ministerstvo zdravotnictví zpracovat standardy (Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)), které již osmý měsíc procházejí schvalovacím procesem. V rámci celé reformy se jedná o dosud jediný materiál, který byl oponován renomovanými zahraničními experty doporučenými WHO. V následujícím textu vycházíme z tohoto materiálu.

Cílová skupina CDZ

Ve standardu CDZ byla cílová skupina definována následovně:

1) pacienti se závažným duševním onemocněním (SMI – Serious/severe Mental Illness)

Charakteristika SMI:

- a) diagnostické okruhy (F2, F3, eventuálně F4 a F6)
- b) trvání onemocnění (déle než 2 roky)
- c) funkční narušení (skóre GAF \leq 70, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění) (upraveno dle Ruggeri et al., 2000)

Navrhovaný model CDZ počítá s tím, že bude poskytovat služby i pacientům s duálními diagnózami. Součástí multidisciplinárního týmu by měl být pracovník specializující se na danou oblast. Další potenciální cílovou podskupinou pro CDZ jsou také pacienti s nařízenou ambulantní ochrannou léčbou. Ti jsou dnes v péči běžných psychiatrických ambulancí. Výkon ambulantní ochranné léčby je však pro běžné ambulance velmi zatěžující a chybí také možnost intenzivnějšího sledování života pacienta v jeho přirozeném prostředí a možnost rychlejší reakce na případné změny zdravotního stavu. Provádění ochranných léčeb probíhá aktuálně odbornou diskusí, z které pravděpodobně vzejde návrh vhodného řešení.

2) osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI

Jsou to osoby nesplňující kritéria popsaná v bodě číslo jedna, u kterých lze však očekávat, že by v případě nedostatečné péče mohl jejich stav chronifikovat a vyvíjet se nepříznivým směrem.

3) Část CDZ (tzv. CDZ s nepřetržitou krizovou službou) by měla poskytovat také služby **lidem v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi**. Cílem těchto služeb je poskytnutí krátkodobé intervence a předání do další péče. Jde o reakci na velkou mezeru ve stávajícím systému služeb pro duševně nemocné. Jeho výrazným nedostatkem je téměř úplná absence krizových center (v ČR fungují pouze 3). To vede k tomu, že velká část krizových stavů je zcela nevhodně řešena, buď na centrálních příjmech nemocnic, nebo prostřednictvím psychiatrických ambulancí, které se však potýkají s nedostatkem času na řešení krizových stavů. Důsledkem absence krizových služeb jsou hospitalizace i v případech, které by bylo možné zvládnout bez nutnosti lůžkové péče.

Komentář k cílové skupině CDZ

Orientace na takto definovanou cílovou skupinu je odůvodňována potřebou specializované sítě služeb pro tuto populaci. Toto zaměření je logické zejména vzhledem k tomu, že osoby se závažným duševním onemocněním (jak je definováno výše) představují velkou zátěž pro stávající systém služeb a také proto, že stávající systém není schopen reagovat na všechny jejich potřeby. To vede k tomu, že jsou opakovaně hospitalizováni, hospitalizace jsou často dlouhodobé, hrozí chronifikace jejich nemoci. Stávající systém péče není schopen zajistit odpovídající podporu této skupině pacientů, což často vede ke zbytečně dlouhým hospitalizacím a pobytům v sociálních pobytových službách. Přestože řada z těchto klientů má vlastní byt nebo může bydlet se svými blízkými, není rozvinutá síť služeb podporujících je v jejich domácím prostředí. Pacienti se závažným duševním onemocněním často žijí na okraji společnosti a potýkají se s mnoha sociálními problémy (nezaměstnanost, finanční problémy, špatné bytové podmínky, sociální izolace). Vhodné sociální služby pro tuto cílovou skupinu (chráněné bydlení, centrum denních aktivit aj.) či služby zaměstnanosti, jsou nerovnoměrně rozvinuty a celkově insuficientní. To vše jsou argumenty, proč lze zaměření CDZ na tuto cílovou skupinu považovat za oprávněné a logické. Multidisciplinární tým poskytující péči osobám se závažným duševním onemocněním musí být vybaven širokým spektrem kompetencí specifických pro péči o tuto cílovou skupinu a lze si obtížně představit, že by ten samý tým poskytoval péči i zcela jiné cílové skupině např. dětem, nebo gerontopsychiatrickým pacientům. Pro jiné cílové skupiny se předpokládá vznik samostatných týmů specializovaných profesionálů.

Ve standardu CDZ je uvedeno, že je žádoucí také rozvoj sítě služeb pro další cílové skupiny – děti, staré duševně nemocné osoby a osoby trpící závislostmi. Více se této problematice standard CDZ nevěnuje. Variantou, kterou bude pravděpodobně prosazovat MZ je síť zdravotních zařízení – takzvaných rozšířených ambulancí, které

by měly řešit péči o tyto cílové skupiny. Standard rozšířených ambulancí zpracovává Psychiatrická společnost, obsah není zatím veřejně dostupný.

CDZ – hodnocení konceptu

Návrh Standardu CDZ předpokládá, že dojde k propojení zdravotních a sociálních služeb, což je skutečnost, z které mohou klienti a jejich blízcí významně profitovat. Odpadnou totiž problémy v zajišťování návaznosti služeb, ve spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky, může postupně docházet ke snižování bariéry mezi oběma skupinami poskytovatelů služeb. Činnost CDZ je postavena na týmové spolupráci, kde je rovnocenné zastoupení odborníků jak z řad zdravotnických, tak sociálních pracovníků. Ti budou vzájemně velmi úzce spolupracovat, což by mělo vést ke komplexnějšímu přístupu v péči o klienty.

Zřízení sítě CDZ nemůže přinést očekávaný výsledek bez transformace ostatních pilířů – zvláště psychiatrických nemocnic a způsobu jejich financování. Je také třeba mít na zřeteli, že kromě změny systému jsou důležité postoje veřejnosti i profesionálů a cílená odborná příprava budoucích pracovníků.

CDZ také nemůže nahradit další potřebné služby pro cílovou skupinu, jako je například chráněné bydlení. Pokud má dojít k deinstitucionalizaci pacientů chronických oddělení psychiatrických nemocnic případně klientů Domovů se zvláštním režimem, je také nutné, aby existovala i absorpční kapacita sociálního bydlení v obcích.

Ministerstvo zdravotnictví ve svých prohlášeních deklaruje záměr podpořit vznik 30-ti CDZ do roku 2020. Hovoří přitom o páteřní síti, i když standard CDZ jasně definuje potřebu jednoho CDZ na 100 000 obyvatel. To znamená, že by byla pokryta necelá třetina území ČR. Plánuje se tedy od začátku deficientní síť.

