**Souhrnná zpráva o realizaci Kulatých stolů v krajích**

**Název projektu: Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné**

**Rreg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213)**

Název klíčové aktivity: KA 2 Kvalita péče

Gestor projektu: MUDr. Dita Protopopová, Ph. D.

Gestor klíčové aktivity: Mgr. Tereza Palánová

Nezávislý konzultant: PhDr. Monika Válková

V Praze dne 5. 1. 2019

Zpracovala: PhDr. Válková, Bc. Brandejská, Bc. Kvapil (student HTF UK)

**Obsah**

[**1.** **Úvod** 3](#_Toc536817400)

[**2.** **Zadání a cíl realizace Kulatých stolů** 3](#_Toc536817401)

[**2.1.** **Zadání KA 2: Kvalita péče** 3](#_Toc536817402)

[**2.2.** **Cíl realizace Kulatých stolů** 4](#_Toc536817403)

[**3.** **Metodika realizace kulatých stolů** 4](#_Toc536817404)

[**3.1.** **Popis metodiky realizace Kulatých stolů (informace z přípravné fáze)** 4](#_Toc536817405)

[**3.2.** **Hlavní téma Kulatých stolů** 7](#_Toc536817406)

[**4.** **Realizace kulatých stolů** 9](#_Toc536817407)

[**5.** **Výstupy Kulatých stolů** 10](#_Toc536817408)

[**5.1.** **Výstup 1 Naplnění předpokládaných cílů průzkumu** 10](#_Toc536817409)

[**5.2.** **Výstup 2 Přehled zjištění z Kulatých stolů - oblast obecná psychiatrie** 10](#_Toc536817410)

[**5.3.** **Výstup 3 Přehled zjištění z Kulatých stolů - oblast obecná gerontopsychiatrie** 19](#_Toc536817411)

[**5.4.** **Výstup 4 Přehled zjištění z Kulatých stolů - oblast dětské a dorostové psychiatrie** 22](#_Toc536817412)

[**5.5.** **Výstup 5 Přehled zjištění z Kulatých stolů - oblast adiktologie** 24](#_Toc536817413)

[**6.** **Závěr** 30](#_Toc536817414)

# **Úvod**

 Zpracování tohoto analytického dokumentu je součástí aktivit projektu *Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213)*. Záměrem tohoto projektu je přispět ke změně systému poskytování péče o duševně nemocné lidi tak, aby se z převážně institucionálního modelu práce stal model, ve kterém bude převažovat komunitní způsob práce. Projekt je zaměřen na kroky směřující k této změně primárně v oblastech dotýkajících se organizace práce, související odborné podpory, definice vnímání kvality péče a uvedení kvality do praxe, tvorby a posílení regionálních sítí péče, transformace psychiatrických nemocnic a informovanosti dotčených stran o souvisejících změnách. Tímto způsobem by měly být v konečném důsledku zajištěny podmínky pro přechod pacientů z prostředí ústavní péče do péče komunitní.

Níže popisovaná problematika realizace kulatých stolů, je součástí aktivity *KA2 Kvalita péče* výše uvedeného projektu a svým zaměřením i výstupy přispívá k dosažení záměru a cílů celého projektu.

# **Zadání a cíl realizace Kulatých stolů**

## **Zadání KA 2: Kvalita péče**

 V projektu *Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné* je uvedeno, že k dosažení cílů aktivity KA 2 je nutné identifikovat výchozí stav ve vnímání kvality péče u uživatelů služeb i odborné veřejnosti, definovat obsah kvality služeb na rozhraní zdravotního a sociálního systému a definovat standardy kvality péče o duševně nemocné. Z tohoto důvodu je nutné realizovat průzkum mezi poskytovateli a uživateli celého spektra služeb pro lidi s duševním onemocněním, který bude zaměřený právě na zjišťování potřeb uživatelů těchto služeb a jejich vnímání kvality péče.

 Jedním z nástrojů využitelných pro zjištění výše uvedených otázek je metoda realizace Kulatých stolů. V projektu je zadání pro realizaci Kulatých stolů v jednotlivých krajích uvedeno následovně:

**Kulaté stoly v krajích**

**V každém kraji (14) se uskuteční kulatý stůl za účasti 15-20 osob. Zastoupena bude odborná veřejnost i uživatelé péče, popř. jejich rodinní příslušníci. Skupinovou diskuzi bude moderovat gestor řízení kvality péče, přítomen bude i zapisovatel, který následně výstupy zpracuje. Kulaté stoly se dotknou těchto témat:**

**•** Vnímání naplnění potřeb

• Participace pacientů / klientů na léčbě

• Dostupnost služeb

• Kontinuita péče

• Zkušenosti s individuálním plánováním zotavování

• Užitečnost průvodce

Výstup realizace Kulatých stolů v krajích bude souhrnná zpráva, sumarizující související zjištění v rozsahu definovaném zadáním a cílem konání této aktivity.

## **Cíl realizace Kulatých stolů**

**Cílem průzkumu bylo především:**

• Jaké potřeby jsou na straně uživatelů a jak jsou v současné době naplněny

• Jak kvalitu péče vnímají uživatelé služeb

• Jak kvalitu péče vnímají rodinní příslušníci duševně nemocných

• Jak kvalitu péče vnímají pracovníci poskytovatelů služeb pro duševně nemocné

• Jaká je současná kvalita služeb pro duševně nemocné

# **Metodika realizace kulatých stolů**

## **Popis metodiky realizace Kulatých stolů (informace z přípravné fáze)**

Jedna z nejtradičnějších a nejobvyklejších metod skupinové diskuze je právě metoda realizace kulatých stolů. Klíčovým principem této metody je rovnost diskutujících. Této rovnosti by mělo být dosaženo především vhodným uspořádáním diskutujících a rovnovážným vedením diskuze zkušeným moderátorem nebo facilitátorem. Cílem Kulatých stolů bylo umožnit multidisciplinární dialog mezi odbornou a laickou veřejností (odborníci, uživatelé, neformální pečovatelé a další aktéři) zaměřený zejména na oblast kvality péče a zjišťování barier mezi zdravotním a sociálním systémem v rámci definování potřeb uživatelů s duševní poruchou.

**Další požadavky a související informace:**

* Velikost skupiny účastníků: 20 osob
* Čas trvání Kulatého stolu: 2 - 3 hodiny
* Termín konání Kulatých stolů: květen – prosinec 2018.
* Účastníci jsou vybrání organizátorem Kulatého stolu.

**Cílová skupina Kulatých stolů**

Diskutující budou reprezentovat různé názorové skupiny, které mají k projednávanému tématu bližší vztah. Budou to experti, odborníci v oboru, názorové skupiny, reprezentanti zájmových skupin a klienti/uživatelé zdravotně sociálních služeb.

**Zaměření Kulatých stolů - bližší specifikace cílových skupin:**

1. Problematika péče o duševní zdraví u dospělé populace / problematika péče o duševní zdraví onemocnění ve stáří
2. Problematika péče o duševní zdraví dětí
3. Problematika péče závislostí

**Klíčové oblasti, které budou v rámci realizace Kulatých stolů diskutovány (dle indikátorů OECD):**

1. Legislativa pro oblast duševního zdraví.
2. Služby (zdravotní a sociální), jejich kvalita, dostupnost a koordinace.
3. Dostupnost služeb pro každého bez rozdílu.
4. Komplexní poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek.
5. Zapojení uživatelů do systému zdravotní a sociální péče, dodržování lidských práv a diskriminace.

**Účastníci Kulatých stolů:**

* Zástupci regionálních sociálních a zdravotních poskytovatelů služeb pro osoby s duševním onemocněním (4 účastníci lékaři psychiatři - dle jednotlivých odborností – obecná psychiatrie, dětská psychiatrie a adiktologie a 4 účastníci - sociální pracovníci poskytovatelů sociálních sužeb)
* Zástupci krajských regionálních sociálních a zdravotních služeb odpovědných za plánování, dostupnost a financování služeb (2 účastníci)
* Zástupci uživatelů (3 účastníci)
* Zástupci neformální péče / svépomocné skupiny (3 účastníci)
* Regionální odborný garant (odborník, který v případě neúčasti jednotlivých odborností zástupců poskytovatelů zdravotních služeb zastoupí všechny chybějící odbornosti - 1 účastník)
* Regionální konzultant (1 účastník)
* Gestor kvality (1 účastník)

Účastníci Kulatého budou přizváni předem prostřednictvím pozvánky e-mailovou poštou. Cílová skupina bude vybrána dle doporučení odborného regionálního garanta příslušného kraje a regionálního konzultanta. Harmonogram konání Kulatých stolů bude naplánován společně s regionálními konzultanty (termín, město, místo, účastníci - panelisté).

**Přínosy a cílení využití metody Kulatých stolů**

Metoda realizace Kulatého stolu bude sloužit k rovnoměrnému, demokratickému prezentování různých názorových / expertních pohledů na diskutované / řešené téma s cílem zmapovat danou problematiku. Moderátor diskuze dbá na to, aby každý účastník diskuse získal stejný prostor pro svá vyjádření.

Primárním cílem kulatého stolu je umožnit účastníkům prezentovat rozdílné názory a rozdílné úhly pohledu na dané téma. Kulaté stoly budou organizovány formou řízené diskuse, zaměřené na problematiku péče o osoby s duševní poruchou a výstupy těchto diskuzí budou sloužit jako podklad pro průzkum zaměřený na vnímání kvality péče uživateli služeb.

**Cílem Kulatých stolů realizovaných formu řízené diskuze je zjistit:**

* Jaké potřeby jsou na straně uživatelů a jak jsou v současné době naplněny
* Jak kvalitu péče vnímají uživatelé služeb
* Jak kvalitu péče vnímají rodinní příslušníci
* Jak kvalitu péče vnímají pracovníci poskytovatelů služeb o osoby s duševní poruchou
* Jaká je současná kvalita služeb pro osoby s duševní poruchou

**Základní struktura kroků organizace Kulatých stolů**

1. Organizátor definuje téma kulatého stolu.
2. Organizátor zmapuje spektrum názorů na danou problematiku a možné zástupce těchto názorových skupin.
3. Organizátor pozve účastníky kulatého stolu s předběžně stanovaným programem.
4. Moderátor kulatého stolu prezentuje cíle kulatého stolu a poté moderuje diskuzi, ve které by měli dostat slovo všichni zúčastnění.
5. Moderátor shrnuje klíčová stanoviska účastníků, případně vede diskuzi k dílčím závěrům – rozhodnutím, návrhům dalších aktivit apod.
6. Klíčové závěry nechá moderátor schválit / potvrdit účastníky kulatého stolu.