Různé varianty vzniku a fungování CDZ

Zdravotní a sociální část CDZ musí vytvářet jeden celek a pracovat ve všech ohledech společně, bezpodmínečně sdílet informace o pacientech/uživatelích služby a být jako celek schopné zajistit i asertivní péči problematicky spolupracujícím pacientům/uživatelům. Rozdílná pravidla poskytování zdravotních a sociálních služeb jsou v tomto ohledu výzvou. Současné sociální služby poskytující terénní sociální rehabilitaci dlouhodobě vážně duševně nemocným (case management) jsou obsahem i způsobem práce velmi blízké tomu, jak by měla pracovat terénní část CDZ. Je tedy rozhodně účelné nastavit mechanismus vzniku CDZ tak, aby v regionech, kde tyto sociální služby existují, bylo zajištěno jejich zapojení do vznikajícího CDZ, což by mělo na jedné straně omezit neúčelné duplicity v péči a její fragmentaci a na druhé straně zajistit, aby zkušenosti a dovednosti, které se v těchto sociálních službách po řadu let vytvářely, nebyly vznikem nové formy péče ztraceny a budovány de novo. Pro další rozvahu je rovněž důležitá již zmíněná skutečnost, že MZ plánuje vznik pouze 30 center duševního zdraví, a neřešená zůstává otázka dostupnosti služeb v „regionech, na které se nedostane“. Při zvažování všech níže

uvedených variant lze považovat za přínosné, aby bylo CDZ začleněno jako nový druh sociální služby do ZSS současně s možností poskytovat zdravotní péči dle §36 ZSS. Alternativně je možné sociální část CDZ „vytvořit“ z registrovaných služeb sociální rehabilitace §70 případně krizová pomoc §60 pobytová forma.

V zásadě existují tři možnosti vzniku a následného fungování CDZ.

1. Stávající poskytovatel zdravotních služeb si zaregistruje také sociální službu nebo služby. Jedná se o pragmatické řešení, které umožní řízení týmu „pod jednou střechou“. Zásadní nevýhoda spočívá v tom, že se bude sociální část budovat nově, nebudou využity zkušenosti organizací, které pravděpodobně v regionu již sociální služby této cílové skupině poskytují. Lze očekávat napětí v regionu, přetahování pracovníků sociálních služeb apod.
2. Stávající poskytovatel sociálních služeb si zaregistruje také zdravotní služby. Jedná se o relativně málo pravděpodobnou variantu, protože poskytovatel sociálních služeb by musel vybudovat celou zdravotnickou část týmu.
3. Dojde k dohodě mezi poskytovateli sociálních a zdravotních služeb na vytvoření společného týmu CDZ. V praxi by to znamenalo, že jeden z poskytovatelů bude nositelem CDZ (příjemcem případného projektu ze SF) a kontraktuje komplementární (zdravotní nebo sociální) část. S touto variantou pracovní verze Standardu CDZ počítá, i když ji považuje za dočasné řešení.

Reálné jsou všechny tři varianty. Z hlediska využití kapacit a zkušeností sociálních služeb se jeví jako nejlepší třetí varianta. Tato varianta se také zdá být nejvhodnější pro uživatele služeb – nedojde ke změně profesionálů, se kterými jsou v kontaktu – spíše k jejich propojení do jednoho týmu. Výzvou je samozřejmě nutné nastavení parametrů služby tak, aby byla v souladu s oběma legislativními rámci. Podobný proces nastavování a vyladování ovšem aktuálně probíhá například u mobilní hospicové péče, nejednalo by se tedy o naprosté novum.

Lze také uvažovat tak, že budou koncepčně podpořeny sociální (při aplikaci §36 fakticky sociálně-zdravotní) CDZ, která by mohla vzniknout relativně rychle, čímž by byla zajištěna alespoň částečná dostupnost služeb v regionech, které nebude MZ schopno či ochotno pokrýt plnohodnotnými zdravotně-sociálními CDZ. Pro tento postup svědčí i skutečnost, že MZ vznik CDZ stále oddaluje, jeho představitelé hovoří o pilotních provozech CDZ a nereflktují potřebu dostupnosti služeb pro klienty ve všech regionech ČR. MPSV nemusí jen reagovat na impulzy a koncepty MZ, má za sebou zkušenost s transformačním procesem části pobytových služeb (projekt TRASS) a umožnilo v posledních 25-ti letech vznik ambulantně – terénních služeb pro SMI (i když se nejedná o rovnoměrnou ani dostatečně kapacitně zajištěnou síť).

Financování CDZ

Návrh na financování CDZ byl již vytvořen pracovní skupinou pro financování při MZ. Roční náklady na provoz CDZ vytvořeného dle standardu vycházejí na 16 155 000,- Kč.

Náklady zdravotní části: 9 500 000,- Kč

Náklady na sociální část: 6 655 000,- Kč

Financování zdravotní části je navrženo jako kombinace výkonových plateb a takzvaného osobodne.

U financování sociální části se počítá s financováním formou dotace resp. v budoucnu vyrovnávací platby.

3. INSPIRACE ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOSTÍ

Cílem této kapitoly je upozornit na pohledy, principy a postupy, které se v péči o duševní zdraví a reformě systémů péče o duševní zdraví osvědčily v zahraničí. Vzhledem k tomu, že na toto téma již bylo u nás řada zajímavého napsáno, odkážeme na ty z nich, které považujeme inspirativní.

Zvláštní pozornost je věnována přenositelnosti těchto zkušeností do situace v ČR.

3.1 Limity inspirace v zahraničí

Systémy péče o duševní zdraví v různých zemích v zahraničí jsou výsledkem určitého dlouhodobého vývoje, který je mimo jiné ovlivněn základními tradicemi a hodnotami jednotlivých národů a zemí, nastavením jejich legislativy, sociální a zdravotní politiky i tradiční praxí. Rovněž transformační procesy v těchto zemích jsou ovlivněny řadou specificky místních faktorů. I motivy k jejich uskutečnění mohou být různé. Vedle zájmu o rozvoj péče o duševní zdraví se mohou objevovat i zájmy spojené například s přístupem k moci, zdrojům a podobně. Navíc míra našeho vzhledu do těchto systémů a jejich přenositelnost je předmětem diskuse. V praxi se setkáváme často s tím, že diskutující v ČR používají příklady ze zahraničí účelově a vybírají právě ty, které se hodí k podpoře jejich postoje, zatímco ty, které jejich stanoviskům odporují, zamlčují.

Průchodný a korektní postoj k přenositelnosti zahraničních zkušeností v této oblasti je opřít se o principy etiky, evidence a zkušenosti, kterými jsou²:

- respekt k lidským právům
- opírat se o důkazy
- brát ohled na místní kontext, jeho specifické potřeby, existující struktury, lidské zdroje a míru flexibility systému a jeho aktérů

3.2 Situace v zahraničí

V posledních letech se celosvětově snižují počty lůžek v psychiatrických léčebnách³. Počet lůžek není nicméně jediným kritériem kvality péče o duševní zdraví.

Při bližším studiu strukturální podobnosti se ukazuje, že systém péče o duševní zdraví v České republice se podobá více systému zemí bývalého Sovětského svazu a balkánských zemí, než systému zemí středoevropských, potažmo

² Winkler, P., F., Španiel, L., Csémy, M., Janoušková, L., Krejníková. 2013. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. Praha: Psychiatrické centrum

³ Mental Health Atlas, 2011; WHO, 2011 www.who.int

západoevropských. Charakteristický je pro něj nízký podíl výdajů na psychiatrii z celkových zdravotnických výdajů a koncentrace lůžek v psychiatrických léčebnách⁴.

Zahraničí může být inspirací v různých ohledech péče o duševní zdraví. V některých zemích probíhaly transformační kroky rychleji případně celoplošně (Itálie), v jiných postupně, v pilotních ověřeních (Holandsko, Německo). Některé evropské země mají zdravotní a sociální péči hrazenou ze stejných rozpočtů, pod jedním ministerstvem (Holandsko, Belgie), což činí náhradu zdravotních služeb sociálními snazší. Jinde fungují léty prověřené systémy komunitní péče (Finsko, Velká Británie). V mnoha zemích najdeme originální projekty či specifická řešení, která mohou být i v našich podmínkách použitelné (např. FACT týmy v Nizozemí, komunita Soteria v budově léčebny v Goes v Nizozemí, sociální firmy zaměstnávající osoby s duševním onemocněním ...). Za zmínku stojí také systémy péče, které přijaly koncept recovery/zotavení jako určující přístup pro systém péče (některé státy Austrálie, Nový Zéland).

Podrobně se zahraniční zkušenosti s transformací psychiatrické péče věnují autoři v publikaci „Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení“ (Psychiatrické centrum, 2013). Cílem této publikace je podat aktuální a odborně přesný přehled mezinárodních (evropských) zkušeností s transformací psychiatrické péče, včetně reprezentativních dat, odborných studií a komparace jednotlivých systémů v evropských zemích: Belgie, Dánsko, Francie, Itálie, Maďarsko, Německo, Nizozemsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Spojené království, Španělsko, Švédsko.

Popisy zahraničních zkušeností můžeme najít také v publikacích vydaných Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví dostupných na www.cmhcd.cz.

3.3 Příklady

V této kapitole jmenujeme některé příklady, které považujeme za inspirativní a související s výše uvedenými principy reformy, uvedeme i odkazy na zdroje, kde se o nich lze dozvědět více.

Systém komunitní psychiatrie v Terstu, Itálie

Terst je se svým systémem komunitní péče „Mekkou evropské komunitní psychiatrie“, síť služeb vzniklá transformací systému na základě průlomového zákona v osmdesátých letech je vhodným příkladem možností komunitní psychiatrie (nízké počty lůžek na 100 tis. obyvatel, krátká průměrná doba hospitalizací, pestrost služeb) a příkladem toho, že transformace tradičního systému s léčebnou v centru péče je možná.

⁴ Winkler, P., F., Španiel, L., Csémy, M., Janoušková, L., Krejníková. 2013. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. Praha: Psychiatrické centrum

Více například v „Brožurě o péči v Terstu“, která je k dispozici na webových stránkách Fokusu Praha (www.fokus-praha.cz).

FACT týmy, Nizozemí

V holandském systému, kde byly transformační snahy založeny na vytvoření nové sítě komunitních služeb na regionální úrovni, stojí za pozornost tzv. FACT týmy (funkční nebo také flexibilní) akutní týmy zajišťující komplexní terénní péči lidem s vážným duševním onemocněním. Jejich základními principy jsou - multidisciplinární tým (psychiatri, sociální pracovník, psychiatrická sestra, peer konzultant ...), týmová spolupráce, sdílená odpovědnost v týmu, sdílená dokumentace, využívání asertivních přístupů, poskytování služeb v přirozeném prostředí osoby (uživatel, klienta).

Více o těchto týmech například v různých odborných materiálech vydaných Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví dostupných na www.cmhcd.cz.

Open Dialog, Finsko

I v České republice můžeme v posledních letech slyšet v souvislosti s pomocí lidem s psychózou o přístupu nazývaném „open dialog“. Jedná se o (psychoterapeutický) přístup, který je založený na rodinné terapii a dosahuje nejlepších výsledků u prvních psychotických epizod. S osobou v krizi pracuje okamžitě, často denně, dokud se krize nevyřeší, místo hospitalizace jsou preferovány návštěvy doma, je preferována týmová práce a zapojení sociální sítě klienta. Tento přístup se v současnosti používá i pro terapii jiných poruch (například deprese, poruchy příjmu potravy), vznikl ve Finsku a šíří se do jiných zemí.

Více například na www.narativ.cz, včetně možnosti objednání odborných materiálů.

Soteria

Hnutí Soteria by mohlo vystihovat označení „léčba psychóz v malých terapeutických komunitách s nižší užití medikace“. Iniciativu nastartovala komunita Soteria v San José v Kalifornii v sedmdesátých letech minulého století. Projekty více či méně striktně následující kalifornský model fungují úspěšně i na našem kontinentě - ve Švýcarsku, Německu, Finsku, Maďarsku, Švédsku a Nizozemí.

Informace o švýcarském projektu lze nalézt na:

<http://www.igsbern.ch/de/soteria/index.php>

Kontakty na další komunity lze dohledat prostřednictvím odkazů na: [https://en.wikipedia.org/wiki/Soteria_\(psychiatric_treatment\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Soteria_(psychiatric_treatment)).

Sociální firmy

Sociální firmy jsou vhodným nástrojem posílení zaměstnanosti lidí s duševním onemocněním. Jsou zaměřeny na budování sociálního kapitálu, tzn. více zohledňují potřeby pracovníků se znevýhodněním a nepodřizují se tolik imperativu maximalizace zisku. Vhodné příklady nalezneme v mnoha zemích Evropy. Sociální firmy v Evropě zastřešuje organizace Social Firms Europe (<http://socialfirmseurope.org/>).

Healing homes, Švédsko

Inspirativní projekt péče o osoby s psychózou v prostředí venkovských farem ve Švédsku zaštituje nadace Familjevardsstiftelsen z Götterborgu (<http://www.familjevardsstiftelsen.se/english/>).

Informace o principech projektu dobře ozřejmí dokumentární film na: <https://www.youtube.com/watch?v=JV4NTEp8S2Q>.

Recovery

V psychosociální rehabilitaci se stále častěji objevuje pojem recovery/zotavení. Často se recovery definuje slovy prof. Anthonyho z roku 1993⁵, tedy, že to je „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“

Recovery se v některých zemích (Austrálie, Nový Zéland, stále více též USA a Velká Británie) stává řídicím principem rehabilitace a je možné nalézt celou řadu inspirativních hlavně anglicky psaných textů. Britské studie je možné najít na <http://www.researchintorecovery.com/>, inspiraci z USA například na <http://www.samhsa.gov/recovery>. Inspiraci pro změny v práci pomáhajících profesionálů je možné čerpat například z textů centra Village v Los Angeles (<http://mhavillage.squarespace.com/writings/>, některé překlady lze nalézt na www.ledovec.cz/recovery).