**Před výběrem panelistů u každého kulatého stolu si organizátor musí ujasnit:**

* řešený problém včetně stanovení záměru vystoupení,
* otázky, na které hledáme odpovědi,
* kteří panelisté jsou pro záměr Kulatého stolu relevantní a budou osloveni a s jakým tématem,
* na úvod kulatého stolu bude připravena krátká prezentace na diskutované téma.

**Úloha moderátora**

Moderátor připravuje obsahovou část k danému tématu. Úlohou moderátora je v úvodu nastolit otázky, které chceme diskutovat, propojovat jednotlivá vystoupení panelistů a vést účastníky k diskusi.

**Pravidla diskuse:**

Diskuze slouží k vyjadřování vlastních názorů k danému tématu, proto na začátku řízené diskuse připomeneme panelistům tyto pravidla:

1. diskutuj otevřeně, srozumitelně a věcně v daném čase
2. pravidlo: buď ve svém vyjadřování slušný a kultivovaný
3. pravidlo: nekomentuj s příliš horkou hlavou
4. pravidlo: respektuj názory ostatních, naslouchej
5. pravidlo: vždy hovoří jeden

**Pravidla pro moderátora:**

1. vytváří atmosféru bezpečí prostředí, stimuluje účastníky k diskusi
2. požádá účastníky (panelisty) o jejich otázky, nápady, myšlenky, asociace
3. otázky nechá zapisovat
4. nechá otázky doznít, vyčkává „na prolomení ledů“
5. zdrží se vlastního projevu, nechá mluvit účastníky
6. v případě, že se otázky opakují či odklánějí od tématu, stimuluje účastníky k jinému úhlu pohledu položením doplňující otázky
7. nehodnotí či nekritizujte kvalitu otázek zúčastněných
8. trvá na odpovědích panelistů na položené otázky, dbá, aby žádná otázka nezůstala nezodpovězena
9. vede kulatý stůl při dodržení pravidel diskuse ke zdárnému cíli
10. využívá podpory odborníka - Odborného regionálního garanta příslušného kraje

V případě velkého množství otázek určuje postupně moderátor pořadí diskutujících, případně vyzve účastníky k formulaci otázky písemnou formou - na to by však měl upozornit předem, nejlépe na počátku akce či před přestávkou.

**Organizační zajištění**

V rámci zajištění aktivní spolupráce účastníků je vhodné připravit motivující prostředí, a to v oblasti věcné, organizační a sociální:

Doporučuje se rozestavení židlí a stolů do tvaru písmene U s možností procházení i do vnitřního prostoru. Učebna (sál) je vybavena standardní technikou – promítací plocha (plátno) funkční dataprojektor, notebook a kvalitní ozvučovací zařízení (mikrofony). Organizátoři by neměli opomenout zkontrolovat kvalitní osvětlení učebny či případně možnost jejího zatemnění.

Při výběru učebny si je nutno uvědomit potřebu zajištění další místnosti určené k prezenci, občerstvení, případné komunikaci účastníků o přestávce, dále pak šatny a hygienického zařízení. Součástí pozvánky je mapka zařízení, kde se Kulatý stůl koná, s informacemi o možném dojezdu či parkování. Doporučený termín rozesílky pozvánek je jeden měsíc před konáním Kulatého stolu a termín registrace účastníků Kulatého stolu, jeden týden před jeho konáním.

V pozvánce bude uveden cíl Kulatého stolu, provázený související otázkou nebo otázkami, konkrétní program se jmény vystupujících panelistů a další potřebné informace. Součástí přípravy Kulatých stolů je i zhotovení prezenční listiny se jmény pozvaných účastníků a dalších podkladů a dokumentů, které jsou pro realizaci Kulatých stolů potřebné (například zpětnovazebné dotazníky).

**Doporučený obsah složky pro účastníky:**

* prezentace panelistů – nejlépe takové, kde si účastníci mohou zapisovat další poznámky
* lístky pro případné písemné dotazy účastníků,
* zpětná vazba od účastníků.

**Závěr každého Kulatého stolu**

Na závěr každého Kulatého stolu vyzve moderátor účastníky ke zpracování zpětné vazby formou doplnění zpětnovazebního formuláře, který všichni obdrželi při prezenci.

Ve zpětné vazbě by měli všichni aktéři odpovědět na uvedené otázky vztažené jak k prostředí věcnému, tak organizačnímu i sociálnímu.

**Příklady otázek:**

* Dostal/a jste odpověď na formulovanou cílovou otázku?
* Máte další otázky / náměty k tématu, které chcete zodpovědět?
* Které téma vás nejvíce zaujalo?
* Která další témata by se měla příště diskutovat?

Průběh Kulatého stolu bude nahráván a bude z něj zhotoven zápis. Zápisy z Kulatých stolů se následně využijí v rámci projektu / průzkumu.

Dílčí zpětné vazby účastníků jsou zpracovávány zpravidla v horizontu max. do 10 dnů následujících po konání příslušného Kulatého stolu.

Zápis z Kulatého stolu obsahující výstupy spojené s řešením zásadních otázek a vyhodnocení zpětné vazby účastníků se následně poskytne panelistům i participujícím organizacím. Účastníci se se zprávou mohou seznámit na webových stránkách pořádající organizace.

## **Hlavní téma Kulatých stolů**

Hlavním tématem určeným pro realizaci kulatých stolů bylo téma zaměřené na identifikaci a zmapování nedostatků a bariér v péči o duševní zdraví. V rámci přípravné fáze byly stanoveny oblasti diskuze a navrženy, k jednotlivým oblastem přiřazené, níže uvedené, otázky a podotázky, které byly následně na kulatých stolech diskutovány.

**Hlavní téma Kulatého stolu: Zjišťování nedostatků a barier v péči o osoby s duševním onemocněním**

**Oblasti diskuse (v prezentaci Kulatých stolů):**

1. **Legislativa pro oblast duševního zdraví.**

Otázky:

* Co vnímáte jako největší problém v této oblasti?
* Jaké jsou Vaše zkušenosti v uvedených oblastech?
1. **Služby (zdravotní a sociální), jejich kvalita, dostupnost.**

Otázky:

* Jaké jsou Vaše zkušenosti s dostupností a kvalitou poskytovaných zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním?
	+ *Doplnění nebo vysvětlení moderátora k tématu: zkušenosti v rámci poskytování služeb akutní psychiatrie, psychiatrická léčebna, psychiatrická nemocnice, ambulantní psychiatr, domácí zdravotní péče, psychoterapeut, krizová centra.*
* Jaké jsou Vaše zkušenosti s dostupností a kvalitou poskytovaných sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním?
	+ *Doplnění nebo vysvětlení moderátora k tématu: zkušenosti v rámci poskytování služeb v terénní péči, komunitních službách, denních centrech, sociálních odborů v obci, odborné sociální poradenství …*
1. **Dostupnost služeb pro každého bez rozdílu.**

Otázky:

* Domníváte se, že existují sociální a kulturní překážky v dostupnosti zdravotních a sociálních služeb u osob s duševním onemocněním?
* Domníváte se, že dostupnost k službám ovlivňuje sociálně kulturní status klienta?
* *Doplnění nebo vysvětlení moderátora k tématu:* zkušenosti v rámci poskytování služeb v důsledku nízkého stupně vzdělání, odlišné etnické příslušnosti, náboženství, jazykové bariéry a vyšší společenské uplatnění – majetkové poměry apod.
1. **Komplexní poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek včetně koordinace služeb.**

Otázky:

* Jak byste hodnotili koordinaci poskytovaných zdravotních služeb mezi lůžkovou a ambulantní péči?
	+ *Doplnění nebo vysvětlení moderátora k tématu: vysvětlující zkušenosti v rámci poskytování služeb - co očekávají a potřebují klienti po propuštění z lůžka; jak vnímají rozdíl v přístupu na lůžku, v ambulanci, ve stacionáři.*
* Jak byste hodnotili vzájemnou koordinaci mezi jednotlivými aktéry poskytující zdravotní a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním?
	+ *Doplnění nebo vysvětlení moderátora k tématu: vzájemná informovanost o zdravotním stavu a následných potřebách klienta v komunitě, včasná pomoc, reakce na krizovou pomoc, vzájemná informovanost o potřebách klienta a to zejména v oblastech bydlení, vzdělávání, volný čas, práce, rodina, uplatňování práv, zdraví.*
1. **Zapojení uživatelů do systému zdravotní a sociální péče, dodržování lidských práv a diskriminace.**

Otázky:

* Domníváte se, že existují nedostatky v naplňování potřeb a lidských práv?
	+ *Doplnění nebo vysvětlení moderátora k tématu, vysvětlující zkušenosti v rámci poskytování služeb v oblasti: bezpečí, respekt, informace-edukace, soukromí, důstojnost, naděje, násilí, týrání, volný pohyb, opatření omezující pohyb osob.*
* Jaké jsou Vaše zkušenosti v zabezpečení kontinuity péče – mezi lůžkovou a ambulantní péčí?
	+ *Doplnění nebo vysvětlení moderátora k tématu, vysvětlující zkušenosti v rámci poskytování služeb v oblasti: potřeby / představy klienta po propuštění co očekávají a potřebují po propuštění z lůžka; jak vnímají rozdíl v přístupu na lůžku, v ambulanci, ve stacionáři, co potřebují v akutní léčbě, co v následné a rehabilitační péči.*

**Podotázky:**

* Domníváte se, že jsou dostupné zdravotní služby pro osoby s duševním onemocněním? (akutní psychiatrie, psychiatrická léčebna, psychiatrická nemocnice, ambulantní psychiatr, domácí zdravotní péče, psychoterapeut, krizová centra.)
* Jak byste hodnotili vzájemnou spolupráci lékařských profesí a nelékařských profesí zdravotních služeb o duševně nemocné? (vzájemná informovanost o zdravotním stavu klienta, včasná pomoc, reakce na krizovou pomoc…)
* Domníváte se, že jsou dostupné sociální služby pro osoby s duševním onemocněním? (terénní péče, komunitní služby, denní centra, sociální odbor v obci, odborné sociální poradenství …)
* Jak byste hodnotili vzájemnou spolupráci mezi aktéry zajišťující sociální služby a péči o duševně nemocné? (vzájemná informovanost o potřebách klienta a to zejména v oblastech bydlení, vzdělávání, volný čas, práce, rodina, uplatňování práv, zdraví…)
* Kde vnímáte nedostatky a rezervy v současné struktuře zdravotních služeb v péči o duševně nemocné?
* Kde vnímáte nedostatky a rezervy v současné struktuře sociálních služeb v péči o duševně nemocné?
* Existují nedostatky v naplňování potřeb a lidských práv – bezpečí, respekt, informace-edukace, soukromí, důstojnost, naděje, násilí, týrání, volný pohyb, opatření omezující pohyb osob.
* Existují nedostatky v zabezpečení kontinuity péče – mezi lůžkovou a ambulantní péčí; co očekávají a potřebují klienti po propuštění z lůžka; jak vnímají rozdíl v přístupu na lůžku, v ambulanci, ve stacionáři. Co potřebují v akutní léčbě, co v následné a rehabilitační. Jak si představují zapojení rodiny v následné péči.