Recovery Colleges

Zajímavým trendem posledních let jsou Recovery colleges, vzdělávací centra, kde se již zcela upouští od role klienta nebo pacienta a prostřednictvím kurzů specifických pro potřeby zotavení se nabízí posluchačům cesta k vlastnímu zotavení. Řada

⁵ Anthony, W. 1993. „Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s.“ *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, 11–23. Dostupné z:

<<http://www.bu.edu/cpr/repository/articles/pdf/anthony1993.pdf>>

posluchačů se zároveň stává lektory kurzů v oblastech, ve kterých mají vlastní relevantní zkušenost.

Informace lze nalézt například na webu britských recovery colleges <http://www.imroc.org/get-involved/imroc-recovery-college-network/>.

3.4 Možná přenositelnost do podmínek v ČR

Nepodařilo se nám zjistit konkrétní systémové překážky přenositelnosti většiny modelů péče ze zahraničí. Pro některé je snad třeba legislativních úprav, nicméně základním kritériem přenositelnosti zůstává **vůle a motivace ke změně a otevřenost k novým věcem**. K tématu tedy poskytujeme několik spíše metodických poznámek.

Politické rozhodnutí jako počátek

Vzhledem na důraz na lidská práva je zřejmé, že stanovení prioritních principů reformy je politickým rozhodnutím a odborníci pak mají za úkol najít způsob, jak systém péče o duševní zdraví nastavit tak, aby těmto prioritám dostal. V českém prostředí se někdy setkáváme s přesně opačným postojem, kdy se politici jen připojují k postojům, které nárokům lidských práv nevyhovují, jsou ale populární, případně tolerují pohodlný odpor ke změně vlivný velkých a tradičních institucí.

Reforma musí být postavena na odborných znalostech a zkušenostech, musí však dostávat nároku hodnotovému, který stojí nad stávající praxí a nesmí se jí podřizovat (tuto tezi hájí již mnoho let MUDr. Jan Pfeifer, nazýváme ji proto „Pfeiferův kopernikánský obrat“).

Zavazuje nás k tomu navíc řada mezinárodních dokumentů, ke kterým se Česká republika přihlásila. Jedním z takových dokumentů je Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením přijatá OSN v roce 2006 (platná od 2008), ratifikována Českou republikou v roce 2009. Dále například Akční plán duševního zdraví vydaný WHO v roce 2013.

Pozitivně nastavený systém

Opatrný a obranný postoj nepomáhá změně. Změna musí být přijata jako výzva, ne odmítaná jako ohrožení.

Inspirací mohou být postoje využívané ve službách zaměřených na zotavení (recovery): jen nadějeplní, zmocnění, zodpovědní lidé konající smysluplnou práci mohou podporovat zotavení psychiatrie a tím i lidí, kteří duševním onemocněním trpí⁶. Optimální nastavení je „hledat, jak by to mohlo jít, a ne, proč by to jít nemohlo“.

⁶ Ragins, M. 2002. *Road to Recovery*. MHA Village. USA, Los Angeles Dostupné z: <http://mhavillage.squarespace.com/storage/08ARoadtoRecovery.pdf>

Odpor ke změně je přirozený a není třeba jej démonizovat. Je třeba jej ale reflektovat a pracovat na tom, aby nebyl spojený s neopodstatněnými obavami.

Vzdělanost, zkušenost ze zahraničí

Přenositelnosti zkušeností ze zahraničí přirozeně pomáhají ti, kteří mají se systémem péče o duševní zdraví v zahraničí relevantní zkušenost a zároveň znají systém péče v ČR. K tomu významně přispívají stáže, zejména stáže dlouhodobější. Řada odborníků v systému prošla vzděláváním, ve kterém přílišná mobilita nebyla možná, jejich porozumění systému často stojí na limitovaném pohledu, což otevřenosti ke změně nepřispívá. Navíc je vzdělávání v systému často zaměřeno znalostně, případně dovednostně. Profesní postoje nejsou v našem systému vzdělávání podstatným tématem. Jsou to však primárně postoje, které formují náš vztah ke změnám a tím ovlivňují přenositelnost dobré praxe.

Propojení zdravotní a sociální péče a multidisciplinarita

Důležitou podmínkou přenositelnosti projektů z řady jiných zemí je větší propojenost systému zdravotní a sociální péče. Jde o sladování legislativy, propojování systémů s ohledem na efektivitu, hledání systémů jednotného financování i o schopnost komunikace mezi resorty.

Neméně podstatný (a ještě o něco širší) je prvek multidisciplinarity péče. Dovednost multidisciplinární práce je pro posun v systémech péče o duševní zdraví nezbytná a je třeba ji kultivovat pro snazší přenos zkušenosti z jiných zemí.

V některých zemích (například Norsko) se tematizuje další posun ve způsobu práce – interdisciplinarita. Zatímco v tomto pojetí multidisciplinární přístup využívá týmové spolupráce k tomu, aby každý odborník získal maximum informací pro osvědčení své odbornosti, interdisciplinární přístup znamená, že odbornost všech odborníků je zaměřena na jednotný plán podpory osoby (klienta, uživatele) s ohledem na jeho priority.

Sociální inovace

Přenositelnosti a implementaci příkladů dobré praxe je věnována pozornost operačních programů EU. Zkušenost z předchozího plánovacího období (výzvy Sociální inovace) je možné využít a bude vhodné sledovat možnosti, které nabídne plánovací období nové.

4. INTERPRETACE DAT ZÍSKANÝCH OD EXTERNÍHO DODAVATELE

4.1 Upozornění na možný střet zájmů

Ředitel firmy FM Solutions vystupuje v několika posledních letech paralelně jako nezávislý odborník a jako zástupce VZP (Viz zápis z řídicího výboru strategie reformy ze srpna 2015).

Role pojišťoven je přitom v kontextu reformy velmi konzervativní a zdá se, že jejich podstatným zájmem je především zabránit zvyšování nákladů na zdravotní psychiatrické služby.

Dokument zpracovaný FMS patrně z tohoto důvodu celkem systematicky akcentuje varianty, které představují nižší náklady pro zdravotní pojišťovny, aniž by upozorňoval na jejich rizika. Nejvýraznější jsou v tomto ohledu ideje a přístupy obsažené v dokumentu:

1. Implementace reformy může proběhnout na základě dohod plátců péče (krajů a zdravotních pojišťoven) bez nutnosti silné politické zakázky a jednotných pravidel.
2. Atraktivita jednotlivých řešení pro příjemce studie (MPSV) je ovlivňována zkreslenými tvrzeními jako například: *Náklady na krizová lůžka v CDZ ponese kompletně sociální systém, zatímco náklady na sociální pracovníky v rozšířených ambulancích budou platit pojišťovny.*
3. Negativní postoj k požadavku, že CDZ má mít samostatnou právní identitu, implicitně je tak obsažena myšlenka, že nová služba bude realizována systémem volných dohod o spolupráci mezi stávajícími poskytovateli sociální a zdravotní péče.
4. Koncept CDZ je systematicky zpochybňován jako drahý a nevyzkoušený (s. 54). FMS zcela pomíjí fakt, že tento typ služeb v zahraničí dominuje a také nereferuje o celé řadě služeb, které již jako multidisciplinární týmy fungují a prokázaly výraznou efektivitu při snižování spotřeby lůžkové péče (KTC Bohnice). Argumentace FMS vypadá uvážlivě – „pojdme nejdříve tento koncept pilotně vyzkoušet, pak se uvidí“ V dokumentu se však již neuvádí, že na tom testování se podílí osobně ing. Viereckl jako zástupce VZP a že testované služby rozhodně neodpovídají navrženému standardu CDZ. Nejsou ani zmíněny jiné četné a nadějně pokusy propojování zdravotního a sociálního segmentu v multidisciplinárních týmech jako například fúze terénních týmů Psychiatrické nemocnice Bohnice a Fokusu Praha.

4.2 Metodologické poznámky k Analýze

„Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR“ (dále Analýza) je práce úctyhodných rozměrů a je zřejmé, že jí zpracovatel vypracoval

s velkou péčí. Shromáždil v Analýze velké množství dat z mnoha zdrojů a přehledně je uspořádal.

Je nesmírně obtížné (pokud vůbec možné) v práci takového rozsahu udržet nezaujatý postoj, zdá se nicméně, že se v Analýze objevují opakované určité názorové postoje, které nemají vždy bezprostřední oporu ve shromážděných datech (například v odstavcích *Přesah do sociálních služeb* v kapitole 2 se takováto tvrzení vyskytují poměrně často). Jde například o opakované vnášení tématu osob s organickými onemocněními, tedy nemocí spojených především s problematikou stárnutí, což ovšem není klíčové téma reformy psychiatrie. Dále Analýza obsahuje hodnotící výroky ohledně obtížnosti propojení zdravotních a sociálních služeb, nevladatelnosti růstu nákladů na služby apod. Tím formálně překračuje svůj rámec a stává se do jisté míry ideologickým textem zastánců určitého názoru.

Statistická práce s daty v Analýze

Analýza shromáždila četná relevantní data. Užitečně orientující jsou například údaje o počtech ošetřených a hospitalizovaných podle jednotlivých diagnostických skupin. Už méně vypovídají krajská data o kapacitách a nákladovosti sociálních služeb, protože není jasné, jaké služby zahrnují, a pouhá registrace podle typu služby dnes neurčuje jasně, zda a jakým způsobem služba s cílovou skupinou vlastně pracuje, a málo toho říká i o cílové skupině služby (označení „osoby s chronickým duševním onemocněním“ je široký, neurčitý, pojem). Obecné statistiky o demografii a HDP se k danému tématu nedá považovat za vypovídající.

Celkově je třeba se vymezit vůči způsobu interpretace dat prostředky vyšších než popisných metod matematické statistiky.

V oblasti popisné statistiky analýza přináší relevantní informace, data jsou soustředěna z mnoha zdrojů a přehledně uspořádána.

Zpracování dat statistickými metodami je ovšem na mnoha místech metodicky zcela špatně. Jedná se především o kapitolu 3.2.

V první řadě není možné interpretovat růst, pokles nebo kolísání počtů pacientů v jednotlivých diagnostických skupinách pouhým pohledem na graf. Zpracovatelé Analýzy konstatují trendy i u takových meziročních změn počtů, které spadají do rozsahu statistické chyby a tím pádem je musíme interpretovat pouze jako pohyby náhodné. Tyto zdánlivé pohyby nejsou zpracovatelé schopni odlišit od pohybů relevantních (patrně například u pacientů s depresí nebo neurózou).

Dále zpracovatelé neuvážili některé elementární vlivy, které analyzované trendy ovlivňují. Jde například o to, že nárůst počtu pacientů v ambulancích silně koreluje s nárůstem počtu ambulantních psychiatrů (například v Karlovarském kraji, kde je nedostatek psychiatrů, jsou počty duševně nemocných také velmi nízké). Podobně nepoučeně působí konstatování „statisticky zajímavého vývoje“ časové řady pacientů s neurčenou duševní poruchou F99. Vzhledem k negativní definici této diagnózy je

pokles počtu jejích nositelů patrně mnohem více vázán na ochotu lékařů „přiznat, že nevím“ než na počty skutečně nemocných osob.

Jako problematické považujeme „prognostické“ zpracování dat metodou ARIMA. V první řadě jde o robustní metodu, která - jak se ukázalo, nemá jasnou vazbu na data: v jednotlivých skupinách bylo třeba měnit parametry metody, „aby to vyšlo“, v diagnostických skupinách F6 a ostatních model dokonce nevyšel statisticky relevantní. Je tedy nekorektní, že zpracovatel extrapoláční grafy i přes jejich nerelevantnost v Analýze publikoval a toto nijak nekomentoval. Laickému čtenáři tak zůstávají před očima rostoucí křivky, tento růst však nemá oporu v analyzovaných datech.

Druhou – podstatnější – výhradou k použití metody ARIMA je fakt, že zpracovatel analyzoval data o vyšetřeních pacientů z jednotlivých skupin a nikoli data o využití lůžek. Zdá se tak totiž, že systém sociálních služeb bude v první řadě reagovat na změny v lůžkové péči zdravotního sektoru a nikoli na počty ošetřených v ambulancích. Například velký nárůst osob s neurózou v psychiatrických ambulancích bude mít na potřebu lůžek v zdravotních nebo sociálních službách patrně jen zanedbatelný vliv.

Důležité akcenty Analýzy

Analýza v kapitole 3.3 dobře postihuje odlišnosti mezi sociálním a zdravotním sektorem. Tyto odlišnosti (cíle, principy, způsoby péče, vnímání zodpovědnosti, financování, ...) ovlivňují spolupráci obou oblastí a zvyšují její náročnost. Schopnost komunikace a spolupráce je však pro reformu a zvládnutí jejího vlivu do sektoru sociálních služeb klíčová.

V kapitole 3.5.1. uvádí Analýza „aktuální“ doporučené kapacitní normativy na 100 tisíc obyvatel (z kraje Vysočina). Tyto normativy jsou lépe strukturované než normativy z Koncepce oboru psychiatrie (respektují slovník sociálních služeb, tím je více zřejmé, co je míněno) a více odpovídající současným potřebám.

V téže kapitole je následně zúžen výčet služeb uvažovaných ve vztahu k reformě psychiatrie na následující čtyři:

- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Sociální rehabilitace
- Krizová pomoc

Toto zúžení považují členové expertní pracovní skupiny (dále ČEPS) za nepodložené. Jak Analýza sama uvádí, výběr sociálních služeb je postaven na řešení nepříznivé sociální situace osoby (klienta), ne na její diagnóze. ČEPS upozorňují zejména na riziko přílišného propojování služby Domovy se zvláštním režimem s potřebami skupiny osob s duševním onemocněním. Je v tom viděna

zkratka těch, kteří si dál představují, že lidé s duševním onemocněním musí být hlavně někde zavřeni. Při přehnaném důrazu na tuto službu hrozí reformě psychiatrie transinstitucionalizace (z psychiatrických nemocnic do DZR) a tedy naprosté obsahové vyprázdnění.