# **Realizace kulatých stolů**

Kulaté stoly probíhaly v souladu se zadáním aktivity v jednotlivých krajích ČR. Byly zaměřeny na předem určená témata a realizovány dle, již v předchozích částech této zprávy popsané, metodiky Kulatých stolů. Klíčové poznatky z Kulatých stolů byly vždy zaznamenány a zpracovány. Nutno podotknout, že každý Kulatý stůl byl něčím specifický a vždy záleželo na struktuře multidisciplinární skupiny odborníků a uživatelů v daném kraji, která se setkání účastnila, která průběh, dynamiku i kvalitu výstupů významně ovlivňovala.

Obecně lze podotknout, že zkušenosti s problematikou péče o duševně nemocné jsou v jednotlivých krajích obdobné a lze také konstatovat, že postoje účastníků a výstupy setkání potvrzují širší podporu reformy psychiatrie, což je pozitivní zjištění.

Výstupy z realizační fáze Kulatých stolů se staly také základním kamenem pro tvorbu dotazníku, který je připravován jako následný krok po realizaci Kulatých stolů. Tento dotazník cílí, v souladu se zadání aktivity *KA2 Kvalita péče*, na další zpřesnění zjištění potřeb pacientů a uživatelů služeb pro duševně nemocné a zmapování jejich aktuálního vnímání kvality péče.

Podrobněji se závěrům a výstupům z kulatých stolů věnuje následující část této zprávy.

# **Výstupy Kulatých stolů**

 Výstupy z Kutých stolů byly předávány pracovní skupině zaměřené na řešení problematiky dotazníkového průzkumu, kterou odborně vede paní prof. Krahulcová. Průzkum se bude týkat 1000 respondentů. Výstupy z Kulatých stolů (autentické výpovědi – příklady z praxe) budou využity v rámci jako podklad pro interpretaci dotazníkovému šetření, které bude probíhat v období leden 2019 - březen 2019.

## **Výstup 1 Naplnění předpokládaných cílů průzkumu**

* Kulaté stoly splnily svoji úlohu v rámci projektu, neboť se naplnily níže uvedené cíle / předpoklady:
	+ diskutující reprezentovaly různé názorové skupiny, které mají k projednávanému tématu bližší vztah. Panelisté byli experti, odborníci v oboru, názorové skupiny, reprezentanti zájmových skupin a klienti/uživatelé zdravotně sociálních služeb.
	+ Byl realizován multidisciplinární dialog mezi odbornou a laickou veřejností (odborníci, uživatelé, neformální pečovatelé, včetně dalších aktérů) zaměřený zejména na oblast kvality péče a dále zjišťování barier mezi zdravotním a sociálním systémem v rámci zjišťování potřeb uživatelů s duševní poruchou.
	+ Kulaté stoly měly pozitivní ohlas zejména mezi uživateli, neformálními pečovateli a odborníky, kteří ocenili skutečnost, že MZ má zájem o jejich názor na kvalitu a zabezpečení péče o osoby s duševním onemocněním.
	+ Kulaté stoly se zabývaly problematikou obecné a gerontopsychiatrie, dětskou a dorostovou psychiatrii a adiktologii v jednotlivých krajích ČR.
	+ Byl zpracován výstup zaměřený na adiktologi (byl využit celorepublikový výstup odborné společnosti, která v rámci projektu zpracovala názory jednotlivých odborníků z oblasti adiktologie). Dětská a dorostová psychiatrie se řešila na všech Kulatých stolech v rámci celé ČR (samostatně byla tato problematika řešena pouze v Pardubickém kraji).
	+ Vznikl unikátní dokument, týkající se celého spektra problematiky péče o osoby s duševním onemocněním, který analyzuje celou problematiku psychiatrické péče dle oborů, včetně autentických výstupů (viz zápisy a výstupy z Kulatých stolů z jednotlivých krajů).

## **Výstup 2 Přehled zjištění z Kulatých stolů - oblast obecná psychiatrie**

Přehled vychází a je sestaven z informací získaných při realizaci Kulatých stolů, které probíhaly v krajích, napříč celou ČR.

##

1. **Legislativa pro oblast duševního zdraví**

Řešené otázky:

***Co vnímáte jako největší problém v této oblasti?***

***Jaké jsou Vaše zkušenosti v uvedených oblastech?***

Dílčí výstupy spojené s řešením otázek dle jednotlivých problematik:

**Problematika Legislativy**

* neucelená a nedostatečná legislativa, chybějící zákon o duševním zdraví/dlouhodobé péči. Problematika by měla být řešena jako celistvá, mělo by hlavně dojít k propojení zdravotních a sociálních služeb.

**Problematika PnP** **+ invalidní důchody + přiznávání ZTP**

* nutné proškolení úředníků z úřadů práce, kteří provádějí šetření v domácím prostředí, jejich znalost problematiky je nedostatečná. Totéž platí i při přiznávání ZTP ze strany městských úřadů. V některých případech ani pacient s těžkým duševním onemocněním nedostane ZTP,
* různá výše příspěvků v jednotlivých krajích, problém účastníci vidí v Zákoně 108 / 2006 Sb., o soc. službách,
* o výši PnP je rozhodováno někdy pouze na základě subjektivního pocitu pracovníka,
* klienti si myslí, že PnP je neúčelový příspěvek využitelný na vylepšení vlastního individuálního rozpočtu, nikoli příspěvek na řešení nepříznivé sociální situace (primárně pomocí kvalitních služeb nebo jiné pomoci a podpory).

**Problematika péče – domov se zvláštním režimem**

* Tento druh sociální služby se dle typu cílového okruhu osob stará o lidi s duševní nemocí způsobenou různými příčinami, včetně např. dlouhodobého užívání alkoholu,
* jedná se o 24 hod službu, ve které klienti po dlouhém koloběhu dostanou max. příspěvek III. stupně, IV. stupeň je přiznáván ojediněle,
* problém vidí účastníci Kulatých stolů v úřednicích, kteří s posuzováním nemají zkušenost (klient by zvládl určité věci, ale nevzpomene si, že by si např. měl vzít léky apod.).,
* úředníci pacientům přiznávají I. a II. stupeň příspěvku na péči, i když by měli nárok na stupeň III. a IV. Co se týče invalidních důchodů, je to totéž. Služba je drahá, vyžaduje finance, ale klientům nejsou přiznávány v rozsahu, v jakém péči potřebují.

**Problematika poskytovatelů služeb – finanční zabezpečení klienta**

* přiznávání invalidních důchodů (neodpracovaný potřebný počet let, pacienti by museli např. 5 let pracovat, aby jim byl vůbec nějaký důchod byl vyplacen, takže jsou bez financí).
* Pokud má pacient vrozený handicap a nikdy nepracoval, má lepší výpočet invalidního důchodu než ten, který začal pracovat.

**Problematika posuzování příspěvku na péči u pacienta s demencí**

* U soudu může být nařízen přezkum. Prvoinstanční posudek, v tomto případě zamítavý, má vždy vyšší váhu proti druhoinstančnímu posudku. V některých případech v rámci autoremedury může lékař, který vydal prvoinstanční posudek, udělat sám opravu posudku.
* Selhávání posudkového lékaře u deficitního pacienta – pacient nemůže chodit do práce, je snadno rozrušitelný a lékař mu přesto přizná jen I. stupeň.

**Problematika – Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách**

* Velká novela Zákona se již připravuje několik let, další předpokládané datum schválení novely je rok 2021. Pobytové služby se budou do budoucna měnit, do transformace je nutno začlenit i domovy se zvláštním režimem, domy pro seniory atd. Systém je potřeba nastavit tak, aby bezplatně poskytované služby měly garanci financování. Bezplatné poskytování služeb soc. rehabilitace pro duševně nemocné je velmi důležité, klienti jsou často v hmotné nouzi.
* Stát negarantuje financování sociální péče – český systém nesleduje zájmy konkrétních oprávněných uživatelů, ale předpokládané rozpočtové náklady poskytovatelů služeb. Systém negarantuje finance pro poskytovatele ani pro klienta.
* Je nutné nastavit meziresortní spolupráci mezi MPSV a MZ.

**Problematika u příbuzných pacientů – nedobrovolná hospitalizace** (pokud člověk ohrožuje sebe nebo své okolí)

* Toto se těžko prokazuje, lékaři indikující k nedobrovolné hospitalizace jsou opatrní, policie často přijede, ale nepomůže.
* Příbuzní / sousedé opakovaně upozorňují úředníky města na to, že člověk je nemocný, potřebuje léčbu, ale on si to neuvědomuje a léčbu odmítá, i když by mu v jeho situaci pomohla.
* Není oddělena hospitalizace a ambulantní péče, nespolupráce MZ a MPSV, jsou nutné legislativní úpravy a sjednocení pod jeden koordinační orgán.

**Problematika – Veřejný opatrovník**

* Výkonem jsou pověřeny obce. V domácnostech se setkávají s duševně nemocnými lidmi. Jak je mají dostat do systému péče, když např. nemají ani občanský průkaz. Pomáhají jim při vyřizování invalidních důchodů, zaevidování na úřad práce, kde ale neberou v potaz, že je to duševně nemocný člověk. Pokud je na tom pacient velmi špatně, není ale ve fázi, kdy ohrožuje sebe nebo okolí, sociální pracovník, případně pověřený opatrovník, jej nikam nemůže dostat.

**Problematika zaměstnanosti**

* Pacient má povinnost docházet na úřad práce, na to jsou navázány dávky pomoci v nouzi a příspěvek na bydlení atd. Opatrovník toto nemůže zajistit za pacienta, pokud soudně není omezena jeho svéprávnost v tomto rozsahu. Než se vyřídí invalidní důchod, většinou I. a II. stupně, vypadávají pacienti z evidence úřadu práce, nemají finanční prostředky a je to pro ně v podstatě neřešitelná situace. Vezmou si různé druhy nebankovních půjček, opatrovník toto nemůže ovlivnit, půjčky ale musí splácet, je to další neřešitelná situace. Když se dostane zpět do psychiatrické léčebny, řeší sociální pracovnice s ředitelem nemocnice to, že má být pacient propuštěn z hospitalizace a snaží se ho umístit, informují obce, aby si pacienta umístili – je to ale nesystémové, opět chybí řešení v legislativě.