V kapitole 3.6.1. je uveden odhad redukce počtu lůžek při zřízení nových CDZ. Bez odkazu na zdroj se zde jednoduchým výpočtem stanoví odhad redukce 10 lůžek za každé nové CDZ, se kterým se nadále kalkuluje. ČEPS upozorňují na fakt, že reforma psychiatrie v sobě obsahuje reformu postojů, důrazů a principů, na nichž péče o duševní zdraví má v budoucnu stát. V Analýze uvedený výpočet vychází ze stávajících rutin chování pacientů a poskytovatelů zdravotní péče, nikoli z principů reformy. Reformované systémy mění stávající chování systému výrazněji, slavným příkladem je reforma v italském Terstu, kde každé nově vzniklé „CDZ“ nahradilo cca 290 lůžek (<http://www.triestesalutementale.it/english/doc/norcio-et-al-2001-mhd.pdf>). ČEPS tedy doporučují tento jednoduchý poměr (10 lůžek za jedno CDZ) nebrat za bernou minci a nadále nechat tuto věc spíše otevřenou.

Následně jsou provedeny rámcové výpočty nárůstu nákladů v sociální oblasti s hrozivými výsledky nárůstu nákladů. Zde situace naráží na fakt, že prostředky ušetřené ve zdravotním systému nelze jednoduše převést do sociálních služeb. Pokud by toto bylo možné, jsou výsledky méně hrozivé, jak ukazuje ilustrativní tabulka (vlastní zpracování ČEPS):

Rok	Předpokl ádaný počet CDZ	Předpokl ádaný počet klientů	Potřeba soc. prac.	Nárůst ročních nákladů sociálního systému	Poníženo o náklady na již fungující SR, které se stanou částí CDZ	Poníženo o náklady ušetřené za zrušená lůžka (odhad 1200 Kč za lůžko/den)
2017	15	3 000	79	99 840 tis.	49 840 tis.	150 lůžek, tzn. přebytek 15 860 tis.!!! Ale pokles lůžek nebude okamžitý
2020	30	6 000	158	199 680 tis.	149 680 tis.	300 lůžek, náklady navíc 18 280 tis.
Cílový stav	100	20 000	525	665 600 tis.	615 600 tis.	1000 lůžek, náklady navíc 177 600 tis.

Pokud by se tedy peníze ušetřené ve zdravotním rozpočtu podařilo využít na podporu sociálních služeb v CDZ, model 30 CDZ v roce 2020 by vyžadoval navíc jen 18 mil. Fakt převodu ušetřených peněz je ale samozřejmě hypotetický.

Jiný pohled (který je ovšem zatížený stejným předpokladem možnosti sdílení zdravotních a sociálních peněz) by mohl s výsledky uvedenými v Analýze pracovat takto: celkové náklady na doplnění CDZ a chráněného bydlení (případně i krizové pomoci – lůžka v CDZ) dle Analýzy dělají (nehledě na prostředky ušetřené ve zdravotním systému) přes 1,1 miliardy ročně. Tato částka odpovídá asi 0,4-0,5% nákladů na české zdravotnictví, tzn. kdyby se příspěvek na psychiatrii zvedl z 2,91% na 3,4% zdravotnických nákladů, bylo by na tento krok v systému prostředků dost. I tak by byla ČR s tímto podílem výdajů na psychiatrii spolehlivě na chvostu Evropy.

V závěru Analýzy předložená SWOT analýza a GAP analýza jsou inspirativní texty. ČEPS se domnívá, že SWOT analýza má velmi pečlivě vypracovanou především pravou stranu – „slabá místa“ a „hrozby“. Neztotožňují se naopak s uchopením kvadrantu „příležitosti“: zdá se, že seznam nezachycuje takové příležitosti, které může reforma pro svůj úspěch využít, ale pouze vyjmenovává, co užitečného by případně mohlo z reformy vzejít, což však není smysl kvadrantu Příležitosti. Tím je SWOT analýza vychýlena více do negativního vyznění, a proto by ČEPS považovali za korektní před dalším použitím podobně pečlivě dopracovat Příležitosti, které realizátoři reformy v tuto chvíli mají.

GAP analýza může dobře sloužit jako jednoduchá vizualizace startovních a cílových bodů různých dimenzí reformy a může být jako „mapa reformy“ do jisté míry využita.

Co Analýza nezachycuje

Analýza jako taková nemůže překročit sama sebe. Sevřená svojí formou, která jí ukládá shromáždit a interpretovat data, nemůže překročit z roviny ekonomických dat, která (více či méně) popisují realitu, do roviny ideové, do roviny hodnot. Analýza tematizuje, jak to je a jaké by to (více či méně) mohlo být, kdybychom uvažovali o službách nadále ve stávajícím modelu.

Reforma je ale „re-formou“, cestou ke změně modelu, přičemž každý model stojí na svých vlastních nosných principech a hodnotách. Reforma má tedy přinést změnu těchto principů a hodnot.

Reforma psychiatrie v ČR je nesena s důrazem na lidská práva, respektem k druhé osobě a přenosem důrazu z protektivního a kontrolního typu péče (typického pro konzervativně pojatý zdravotnický přístup) k pomoci a podpoře, která je typičtější pro moderní zdravotně-sociální modely služeb.

Tento „obrat“ má být skutečným „kopernikánským obratem“ v péči o duševní zdraví a v tom smyslu jde o proměnu na úrovni ideové a hodnotové. Staví systém péče o člověka v jeho nemoci „z hlavy na nohy“ – obrací jej od symptomů a jejich případného nebezpečí pro nositele a okolí, zpět k člověku samotnému.

Rozhodnutí pro reformu je tedy otázka ideová, potažmo ideologická. O reformě rozhodují lidé, případně jejich zástupci a důvody pro ni jsou hodnotové, nikoli (pouze) ekonomické.

Výstižně to formuloval Dr. Pfeifer, když uvedl, že si nepřeje, aby profesionálové radili politikům, jaká reforma je možná, ale naopak žádá, aby politici jasně řekli profesionálům, na jakých principech má reforma stát a jaký standard má lidem garantovat. Profesionálové pak mají tuto reformu – při využití všech dostupných poznatků - kvalifikovaně a efektivně realizovat a složit ze svého konání politikům účty (tento postoj někdy nazýváme „Pfeiferův kopernikánský obrat“).

Reforma psychiatrie je do jisté míry změnou paradigmatickou. Změna paradigmatu znamená změnu základních východisek uvažování, která přináší tak podstatnou změnu, že řada dnešních otázek může přestat dávat smysl a řada dnešních lidských zkoumání svůj smysl zcela ztratí.

V tom smyslu jsou i některá tvrzení Analýzy poplatná paradigmatu stávajícího systému péče a zdá se, že z pohledu reformního paradigmatu nemají podstatný smysl.

V tom kontextu jsou ČEPS k závěrům Analýzy zdrženliví a upozorňují na to, že nastavení hodnot a principů reformy má mít před ekonomickými kalkulacemi přednost.