**Problematika, že za systém péče jsou zodpovědná dvě nespolupracující ministerstva MPSV a MZ**

* Otázkou je, jak je nastaveno vzdělávání středního zdravotního personálu a lékařů a zda je součástí příprava na práci nejen v ambulanci, ale i v terénu. Problém je např. u psychiatrické sestry, kterou by mohli oslovit pro spolupráci, ta je ale zvyklá pracovat jen u lůžka a v terénu ne, takže to odmítne. Dále otázka financování péče v terénu – není dostatečně financováno zdravotními pojišťovnami, což je také demotivující.

***Shrnutí:***

***Problematiku je potřeba řešit celistvě, v souběhu spolupráce zdravotních i sociálních služeb. Vzniknout by měla zákonná norma, která by spolupráci definovala a umožnila. Řešit by se měla také stigmatizace duševně nemocných, nedobrovolné hospitalizace, přidělování příspěvků na péči a příspěvků na bydlení. Měla by se řešit také legislativa financování péče o duševně nemocné lidi.***

1. **Služby (zdravotní, sociální), jejich kvalita, dostupnost**

Řešené otázky:

***Jaké jsou Vaše zkušenosti s dostupností a kvalitou poskytovaných zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním?***

***Jaké jsou Vaše zkušenosti s dostupností a kvalitou poskytovaných sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním?***

Dílčí výstupy spojené s řešením otázek dle jednotlivých problematik:

**Problematika dostupnosti služeb**

* Rodinám chybí zejména odlehčovací služby, vadí jim dlouhé lhůty v ordinacích psychologů a psychiatrů, velký problém spatřují v preventivní péči u dětí s Aspergerovým syndromem, které jsou ohroženy úzkostí a depresí. Nikdo rodiny neinformuje. Neinformované jsou i všechny složky policie a často neumí pracovat s lidmi s autismem.
* Absence krizových služeb (24/7). Zásadním problémem není chybějící prostor ale personální zajištění.
* Zaběhnuté stereotypy myšlení většiny psychiatrů; z odvykání mají strach či alespoň obavy odborníci i klienti, není, kam se obrátit; mimo Prahu nejsou týmy, které by přijely kdykoli za člověkem, jenž je v psychóze; psychiatři nevezmou do ordinace nikoho, kdo to akutně potřebuje / i když jistě výjimky existují.
* Dostupnost služeb v malých městech a obcích, chybí dopravní obslužnost a mezi zařízeními jsou velké vzdálenosti.
* Chybí zadání, jak mají psychiatrické nemocnice vypadat po reformě – nelze efektivně plánovat komunitní péči, když vedení nemocnic nezná výhled na 15 – 20 let.
* Lůžka v psychiatrických nemocnicích by měla nahradit lůžka v jiném režimu. Na psychiatrických odděleních by v následné péči měla být sociální lůžka, podle § 52, Zákona o sociálních službách je lze zřizovat, ale v praxi je skutečnost jiná – lůžka nejsou hrazena obdobně jako lůžka zdravotnická.

**Provázanost záchranné služby, Policie a osob vážně duševně nemocných**

* Akutní stav u pacientů, kdy je odváží rychlá záchranná služba – v některých případech se s lidmi nezachází dobře,
* problém stigmatizace duševně nemocných nejen u veřejnosti ale i praktických lékařů a dalších služeb (např. pronájmy bytů) – není to jen stigmatizace duševně nemocného člověka, ale celého oboru psychiatrie a je potřeba nastavit u profesionálů lidský přístup k nemocnému člověku.

**Problematika bydlení**

* Tato služba je dlouhodobě nedostupná po celé ČR – lidé nemají možnost získat sociální byty, byty v režimu chráněného bydlení, byty pro seniory. 1/3 lidí s duševním onemocněním by mohla bydlet sama v bytech se zvláštním určením, které nejsou dostupné. Zákon o sociálním bydlení není dokončen a platný. Pro klienty, pro které je doléčovací cyklus půl roční až roční příliš rychlý, tak v tu chvíli by byla možnost je dostávat do samostatného sociálního bydlení a více využívat ambulantních a terénních služeb.

**Problematika nedostatku lékařů**

* Téma nedostatku lékařů a dalšího zdravotnického personálu, jako i nedostatek kvalifikovaného personálu v sociálních službách. Personální situace v LK je v naprostém rozporu s personálními požadavky pro CDZ a limituje tak možnost jeho vzniku (zejména v regionu, kde není k dispozici psychiatrická nemocnice a tedy možnost vzniku CDZ sloučením zdravotního a sociálního týmu). **Proto je mnohdy preferován spíše vznik menších multidisciplinárních týmů a podpora stávajících sociálních služeb** k tomu, aby přijímaly i klienty s psychiatrickou diagnosou (např. podpořit pečovatelské služby, domovy pro seniory v tom, aby uměly pracovat s  cílovou skupinou seniorů s duševním onemocněním, využívat v terénní práci home care apod.). Často není ani dostačující podpora zdravotních pojišťoven, aby praxe mohla být v místě zřízena – pojišťovny určují dostupnost zdravotních služeb.

**Problematika spolupráce mezi multidisciplinárním týmem**

* Důležitá je pro ambulantního psychiatra spolupráce s dalšími ambulantními lékaři, ale i spolupráce meziresortní, např. s učiteli. Důležité je také vytváření pracovních příležitostí - např. chráněná pracovní místa. Ambulantní lékař má aktuálně jen omezené možnosti zaměstnat psychiatrickou sestru, tato profese na trhu práce téměř chybí, problém je i s klinickými psychology, pojišťovna s nimi neuzavírá smlouvu.

**Psychologické, psychoterapeutické služby**

* Velkým problémem je to, že psychologické a psychiatrické služby nehradí pojišťovny a tyto služby jsou mnohdy nedostupné.
* Vzdělávání – akreditace k daným úkonům prochází náročným procesem, proces by měl být zjednodušen.
* Jinak nastavený zdravotní a sociální systém – je nutné provázat, aby spolu více systémy spolupracovaly.

**Problém s přiznáváním invalidních důchodů**

* Je potřeba změnit způsob posuzování, mělo by posuzovat více odborníků – špatný systém nastavení výše invalidních důchodů – posudkoví lékaři se zdráhají přiznat invalidní důchod bez hospitalizace pacienta v mezidobí, kdy byl důchod přiznán a současností – lidé s duševními poruchami ze systému vypadnou, protože ani neví, že mohou o invalidní důchod zažádat nebo nejsou schopni o důchod zažádat.

**Centra pro duševní zdraví (CDZ)**

* Měla by mít legislativní oporu, kterou dosud nemají, nejsou zařazeny v systému, záchranné služby by pak mohly pacienty vozit i do CDZ, pacient by nemusel být hned hospitalizován na psychiatrickém oddělení nemocnic. K tomu je nutná spolupráce mezi nemocnicemi a CDZ. V současné době neexistuje organizace, která by poskytovala a zajišťovala komplexní služby pro duševně nemocné. Jednotlivé organizace poskytují dílčí služby, jejich spolupráce je ale omezená. Propojení služeb zdravotní a sociální péče bude částečně úkolem vznikajících CDZ a mobilních komunitních týmů.

***Shrnutí:***

***Nedostupnost zdravotních a sociálních služeb, chybí personál, dostupné bydlení, komunitní služby, nedostatečná spolupráce mezi sektory. Ve velkých městech jsou služby dostupnější než v malých městech.***

**3. Dostupnost služeb pro každého bez rozdílu.**

Řešené otázky:

***Domníváte se, že existují sociální a kulturní překážky v dostupnosti zdravotních a sociálních služeb u osob s duševním onemocněním?***

***Domníváte se, že dostupnost k službám ovlivňuje sociálně kulturní status klienta?***

Dílčí výstupy spojené s řešením otázek dle jednotlivých problematik:

**Problematika dostupnost některých zdravotních služeb** (somatické zdravotní obory + primární péče – praktický lékař, zubař)

* Skrze stigma diagnosy se člověk k odborníkovi nedostane (lékař ho nechce vzít) – odpovědnost zdravotní pojišťovny, čekací lhůty jsou dlouhé, neřeší akutní potíže u svých pacientů, není čas s lidmi mluvit, i konzultace s ostatními službami je problém, „objednávají“ pacienta na konzultaci, třeba za tři měsíce.
* Nedostupnost z hlediska nedostatku finančních nákladů – dojezd za službou + časová nedostupnost.
* Financování zdravotní péče – proč je finančně ohodnocena lépe péče v Praze než v regionech?
* Problematika stigmatizující přístupu služeb. Učitelé stigmatizují děti s dg. Systém nám zakazuje pojmenovat objektivní skutečnost – rom x romská národnost.
* Stigma strukturálně postiženého regionu – „špatná adresa“ – odborníci do kraje nejdou pracovat.

**Problematika finanční dostupnosti služeb**

* Pacient bydlí mimo dosah lékaře, nemá finance, auto, neumí do ambulance ani dojet, nemá „chytrý“ telefon – služba by měla přijet za ním a se vším ho seznámit, pomoc mu. Klient by měl navštěvovat ambulanci např. 1x měsíčně. Nejhorším případem je, když klient není veden v systému, někdy ovšem ani být veden nechce. Pomoc je pro něho ale nastavena tak, aby se držel v režimu normality, aby fungoval - etnikum nerozhoduje.
* Služby jsou nedostupné pro lidi bez domova – nemají zdravotní služby – představují různá rizika, páchají trestnou činnost, s tím souvisí ztížený přístup k sociálním službám.

**Problematika nedostupnosti informací**

* Duševně nemocný člověk by měl dostat co nejvíce informací, kam se má obrátit po hospitalizaci, jakou využít ambulantní péči.
* Pacientovi by měla být nabídnuta okamžitá spolupráce, poskytnout mu základní pocit jistoty, aby věděl, že mu někdo mu naslouchá, zvláště při hospitalizaci v nemocnici.
* Pacient se mnohdy vrací do rodiny, která mu „nerozumí“ – odpovídající služba by měla přijít za ním.
* Problém propuštění pacienta domů, kde zůstane sám – chybí psychosociální rehabilitace – terénní pracovnice – pacient se opět propadá do deprese a následně se vrací k hospitalizaci.
* Pokud je pacient dlouhodobě hospitalizován v léčebně, nemá finanční prostředky, nemá důchod a nikdo mu nepodá informace, sám neví, kam má jít, nemá peníze na nic, pouze existenční minimum z kterého nemůže žít a končí na ulici.

**Problematika stigmatizace**

* Pracovnice **na Úřadě práce** nenabízení práci lidem s duševním onemocněním, neví, jak s nimi mají zacházet, klienti na úřad mnohdy raději nejdou. Duševně nemocný člověk často nemůže sehnat práci, díky stigmatu, velmi často nechtějí, aby zaměstnavatel o jeho problému věděl.

**Problematika spolupráce se zaměstnavateli na trhu práce**

* Práci komplikuje zejména přebujelá byrokracie, vyplňování stejných údajů do různých tabulek pro různé subjekty. Pokud zaměstnavatel zjistí, že je zájemce o práci duševně nemocný, nezaměstná jej nebo nepřizpůsobí podmínky pro to, aby mohl danou práci vykonávat.
* Obecně lze konstatovat v obcích jen malý zájem o sociální problematiku.
* Na politické úrovni chybí kontinuita, se změnou politické garnitury mnoho kvalitních projektů skončí.
* Zaměstnávání osob s duševním onemocněním je vnímána jak důležitá oblast s rehabilitačním potenciálem, ale stále se zvyšující hladina minimální mzdy vyřazuje z trhu práce osoby s nízkým pracovním výkonem „nevydělají si na sebe“.

***Shrnutí:***

***Zdravotní a sociální služby by se měly propojit nebo lépe stanovit a koordinovat jejich systémovou spolupráci – to by měl být důležitý cíl reformy, zatím ale dotčená ministerstva v tomto duchu žádného významného pokroku nedosahují. Existují překážky spojené s finanční nedostupností kvalitního řešení a podpory, kdo nemá peníze, má překážky si najít vhodné a kvalitní služby, situaci ztěžuje i existující stigmatizace osob na trhu práce. Pozornost si zaslouží také řešení problematiky u lidí bez domova.***

**4. Komplexní poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek včetně koordinace služeb.**

Řešené otázky:

***Jak byste hodnotili koordinaci poskytovaných zdravotních služeb mezi lůžkovou a ambulantní péči?***

***Jak byste hodnotili vzájemnou koordinaci mezi jednotlivými aktéry poskytující zdravotní a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním?***

Dílčí výstupy spojené s řešením otázek dle jednotlivých problematik:

**Problematika koordinace** **služeb**

* Koordinace služeb není systémová, je založena spíše na osobních vztazích. Často se koordinuje bez klienta a rodiny, chybí společné plánování, nutno ale mít dovednosti ve facilitování setkání s rodinou – nedaří se nám zapojovat rodinu. Vymezování služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách – omezení v poskytování komplexních služeb – je těžké pružně reagovat.
* Pokud budou v budoucnu zřízena **Centra pro duševní zdraví**, měla by mít na jednu stranu koordinační charakter, na druhou stranu by měla integrovat specifické služby. CDZ pokryjí určitou oblast, ale ne pro 100 tis. lidí.
* Mělo by dojít ke zlepšení terénní práce, komunitní centra by měla mít dostatek finančních prostředků na svou činnost, zejména, aby mohla financovat psychiatrické a psychologické služby. Stávající služby by měly spolupracovat s Centry pro duševní zdraví, aby vše bylo propojeno.
* Důležitým cílem je vzdělávat nejen lidi s duševním onemocněním, pracovníky služeb – záchranné služby, Policii, pracovníky na úřadech, ale hlavně širokou veřejnost.

**Problematika umístění na otevřeném trhu práce**

* Duševně nemocný člověk je někdy soběstačný a může i pracovat, ale pak jednou za čas nastává problém represe a do práce nemůže jít. Příspěvek na péči je přiznán pro určitý fixní stav a není pružný podle toho, jak pacientovi zrovna je. Ve spoustě případů je pro lidi s duševním onemocněním demotivační – chodí pracovat např. do chráněných dílen, ale nesmí si vydělat vyšší částku, protože potom by jim byl krácen invalidní důchod. Další problém spočívá v tom, že lidi s duševním onemocněním nechtějí firmy zaměstnávat – bojí se problémů, Takže třeba i vysokoškolsky vzdělaným lidem jsou nabízena neadekvátní místa.
* Chybí dostupné sociální a chráněné bydlení pro klienty.

**Problematika poskytování psychoterapeutických služeb**

* Služby jsou často nedostupné z hlediska financování těchto služeb. Psychoterapeut, který má uzavřenou smlouvu s ZP je často zaneprázdněný a nemá volnou kapacitu, čímž se stává pro klienty nedostupným v čase, kdy jej potřebují. Na hrazení psychoterapeutických služeb nemá často klient potřebné finanční prostředky.

***Shrnutí:***

***Důležitým cílem je vzdělávat nejen lidi s duševním onemocněním, rodinné příslušníky, pracovníky služeb – záchranné služby, Policii, pracovníky na úřadech, ale hlavně širokou veřejnost. CDZ by měla řešit problematiku osob s duševním onemocněním, odborníci a uživatelé / neformální pečovatelé doufají, že CDZ budou fungovat ve všech krajích. Nedostatečná koordinace mezi zdravotním a sociálním systémem, nedostupnost vhodného bydlení a psychoterapeutických služeb.***

**5. Zapojení uživatelů do systému zdravotní a sociální péče, dodržování lidských práv a diskriminace.**

Řešené otázky:

**Domníváte se, že existují nedostatky v naplňování potřeb a lidských práv?**

**Jaké jsou Vaše zkušenosti v zabezpečení kontinuity péče – mezi lůžkovou a ambulantní péčí?**

Dílčí výstupy spojené s řešením otázek dle jednotlivých problematik:

**Problematika personálního zajištění**

* Legislativní podpora pro vzdělávání v oborech psychiatrie, psychologie a dalších z této oblasti chybí, naopak duševně nemocných lidí přibývá – zůstávají dlouho v péči psychiatrické. Čeká se i rok na vyšetření pacienta.

**Problematika v uzavírání osob s duševním onemocněním** **do léčeben**

* Hospitalizace by měla být pouze v nejnutnějším případě. Lůžková péče často není schopna poslat pacienty do domácího ošetření a zapojit již stávající služby jako jsou domácí zdravotní péče nebo terénní sociální služba.

**Lidská práva**

* Duševně nemocní lidé mnohdy neví, jaká jsou jejich práva, o co mohou žádat apod.
* Lidé s duševním onemocněním jsou dlouhodobě hospitalizováni.

**Nedůstojnost člověka**

* Člověk se nemůže bránit – převeze ho sanitka za asistence Policie ČR, má již nálepku „agresora“ a lékař ho přímo zavře na oddělení, hodně záleží na přístupu lékaře a personálu léčebny.

**Stigmatizace**

* Lidé se bojí o duševních poruchách mluvit.

**Problematika dlouhodobé hospitalizace a následné péče**

* Pacient je hospitalizován 2 – 3 měsíce, je zaléčen, může být propuštěn, ale chybí následná péče.

**Problematika léčebných postupů**

* Zavedení jiných alternativních postupů v léčbě pacienta.

***Shrnutí:***

***Hlavním úkolem transformace by měl být kvalitní a efektivní systém  péče o duševně nemocné. Problémem je především v nedodržování lidských práv, Úmluvy, stigmatizace, nedostatečné informovanosti klientů, informování na jakou podporu mají klienti nárok, nedůstojnosti ve službách a zavádění alternativních postupů do praxe.***

**Co potřebujeme, abychom vytvořili společnost, v níž bude možné bezpečně hovořit o extrémních lidských prožitcích?“**

Z odpovědí účastníků kulatých stolů vyplynulo především:

1. Legislativa – jasně vymezit a objasnit
2. Zlepšit komunikace MPSV a MZ
3. Nastavení dispensární péče
4. Z důvodů nedostatku odborného personálu zvážit možnosti – rozšíření kompetencí psychoterapeutů vs. ponížení nároků na vzdělání psychiatrů a psychologů.
5. Osvěta a edukace společnosti – destigmatizace oboru a nemocných
6. Vize o větší integraci duševně nemocných a omezení labelingu
7. Jasný systém poskytované péče (medializace) - zdravotní – sociální (možná potřeba mediátora) - informovanost uživatelů
8. Povinnost komunitně plánovat i na úrovni obcí
9. Rozvoj CDZ a jejich včlenění do systému - vymezení kompetencí
10. Nové standardy – nejen kapacitní
11. Restrukturalizace posudkových komisí – multidisciplinární tým
12. Podpora trhu práce – sociální firmy a jejich kontrola
13. Nabízení alternativ v léčbě, nabízení jiných podpor k léčbě (např. duchovní)
14. Poslední záchranná síť pro klienty - pacienty s mnohočetnými diagnosami (handicap, závislý, bezdomovec)

## **Výstup 3 Přehled zjištění z Kulatých stolů - oblast obecná gerontopsychiatrie**

**Republikový přehled z Kulatých stolů oblast obecná gerontopsychiatrie (výňatek ze všech KS v rámci konání ČR)**

Dílčí výstupy dle jednotlivých problematik:

**Problematika dostupnosti služeb pro klienty s demencí.**

* Lepší se úroveň terénní péče - služby se stále častěji starají o osoby s potřebou vysoké míry podpory.

**Problematika finančních zdrojů**

* Senioři si potřebné služby nejsou schopni zaplatit. Jednotlivé služby pro seniory jsou spíše izolované, chybí spolupráce. Významná je spolupráce s kraji a plánování dalších služeb pro seniory.

**Problematika gerontopsychiatrie**

* Slabé místo, osoby s demencí a jiným duševním onemocněním (senioři) – demografický vývoj je zřejmý, lidé, kteří služby nevyužívají nyní, je budou za 20 let potřebovat.
* Měla by být zajištěna cílená péče o seniory v domácím prostředí.

**Vyjádření za oblast gerontopsychiatrie**

* Problematika nesourodosti mezi MZ a MPSV. Problematika dostupnosti je omezená z důvodu předsudků a strachu, je to také cílová skupina pro spoustu poskytovatelů nezajímavá.

**Problematika hospitalizace klientů v léčebnách**

* Chybí zařízení sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Je potřeba masivnější zapojení služeb domácí péče a terénních sociálních služeb.
* Problematika konkurence mezi lůžkovými službami x terénní služby.
* Koordinace služeb není dobrá, pramení to i z odlišných metodik poskytování zdravotní nebo sociální péče.

**Chybí lůžka**

* Nedostupnost služeb v oblasti péče o duševně nemocné seniory, zvláště pro akutní případy.
* Nedostupnost lůžek pro lidi vyloučené na okraji společnosti, pro lidi bez domova. Jde o velké množství lidí ať už závislých nebo s duševním onemocněním. Zde je bariéra k přístupu naprosto jednoznačná, jsou vyloučeni ze společnosti, z poskytování zdravotních služeb a často i z poskytování služeb sociálních, protože tyto mají často negativně vymezenou cílovou skupinu (domovy se zvláštním režimem nebo domovy pro seniory).