4.3 Identifikace potenciálních uživatelů, kteří v souvislosti s reformou psychiatrické péče budou poptávat sociální služby, se zohledněním demografických změn ve společnosti (stárnutí populace)

Vzhledem k výše uvedenému považují ČEPS za skupinu osob, jíž je třeba v souvislosti s reformou psychiatrické péče věnovat pozornost, osoby s duševním onemocněním, které dostávají nevhodnou nebo nedostatečnou pomoc nebo podporu při řešení svých životních situací v běžném prostředí. Jde o osoby, které jsou nuceny setrávat na místech, kde nechtějí být, podřizovat se režimu, který je nepřiměřeně omezuje a nedostatečně reaguje na jejich potřeby, nebo které nemají k péči dostatečný přístup.

V českém prostředí žije určitá část těchto osob ve velkých ústavních zařízeních, v kontextu psychiatrie jde zejména o osoby dlouhodobě hospitalizované v psychiatrických nemocnicích. Opačná část tohoto spektra je skupina osob, kterým je specializovaná péče obtížně dostupná (nejspíš protože příliš centralizovaná).

Významná část cílové skupiny jsou osoby, pro které je psychiatrická hospitalizace často jediným řešením jejich zhoršené životní situace (nehledě na to, zdali jde o zhoršení zdravotní, sociální nebo jiné).

Z hlediska stárnutí české populace je oprávněný předpoklad, že poroste i poptávka po službách pro seniory. Zde je třeba mít na paměti, že i zde má být nabídka dostatečně pestrá (neredukovat problém na otázku lůžkových kapacit, ale udržet a rozvíjet nabídku pro osoby přívětivějších a často levnějších terénních



**PODPORA PROCESŮ
V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**
www.podporaprocesu.cz

**PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST**
www.esfcr.cz

a ambulantních služeb). To však není hlavní otázka či předmět reformy psychiatrické péče.

5. VYTVOŘENÍ KONKRÉTNÍCH NÁVRHŮ NA MOŽNÁ OPATŘENÍ S VYMEZENÍM ODPOVĚDNOSTI A KOMPETENCÍ

Při plánování jednotlivých kroků reformy je nezbytné stále ověřovat, zda dané opatření směřuje k naplnění deklarované změny v péči o lidi s duševním onemocněním. Jinými slovy, že nedochází jen k přesunům kapacit z jedné instituce na druhou. To, co je podstatné, **jsou postoje, hodnoty a principy**, na kterých má být systém postaven. A to je:

- **Důraz na lidská práva, kvalita života, potřeby osob, empowerment a v neposlední řadě recovery.**
- **Deinstitucionalizace péče** - přenesení těžiště péče z institucí do komunity, důraz na využívání přirozených zdrojů, předcházení nutnosti hospitalizace.
- **Služby vnímané jako pomoc** (ne trest nebo trápení), které se snaží být pomáhající i tehdy, když je nutné zkombinovat je s něčím, co pomáhá společnosti (např. nedobrovolná hospitalizace).
- **Služba (pomoc) „šitá na míru“** – osoba (klient) je v centru zájmu, služby se přizpůsobují jemu, ne on jim.

Definování žádaného stavu podoby systému psychiatrické péče – přijetí koncepce - je politickým rozhodnutím a jako takové patří do kompetence vlády.

V té souvislosti má vláda jednoznačně i **odpovědnost za metodické vedení celého procesu implementace na krajské úrovni.**

Z tohoto důvodu je **z centrální úrovně potřeba zajistit, aby v rámci krajské implementace koncepce:**

- 1) došlo k zohlednění **rozdílnosti potřeb jednotlivých podskupin CS** (SMI, děti, gerontopsychiatrickí klienti, osoby se závislostí) vytvářením **paralelních, vzájemně kooperujících systémů péče.**
- 2) daný plán řešil **celé území komplexně (všechny kraje)** a nikoliv pilotně jen 2-3 oblasti – budovat po celém území zárodky multidisciplinárních týmů
- 3) existovaly **transformační plány velkých institucí** (PN, DZR, apod.),
- 4) byla **sjednocena úroveň plánování** v jednotlivých krajích,
- 5) byly zajištěny **finanční prostředky nezbytné pro překlenovací fázi procesu reformy**, která bude nutně vyžadovat po určitou dobu paralelní financování obou

systémů – původního i vznikajícího, a byl **zabezpečen způsob financování celého nového systému péče (pojišťovny, dotace atd.)**.

Na vládní úrovni by v souvislosti s přijatou koncepcí mělo zároveň dojít k:

1. Zahrnutí **prvku multidisciplinární péče** do Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., a to buď
 - a) **CDZ jako nově definovaného druhu služby** (návrh §CDZ předložený pracovní skupinou), nebo
 - b) **rozšířením základních činností sociální rehabilitace** (o činnosti, které odpovídají potřebám cílové skupiny, vč. možností zapojit zdravotnické pracovníky do tohoto druhu poskytované služby (§36))

Na úrovni MPSV:

2. Zabezpečení **průběžného společného vzdělávání personálu sociálních služeb a zdravotnických zařízení** v oblastech metod práce, možných přístupů k lidem s duševním onemocněním - iniciovat vzdělávání tak, aby se výše uvedené hodnoty promítly do **postojů** profesionálů:
 - Nutná debata v rámci strategie a jasný závěr na jakých hodnotách reforma stojí
 - promítnutí do EU projektů na vzdělávání (s důrazem na work based learning, nikoli na formální frontální učení). Vzdělávání v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním musí být zaměřeno i na pracovníky služeb, které mají vzhledem k cílovým skupinám plošný charakter (pracovníci sociálních odborů, úřadů práce, pečovatelské služby, odborného soc. poradenství, zdravotničtí pracovníci apod.)

Kompetence MPSV a MZ:

3. připravit prostředí pro rozvoj kapacit - dostupnosti sociálního, popř. chráněného bydlení

Kompetence a odpovědnost daného kraje:

Kraj je odpovědný za:

- **vznik implementačního plánu, který bude v souladu s hodnotami, principy a systémem péče o lidi s duševním onemocněním dle přijaté koncepce**
- zapojení **všech stakeholderů a využití procesu komunitního plánování** na úrovni jednotlivých ORP, popř. jiných způsobů (např. síť zdravých měst – Zdraví 2020)

- **transformaci stávající sítě** ambulancí, sociálních služeb, lůžkových zdravotnických zařízení určených s duševním onemocněním a její doplnění o chybějící části,
- **propojení implementačního plánu se strategickými plány kraje** (střednědobý plán rozvoje sociálních služeb a zdravotní plán kraje)
- **jasné vymezení spádové oblasti jednotlivých služeb (CDZ)**

Podkladem pro implementační plán musí být **podrobná analýza sociálních a zdravotních služeb** poskytující služby pro jednotlivé okruhy osob s duševním onemocněním.