 **Bydlení**

* Nedostupná služba po celé ČR – lidé nemají možnost získat sociální byty, byty v režimu chráněného bydlení, byty pro seniory. 1/3 lidí s duševním onemocněním by mohla bydlet sama v bytech se zvláštním určením – opět nejsou dostupné.

**Problém propuštění pacienta domů**

* Kde pacient zůstane sám – chybí psychosociální rehabilitace – terénní pracovnice – pacient se opět propadá do deprese a následně se vrací k hospitalizaci.
* Ještě horší je to u lidí na ulici, dále u lidí s duševními poruchami kombinovanými se závislostí, s mentálním nebo tělesným postižením, poruchami osobnosti v seniorském věku.
* Pokud je pacient dlouhodobě hospitalizován v léčebně, nemá finanční prostředky, nemá důchod a nikdo mu nepodá informace, sám neví, kam má jít, nemá peníze na nic, pouze existenční minimum z kterého nemůže žít a končí na ulici.
* Problematika umísťování seniorů s duševním onemocněním – domovy důchodců si je nechtějí brát. Podnikatelské záměry, kdy nabídnou místa pro umístění duševně nemocných seniorů – obvykle zde jsou hrozné podmínky, prostorové ale i jiné, nedodržují se zákony!!!!!!
* Nedostupné jsou pro osoby s duševním onemocněním zařízení, kam by chodily za běžnými aktivitami, zájmy, koníčky – prostě aby se mohly potkávat, ale i se zdravými lidmi.

**Praha – Komunitní centra**

* Zaměstnávají lidi zdravé i lidi s duševním onemocněním, takže člověk s duševním onemocněním může vést jako lektor výtvarné kurzy pro lidi zdravé, pro seniory atd. Potkávají se zde různé skupiny.

**Chybí sociální lůžka** **v domovech se zvláštním režimem a chráněná bydlení**

* Čekací doby na umístění jsou nesmírně dlouhé. V PN je hodně stabilizovaných pacientů, kteří by mohli být propuštěni do ambulantního léčení, ale nemají domov, žádné bydliště. A tak jsou v PN zbytečně dlouhodobě drženi, protože nikdo nemá to srdce poslat je pod most. Na druhou stranu to pacientům vyhovuje, protože v PN neplatí za lůžko, stravu a energie a celý invalidní důchod jim zůstává. V případě pobytu v domově se zvláštním režimem anebo v chráněném bydlení by si na tyto služby museli přispívat. Je to černá díra zdravotnictví.

**Problematika - Zákon o sociálních službách**

* Připravuje se již několik let, další datum novely je rok 2021. Pobytové služby se budou do budoucna měnit, do transformace nutno začlenit i domovy se zvláštním režimem, domy pro seniory atd.

**Problematika příspěvku na péči (PnP)**

* K sociálním službám a souvisejícímu příspěvku na péči - velmi dlouhá doba než se vyřídí, stížnosti na výsledky řízení, rozdílná posuzování u jednotlivých posuzujících lékařů i v jednotlivých krajích.

**Problematika souhlasu klienta**

* Podmínka souhlasu s přijetím do zařízení (DZR) někdy obtížně naplnitelná.

**Problematika dostupnosti**

* Otázka dostupnosti zdravotních služeb (pokud lidé nemají auto, nemohou cestovat dopravním prostředkem),
* obtížnost získat sanitu (ve smyslu neochoty lékařů vystavit  doporučení).
* lidé podporující byuvítali, aby ambulance byly provozovány v pozdně odpoledních hodinách, ev. např. v sobotu, protože doprovod blízkého jim dělá problémy z hlediska postoje zaměstnavatele.

**Problematika komunikace**

* Z diskuze v rámci Kulatých stolů vyplynulo, že chování některých pracovníků zdravotnických zařízení není plně ve shodě s představami účastníků o korektním a nestigmatizujícímu přístupu k nim. Například se jednalo o výroky těchto pracovníku typu: "……. *je starý, co byste chtěli……. "*  apod.

**Problematika péče**

* Nedostatek péče ve  smyslu nedostatečného uvědomění si, *co pacient dokáže a nedokáže* (jídlo, pití na méně dostupném místě) nebo naopak "*nadbytečné"* úkony, např. namísto asistování pacientovi na WC, pleny (i když doma to pacienti doma zvládali sami nebo s podporou), málo chození, rehabilitace apod.

**Problematika dostupnosti** **služeb**

* Obtíže s dostupností poskytnutí služeb lékařem v domácím prostředí (specialisté zcela výjimečně, praktik někdy s nevolí  x  někteří účastníci ale naopak velmi chválili své lékaře, že přijedou ochotně kdykoliv).
* Obtíže s dostupností specializované ústavní psychiatrické  péče, která je limitována rozsahem nesoběstačnosti, dlouhé čekání, vzdálenost od místa pobytu pro příbuzné. Špatná dostupnost pobytových služeb, které mají dlouhé pořadníky,  hodně si vybírají klienty (ve smyslu cílových skupin).
* Pečující osoby by preferovali pobytové zařízení v místě bydliště, či blízkém okolí, aby mohli pravidelně svého blízkého navštěvovat.
* Cena služeb, resp. podmínka přiznaného ideálně  nejvyššího příspěvku na péči  a  konflikt s finančními možnostmi a realitou klienta.

**Problematika neformálně pečujícího**

* Zoufalá situace pečujícího ve chvíli, kdy je třeba *péče* neprodleně*:* *„….každý říká, že mi nemůže pomoci a posílají mne od čerta k ďáblu "*. V souvislosti s tím byly identifikovány stížnost na to, že ti, kteří je odkazují dál, někdy sami nemají správné informace.
* Nedostupnost nebo neexistence *"asistence",* *" hlídání ", "pečování"*   ve smyslu cenově dostupné celodenní, individuálně dimenzované podpory.
* Obtíže pečujících blízkých osob s tím, že blízký člověk, o kterého je pečováno, špatně přijímá vstup cizích lidí do své domácnosti  a vadí jim  též střídání pracovníků.
* Finanční náročnost stacionářů – nelze někdy umožnit / uhradit potřebné služby každý den.

**Problematika diskriminace**

* Objevuje se utajovaná diskriminace v souvislosti s ochotou městských částí nabízet této cílové skupině byty zvláštního určení, či je řešit v rámci tzv. sociálního bydlení, (nikdo nic dělat nebude, dokud nebude schválen příslušný zákon řešící tuto problematiku).
* Dostupnost služeb pro osoby s ohledem na schopnost prosazovat a hájit svá práva a povinnosti (když necítí výraznou podporu, jsou snadno manipulovatelní okolím).
* Negativní vymezení osob pro cílovou skupinu DZR, ale i jiných služeb, pokud mají uvedenu v anamnéze závislost, vážné duševní onemocnění, či jiné problematické stigmatizující informace a nálepky. Všechny služby mají postupovat tak, že si zjistí v rámci vyjednání služeb příslušnou nepříznivou sociální, životní, zdravotní apod. situaci a posoudí v jejím kontextu potřeby žadatele a následně je porovnají se svoji garantovanou nabídkou služeb, která umožňuje nebo neumožňuje služby poskytovat. Vymezení cílové skupiny služby negativním způsobem pomocí diagnosy není důvodem pro odmítání klientů a nejedná se v žádném případě o dobrou a žádoucí praxi.

**Problematika koordinovanosti služeb**

* Neexistuje koordinovanost služeb (case management), není zřejmé, kdo případy osob řídí, sumarizuje a distribuuje informace, výstupy a plánuje další postup. Často proto, že na jedné straně chybí, či je nedostatečná vůle / ochota ke spolupráci.
* Neinformovanost či neochota psychiatrů, případně jiných lékařů sdělovat informace vedoucí k uzdravení / zotavení.

## **Výstup 4 Přehled zjištění z Kulatých stolů - oblast dětské a dorostové psychiatrie**

**Republikový přehled z Kulatých stolů oblast dětské a dorostové psychiatrie (výňatek z KS konané v rámci ČR)**

Dílčí výstupy dle jednotlivých problematik:

**Problematika dostupných služeb**

* Chybí služby pro děti s hlubokým mentálním postižením a kombinovanými vadami. Nejsou zatím k dispozici návazné služby pro děti, které odcházejí z dětské psychiatrie. Dobrým řešením situace by mohlo být CDZ, ale problémem bude personální zajištění této služby.

**Problematika personálního zajištění**

* Chybí psychiatři a další zaměstnanci, kteří by byli ochotni se dále vzdělávat. Dalším problémem je školní docházka dětí s psychiatrickou diagnosou. Děti nejsou často vhodné pro umístění ve velkém kolektivu, školy mívají tendence se těchto dětí „zbavit“. Učitelé nespolupracují, nebo neumí s takovými dětmi pracovat. Úroveň asistentů je často problematická, chybí jim důkladnější vzdělání. Ani učitelé nejsou dobře obeznámeni s problematikou. Ve školství není až tak podstatná diagnóza, a**l**e možnosti, schopnosti a omezení dítěte. Tyto informace ale často nemá pedagog k dispozici. **Komunikace mezi školstvím a dalšími resorty je vnímána jako nedostatečná. Problém je mj. i v legislativních omezeních (v oblasti předávání informací)**.

**Problematika týkající se velmi dlouhého a komplikovaného procesu při umístění dětí do pěstounské péče**

* Celý proces trvá velmi dlouho a je komplikovaný a ve svém důsledku komplikuje umístění dětí do pěstounské péče, místo, aby jej efektivně podporoval.

**Problematika Dětské psychiatrie**

* Služby jsou nedostupné, zbytečně chybí články sociální podpory a služeb. Řešením by byli opět školní psychologové, ti ale nejsou a nejsou na ně ani finanční prostředky, shání se na ně peníze z různých zdrojů, programů / projektů na omezenou dobu. Psychologové nemají často ani možnost dalšího odborného růstu. Měli by to být absolventi jednooborové psychologie, mohla by být i dvouoborová psychologie s podpůrným vzděláváním, to chybí v legislativě – psycholog by měl být součástí pedagogického sboru. Problém je ale v tom, co vlastně od školního psychologa očekáváme – v mnoha školách se mu svěřují doučovací aktivity, kdy doučuje děti se specifickými poruchami učení. Ale pokud bychom po něm chtěli, aby řešil děti s poruchou osobnosti, v tom případě by to měl být čistý psycholog. Pokud by např. autistické dítě mělo zajištěno svou sociální službu, nemuselo by mnohdy končit v psychiatrické léčebně, ale postačila by ambulantní léčba – pro tyto děti by měla být dostupná podpora formou psychoterapie.

**Dětská psychiatrie**

* Resort ministerstva školství – by měl spolupracovat se školami – musí být nastaveny plány, když se stav duševně nemocného dítěte zhorší nebo je hospitalizováno. Dětská psychiatrie by měla být preventivní – při problému by mělo být řešení okamžité. Problémem je, že všichni varují před psychiatry – např. ve školství říkají rodičům, aby s dětmi nechodili k psychiatrům – měla by být v tomto duchu lepší osvěta! V mnoha případech by určení správné diagnózy v raném věku v budoucnu pomohlo.
* Vyšetření dětského autisty je problém, lékaři mají vzdělání z oblasti dětské psychiatrie i pro dospělé, ale dítě s autismem nepatří do psychiatrie jako oboru. V dané oblasti není k dispozici jediné lůžko, což je velký problém pro akutní případ u dítěte, rodina pak mnohdy veze „neklidné dítě“ x kilometrů k hospitalizaci. Na druhé straně se stav v léčebnách a i v dětské psychiatrii již hodně zlepšil.

**Problematika dětské psychiatrie (reforma 2012)**

* Jde o velký globální problémem – je málo psychiatrických lékařů v ambulancích, je to feminizovaný obor, psychiatrů je v ambulantních ordinacích např. 150, z toho ale v terénu jich je 70. S MPSV se vzájemně školily, jak psát zprávy, co z nich vyčíst – příspěvek na péči je přiznán na základě psychosomatického onemocnění, ale odeberou jej dítěti s duševním onemocněním.

**Dětské domovy**

* Zde se děje velká psychiatrizace dětí, děti „zlobí“ a pracovníci nevědí co s nimi, potíže řeší psychiatr medikací. Navíc nespolupracuje systém sociální, zdravotní a školský. Problematika užívání léků u dětí, jako omezovací prostředek. V dětských domovech chybí odbornost psychologa/terapeuta.

**Písemný souhlas pacienta**

* Otázkou je, jak zařídit aby byl tento souhlas svobodný a zejména NEVYNUCENÝ okolnostmi. Problematika zachování důstojnosti pacientů. Zacházení s omezovacími prostředky.

**Problematika opatrovnictví**

* Spíše znekompetentňuje klienta (např. matka opatrovník nechce, aby šel klient do chráněného bydlení).

**Nedostatečné poradenství** (**i pro ostatní cílové skupiny)**

* Není prostor na poradenství, předávání informací mezi zdravotními a sociálními službami nefunguje.

 **Velká vytíženost lékařů**

* Nelze volit služby mimo "spádovost". Nedostatek sociálního bydlení, nedostatek pedopsychiatrů na malém městě, není zvykem spolupracovat a nabízet klientům návazné sociální služby. Dobré zkušenosti se sociální službou pro dospělé, limity jsou dány vnějšími okolnostmi: nedostatek sociálních bytů, neochota lékařů ke spolupráci.

**Malá propagace sociálních služeb**

* PEDIATŘI vůbec nespolupracují. Sociální služby se potýkají s nedostatkem kvalifikovaného personálu.

**Lůžková kapacita**

* I když reforma psychiatrie v dětské psychiatrii moc nepočítá s ničím podobným, tak chybí nějaké vhodné stacionární služby nebo CDZ nebo nějaká podobná služba, kde by mohly děti, které mají problémy s běžným fungováním, trávit nějaký čas, než se zas vrátí do toho svého běžného prostředí.

**Příklad z praxe 1:**

**A jak to probíhá, pane doktore v praxi, je to skutečně tak, když se teda zaměříme na děti, když je ukončena hospitalizace, tak ta propouštěcí zpráva jde k pediatrovi a k ošetřujícímu psychiatrovi.**

Většinou k tomu, který napsal to doporučení. Pokud rodiče neřeknou jinak. A když není zřejmé, kdo by to mohl být, tak se většinou ta zpráva ještě dává místně příslušnému OSPODu. To je často případ dětí, které poprvé přijdou z dětského domova, když utekly nebo něco takového. Byly objeveny už s nějakým psychiatrickým problémem a končí jako v první instituci u nás, tak není pravděpodobné, že bychom mu měli v severních Čechách najít ambulantního psychiatra, tak se to oznámí tomu domovu a ten musí pomoct, ale tam je ta situace trošku právně složitější. Kdyby byl rodič – zákonný zástupce s tímto postupem nespokojen, tak si na něj může stěžovat. Že mu nemáme co dávat nějaké třetí straně. Vyjma tedy toho lékaře pro děti a dorost, tam je jediná klauzule, o které jsem dřív nevěděl, že je přímo v zákoně o zdravotních službách, že on má právo na ty informace.

**Příklad z praxe 2:**

**Zástupce rodičů** – 16letá dcera trpí smíšenou poruchou chování a emocí, trpí depresí, sebepoškozováním a pokusila se o sebevraždu, rodina se potýkala s nedostupností péče, čekali 2 – 3 měsíce, než se dostali k dětskému psychiatrovi, totéž platí i pro nedostupnost psychoterapeutů. Když dceru propouštěli z  psychiatrické nemocnice, doporučovali hned návštěvu psychoterapeuta, ten ale nebyl dostupný. Z psychiatrické nemocnice tak šla rovnou do školy, která pro ni byla spouštěcím mechanismem pro další sebepoškozování a vracela se bez podpory. Nakonec našli psychoterapeuta, jsou spokojeni, protože si s dcerou „sedli“, což rodina vidí jako velký přínos pro budoucí léčbu a u dětí je to velmi důležité, musí mít k lékařce důvěru se vším všudy. V minulosti řešili problém, že si lékař nezískal důvěru dcery, nechtěla již na sezení chodit a matka ji půl roku k lékaři nedostala.

## **Výstup 5 Přehled zjištění z Kulatých stolů - oblast adiktologie**

**Zpracováno jako společný výstup Výborů Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, Asociace nestátních organizací a České asociace adiktologů.**

Základní pozitivní momenty:

**Síť adiktologických služeb je vcelku bohatě vytvořená s výjimkou segmentu ambulantní péče - zásadní část reformy adiktologické péče již proběhla v období 1990 - 2010**

* Systém adiktologické péče v České republice se v posledních 20 letech rozvinul do relativně dobré podoby (síť zařízení, vzdělávací systémy, nástroje hodnocení kvality, obsah terapeutických programů atd.). V systému vedle sebe existují alternativy. Zatímco se podařilo vybudovat poměrně solidní základ sítě pro injekční uživatele, nepodařilo se zabránit erozi sítě zdravotnických specializovaných ambulancí.

**Alternativy se navzájem respektují, obor má zřetelně multidisciplinární charakter**

* V oboru je myšlenka deinstitucionalizace a myšlenka komunitní péče samozřejmá – síť je tvořena vzájemně kooperujícími institucemi zdravotnickými, sociálními i charitativními, státními i nestátními, lůžkovými, ambulantními (i když insuficientními i intermediárními). Od r. 1990 se v oboru adiktologie vytvořilo plno alternativ k ústavní léčbě. Např. síť terapeutických komunit se zdá být v ČR již dostatečná, existují denní stacionáře, chráněná bydlení, komplexnější centra ambulantní péče. Regionální dostupnost ovšem není vždy dobrá a v případě posunu těžiště péče blíže péči komunitní je nabídka služeb nedostatečná (kapacitou a někdy komplexností/pestrostí programu) - pozitivním momentem zůstává ověřená praxe služeb a tedy existence příkladů dobré praxe.

**U závislostí existují odborné důvody pro zachování komplexity služeb a vyváženosti mezi ambulantní a lůžkovou péčí.** **Důležitou složkou komplexní péče je případové vedení, které mimo jiné zpřesňuje indikace pro ambulantní nebo lůžkovou péči**

* Jednou za zvláštností léčby závislého člověka je skutečnost, že v průběhu rozvoje závislosti se uživatel návykových látek i jeho životní kontext výrazně proměňují (proměňuje se osobnost uživatele, jeho možnosti změny, schopnost racionálně kooperovat na změně, motivace ke změně, zdravotní a sociální důsledky závislosti, potřeby samotného uživatele atd.). Toto je jedním z hlavních důvodů, proč je rozumné poskytovat péči ve spektru zařízení (tak, aby poskytovaná péče odpovídala potřebám a možnostem uživatele) – lůžkových, ambulantních, komunitních, státních, nestátních, zdravotnických, sociálních, charitativních.

**Obor má relativně dobrý systém evaluace služeb**

* Obor adiktologie (návykových nemocí) má velmi rozvinuté a v praxi zaběhnuté nástroje na hodnocení kvality poskytované péče (certifikační standardy) - jsou zaměřené na všechny typy služeb bez ohledu na to, zda jde o zdravotní či sociální služby nebo typ zřizovatele. Stejně tak má obor k dispozici systém supervizí a vzdělávání supervizorů.

**Obor má dobrý systém vzdělávání**

* Obor má specializovaný systém vzdělávání - vysokoškolské studijní obory adiktologie, lékařskou specializaci v oboru návykových nemocí a psychoterapeutické výcviky (rovně přístupné pracovníkům ze zdravotních i sociálních služeb). Disponujeme též jasnou koncepční představou o dalším rozvoji vzdělávacího systému i jeho vazby na vědu a výzkum. (systém vzdělávání pro střední zdravotnický personál je ovšem insuficientní).

**Lůžková kapacita je dostatečná**

* Síť lůžkových zařízení (pro relativně motivované pacienty) je vybavena dostatečně kapacitně (podstatné změny již proběhly v posledních 20 letech) - problém lůžek je primárně jiný než v kapacitě (viz dále). Jako nadměrná se jeví kapacita nespecializovaných psychiatrických lůžek - lůžek bez specifického adiktologického programu.

**Obor má velmi dobré monitorovací nástroje**

* V oboru probíhá velmi precizně a systematicky epidemiologický monitoring a výzkum - obor má k dispozici přesné údaje o cílové skupině i o systému služeb.