V rámci ní je potřeba analyzovat zejm.:

1. druhy poskytovaných služeb a jejich kapacity - převažující CS, vč. podskupiny
2. počty pacientů přicházejících do lůžkových zařízení, včetně toho, kam odcházejí, a případně, kam by mohli odejít do služeb, pokud by tyto byly zřízeny
3. Strukturu pacientů v jednotlivých psychiatrických ambulancích, hlavně zjištění, jestli spolupracují s návaznými službami v komunitě a s jakými, případně s jakými službami by spolupracovat potřebovali
4. počet akutních i následných lůžek, a to se všemi specifiky a omezeními - rozštěp mezi vykazováním a skutečným poskytováním akutní a následné lůžkové péče
5. kapacitu potřebné akutní a následné péče při zajištění rozumně kvality péče bez ohledu na finanční udržitelnost institucí, které tyto služby poskytují (alespoň virtuálně se pokusit modelovat situaci bez tlaku na obloženost v PN a PO VN)

5.1 Model funkční návaznosti mezi segmentem zdravotních a sociálních služeb

Konkrétní návrhy modelu musí vycházet z jasně formulovaného rámce přijatého na celorepublikové úrovni – **vládní koncepce**.

Návaznost mezi segmentem sociálních a zdravotních služeb je dle stávající podoby strategie Reformy (říjen 2015) popsána zejména pro CS CDZ (tj. SMI+).

Kromě toho, že CDZ v sobě sociální a zdravotní segment propojuje přímo (multidisciplinární pojetí péče), stejnou roli má plnit i v prostředí osoby (klienta či pacienta).

Jednotlivými prvky modelu jsou:

1. **Primární péče** (zejm. praktičtí lékaři) – ve venkovské oblasti obvykle disponují cennými informacemi o zdravotním stavu pacienta a často i o jeho sociální situaci. V případě systémového propojení mohou při zhoršení zdravotního stavu nebo negativní změně soc. situace poměrně rychle signalizovat potřebu specifické intervence ošetřujícího psychiatra nebo multidisciplinárního týmu CDZ.

2. **Psychiatrické ambulance** – většinou soukromá zařízení, která spadají do širšího okruhu primární péče. 1 ambulance eviduje okolo 800 – 1500 pacientů. Při takovém množství pacientů většinou není reálná dlouhodobější intenzivní podpora. Role ambulantních psychiatrů je tedy spíše v rovině prevence. V případě, kdy je pacient vyhledán. V opačném případě, pokud člověk s duševním onemocněním není v evidenci ambulantních psychiatrů, případně, pokud není schopen po absolvované hospitalizaci psychiatrickou ambulanci navštívit, přichází na řadu pracovníci týmu CDZ.
3. **CDZ** – role multidisciplinárního týmu jednoznačně spočívá v možnosti rychlé reakce (krizové sl. vč. krizových lůžek), v koordinaci potřebné péče a v individuálním provázení klienta (vyhodnocení dalšího postupu intervencí), ve znalosti a schopnosti vyhledávat zdroje pomoci v komunitě klienta, možnostech nabídky specifických programů (psychoterapie, aktivizace), v asertivním přístupu. Nezanedbatelná část role souvisí s podporou klienta během a po případné hospitalizaci.
4. **Akutní lůžková péče** – v pojetí Reformy malá lůžková psychiatrická oddělení okresních nemocnic, samozřejmě sem patří i péče o pacienty se soudně nařízenou léčbou, která se ale dnes odehrává ve velkých PN.
5. **Následná lůžková péče** – psychiatrické nemocnice, popř. lůžka v domovech se zvláštním režimem v kontextu záměru Reformy – tj. přesun péče do komunity – měl být tento způsob péče minimalizován.
6. **Ostatní sociální služby** – služby, které jsou návazné na podporu multidisciplinárního týmu CDZ nebo ty, které člověk s duševním onemocněním využívá pro vyřešení své nepříznivé situace. (CHB, sociální činnost měst a obcí, OSP, pečovatelské služby apod.).
7. **Oblast zaměstnávání** – spolupráce s běžnými zaměstnavateli, ale i sociálními firmami a podniky, které do určité míry mohou poskytovat podporu svému zaměstnanci se znevýhodněním.

Je nezbytné, aby vládní koncepce obdobným způsobem definovala systém služeb i pro ostatní části CS osob s duševním onemocněním (děti, gerontopsychiatrickí klienti, lidé se závislostí).

Spolupráce uvnitř CDZ - principy:

- **za péči a podporu klientovi odpovídá celý tým**, který pracuje metodou případového vedení
- **jednotliví členové nejsou vzájemně hierarchizováni**, každý má v týmu určitou nezastupitelnou roli - odbornost (*viz vypracovaný personální standard*), kterou uplatňuje při řešení situace klienta
- **50 – 70 % času by měla tvořit terénní práce** (vč. práce s komunitou)

5.2 Definice komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním

– charakteristiky

Komunitní služby nejenže se v komunitě (myšleno v dané lokalitě) nachází, ale primárně se zaměřují na maximální využití přirozených zdrojů v okolí klienta. Z tohoto důvodu nelze za komunitní služby považovat většinu pobytových služeb (DZR, domovy seniorů, PN). Výjimku tvoří chráněná bydlení, ale jen za předpokladu, že se jedná o v běžné zástavbě umístěná zařízení (ideálně byty) s maximálně 3-7 lůžky.

Základním principem (žádaný stav) je, aby nemocný člověk v případě potřeby získal ve svém prostředí rychle podporu, která výrazným způsobem zmírní riziko zprerhání vazeb okolí k nemocnému. Naopak může dojít k jejich posílení. Lůžková zařízení takovou podporu dát nemohou, naopak riziko odtržení zvyšují a paradoxně tak komplikují úzdravu tím, že vytváří koloběh "zpětného přijímání nemocného člena do komunity", které je ale s každou další hospitalizací složitější pro obě strany. Z tohoto důvodu je nutné k hospitalizacím, zejm. pak k těm dlouhodobým a regionálně vzdáleným, přistupovat až v krajním případě a po vyčerpání všech možností podpory v komunitě. Komunitní služby tento princip naplňují.

6. POUŽITÉ ZDROJE

www.mpsv.cz

www.mzcr.cz

www.esethelp.cz

www.cas.cz

www.bohnice.cz

www.socialnipracovnici.cz

www.socialnirevue.cz

www.reformapsychiatrie.cz

www.cmhcd.cz

www.ochrance.cz

Raboch, J., Wenigová, B.: *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*, 2012

Koncepce oboru psychiatrie, Psychiatrická společnost ČSL JEP, 2008

Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze, Psychiatrická společnost ČSL JEP, 2003

Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ), 2015

Strategie reformy psychiatrické péče, MZČR, 2013

ÚZIS – Psychiatrická péče 2013

Registr sociálních služeb

Mezinárodní klasifikace nemocí -10

Účelová neperiodická publikace

POTENCIONÁLNÍ DOPAD REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE DO OBLASTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

2015

Vyšlo v roce 2015,
Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí,
Na Poříčnickém právu 1, 128 01 Praha 2
jako neprodejnou účelovou publikaci.

N e p r o d e j n é