**Obor má relativně dobře vyvinutou metodiku prevence.**

Základní negativní momenty:

**Problém oboru adiktologie je ve způsobu průchodu klienta systémem - péče o pacienta/klienta je nekoordinovaná**

* Pacient/klient často zahajuje terapii v lůžkovém zařízení a většinou mu je k dispozici právě tato forma terapie a je tak mnohdy zbytečně vytrháván z původního prostředí a z původních životních rolí. Vstup a průchod pacienta/klienta systémem služeb je nekoordinovaný, většina pacientů/klientů vstupuje do služeb bez přesné indikace, chybí případové vedení. Důsledkem je mimo jiné přeplněnost psychiatrických lůžek bez odpovídajícího terapeutického programu, s vysokou četností předčasných odchodů a někdy zbytečných rehospitalizací. Nedostatečná koordinace péče se projevuje i minimálním propojením na místní komunity, zájmové spolky, místní fary apod.
* I v případech, že je klientovi nabídnut odpovídající typ služby, je mu často nabídnut univerzální koncept léčby (např. orientované na abstinenci) bez zvážení reálných možností a potřeb klienta.

**Systém ambulancí nefunguje**

* Ambulance specializované na závislosti jsou výjimkou - systém ambulancí AT se po roce 1990 rozpadl. Dřívější systém fungujících (lékařských) AT ambulancí může být nahrazen sítí adiktologických (nelékařských) ambulancí, rozšířených adiktologických ambulancí či ambulantními/komunitními zařízeními integrujícími více typů služeb. Tyto ambulance a služby by mohly být koordinačním článkem pro průchod klienta systémem služeb. Aby tento systém fungoval smysluplně, měla by síť adiktologických (nelékařských) ambulancí a komunitních služeb být vytvořena celorepublikově dostatečně tak, aby klient při využívání jejich služeb mohl zvládat všechny běžné životní role, pokud jsou zachovány. Důležitou částí změny by měla být úprava hrazení ambulantních služeb tak, aby nevedla k extenzitě práce na úkor její intenzity a komplexnosti a možnosti případového vedení.
* Souvisejícím negativem je nedostatečná kapacita služeb – dlouhé čekací doby do ambulancí i následné péče, v některých regionech služby doposud chybí; nedostatek kapacity věnovat se více dlouholetým klientům (což může vést k prodlužování terapeutického programu, např. klienti setrvávající mnoho let v KC či ambulanci bez dalšího posunu). Praxe také ukazuje, že všeobecní psychiatři z různých důvodů často nechtějí převzít adiktologické pacienty do své péče.

**Financování služeb je zčásti nestabilní a zčásti deformuje způsob poskytování péče**

* Dlouhodobější usilování u zvyšování kvality služeb je komplikováno způsobem financování (nevýhody mají dotace, nevýhody má výkonový úhradový systém atd.) Každý způsob financování může specifickým způsobem deformovat, případně znesnadňovat podobu poskytované péče.
* Deformace způsobem financování se projevuje i na úrovni vyváženosti celé sítě: např. dotace jdou především do služeb pro nealkoholové závislosti, což vedlo k tomu, že uživatelé alkoholu mají daleko užší spektrum možností odborné péče než uživatelé nelegálních drog.
* Existují regionální rozdíly mez službami z pohledu převažujícího systému financování. Některé regiony jsou pokrývány z centrálních finančních zdrojů (RVKPP), zatím pro jiné regiony jsou zásadní zdroje krajů a jsou mnohem více formovány vývojem a standardy zákona o sociálních službách. Tento rozkol ztěžuje jakékoliv diskuse o změnách tykajících se financování.
* S předchozím bodem je do značné míry spjat i další negativní moment - absence jediného a silného koordinačního mechanismu. Mnoho snah o koordinaci končí nárazem na jeden ze zainteresovaných resortů.

**Regionální nedostupnost služeb**

* Je jiná dostupnost služeb ve větších městech a jiná v periferii republiky (= široké příhraničí, hranice krajů, periferie vytvářené lokálními komplikacemi v dopravní dostupnosti atd.). Také je rozdíl v přístupnosti služeb pro různou klientelu. Některé regiony jsou doposud zcela bez služeb.

**Lůžková péče je nediferencovaná a nepřehledná**

* Statisticky je uváděn velký počet lůžek, na kterých se léčí lidé se závislostí. V těchto číslech jsou nerozlišeny programy detoxikační, odvykací programy kontemplativně zaměřené, programy stabilizační i lůžka obsazená pacientem s diagnózou závislosti bez zvláštního programu. Tato nediferencovanost programů pak působí, že se opakují hospitalizace u pacientů, kteří daný typ programu nepotřebují nebo jsou terapeutické cíle příliš velké/nízké nebo potřebují jiný, neústavní program, který zatím nenachází. Absentuje specializovaný systém péče pro adiktologické pacienty se zdravotním postižením, které limituje jejich zařazení do standardních typů ústavní léčby závislosti.

**V oboru je stále zčásti zastoupen paternalistický, paušalizující přístup k pacientovi / klientovi**

* Podobně jako v psychiatrii je i v oboru návykových nemocí u části služeb a u části profesionálů (bez ohledu na to, zda jde o službu zdravotní či sociální, státní či nestátní) zastoupen paternalistický, paušalizující přístup k pacientovi / klientovi a individuálně nastavená práce, matching a case management se prosazují jen pomalu. Toto je spojeno se systémem plateb za péči ve zdravotnických zařízeních a s nezařazováním těchto témat do vzdělávacích programů většiny profesí.

**Není dostatečně řešena péče o děti a mladistvé, pro adiktologické pacienty s již přítomným zdravotním postižením (somatickým i psychickým) a pro příbuzné (problematika kodependence)**

**Základní doporučení k (dokončení) transformace**

Při zvážení silných a slabých míst oboru adiktologie by se proces (dokončení) transformace oboru adiktologie měl zaměřit na níže uvedené priority.

1. Zaměření se na **koordinaci péče a změnu způsobu průchodu klienta systémem** do tohoto ideálního modelu:

člověk zahájí spolupráci s takovou odbornou službou, která ho nejméně vytrhne z původního prostředí (pokud cílem naopak není ho z tohoto prostředí vytrhnout),

ústavní/rezidenční služba přichází až tehdy, když odborná služba v původním prostředí se ukáže být jakkoli nevyhovující,

po případné ústavní/rezidenční službě se vrací do původního prostředí a spolupracuje dále v odborné službě v místě, kde žije.

Ke změně způsobu průchodu klienta je nutné zavést koordinujícího pracovníka - case managera (v našem oboru pravděpodobně adiktolog - sociální pracovník - zdravotní sestra).

*Pozn. Myšlenkou není vytvořit „koordinující zařízení“, kam by se klienti měli / museli obracet jako k jedinému místu vstupu do systému - našim zájmem je mimo jiné ponechat klientovi svobodnou volbu ve výběru služby.*

1. Zaměření se na **vytvoření sítě ambulantních zařízení a komunitních týmů** - adiktologických ambulancí a komplexnějších "center" nabízejících více typů služeb včetně mobilních týmů. Oba typy zařízení by měly být klíčovým prvkem koordinace průchodu pacienta/klienta systémem služeb, rozšířená ambulance by byla lépe personálně vybavena na individualizovanou práci, na případové vedení (case management) a na práci v původním prostředí pacienta. (včetně vytvoření finančních mechanismů, které takovou práci umožní).

Dostupná a spolehlivě fungující ambulantní/komunitní síť je nástrojem změny. Při její existenci by mohla lůžková zařízení snížit počet přijímaných pacientů (včetně odkázání klienta na příslušnou extramurální službu místo případné neindikované hospitalizace). Je nutné vytvořit podmínky, aby širší spektrum klientů mohlo být indikováno pro ambulantní léčbu, doprovodné služby, chráněná bydlení, chráněnou práci, denní centra, širší programové možnosti, např. bohaté socioterapeutické programy, odpolední stacionáře, barevnější struktura programu, možnost doplnění o terénní a mobilní služby,

krizové programy, větší možnost zapojení peerů.

1. Zaměření se na **změnu způsobu přemýšlení o pacientovi/klientovi a na změnu způsobu terapeutické práce** ve stávajících zařízeních poskytující zdravotní či sociální péči. Pacient/klient je člověk s plnými právy a kompetencemi bez ohledu na průšvihy, které má, a jako člověk s individuálními potřebami a možnostmi. Pacient/klient je člověk se stejnými/podobnými potřebami jako jiní lidé = role pacienta/klienta nemění, nemusí měnit lidské potřeby. Napříč službami pracovníci pohlížejí na pacienty/klienty jako na někoho, kdo díky své roli má jiné potřeby než pracovníci, což v zásadě není pravda.

V terapeutické práci je nutné opustit paušální myšlení a představu univerzálního terapeutického procesu s univerzálními terapeutickými cíli a důsledně zavést princip matchingu.

Dosud dominantní cíl trvalé a důsledné abstinence by měl být nahrazen cílem nekomplikovaného návratu do původního prostředí, dobrého fungování v původním prostředí a zlepšené kvality života.

1. Zaměření se na **diferenciaci péče poskytované v lůžkových zařízeních** - v současnosti jsou nerozlišeny programy detoxikační, odvykací programy kontemplativně zaměřené, programy stabilizační i lůžka obsazená pacientem s diagnózou závislosti bez zvláštního programu. Tato nediferencovanost programů pak působí, že se opakují hospitalizace u pacientů, kteří daný typ programu nepotřebují nebo jsou terapeutické cíle příliš velké / nízké nebo potřebují jiný, neústavní program. Následnou péči je vhodné více diferencovat na programy stabilizační (s předpokladem větší vazby na konkrétní region) a na programy super specializované (kompletní odvykací, s předpokladem nadregionálního charakteru). Lůžková zařízení mírně zaspala dobu a zčásti ustrnula na režimové léčbě s paušálním programem.

Potřebnost a dostupnost jednotlivých diferencovaných lůžkových programů bude vysoce záviset na kvalitě sítě služeb ambulantních / komunitních. Při dostatečně a kvalitně fungujících službách ambulantních a komunitních bude pravděpodobně možné redukovat kapacitu nespecializovaných lůžek a specializované pobytové služby transformovat na snadněji dostupné programy krátkodobé stabilizace (které by měly zahrnovat i stávající detoxikaci s širšími cíli směřujícími k co nejsnazšímu a nejrychlejšímu návratu klienta do původního prostředí) a relativně méně dostupné programy střednědobé a případně dlouhodobé.

Diferencovány by měly být terapeutické cíle - kromě obecného cíle dobrého návratu do původního prostředí by měly být cíle individualizovány podle možností a potřeb klienta (nikoliv podle dogmat terapeuta).

Některá další doporučení pro lůžkovou péči

* Upravit programy „detoxů“ tak, aby dokázaly rychle připravovat pacienta na přechod do neústavní péče v těch případech, kdy je to možné.
* Vytvořit adiktologická lůžka dlouhodobé péče pro pacienty s reziduálním poškozením, domovy se zvláštním režimem.
* Vytvořit zařízení jednodenní péče, ideálně jako součást komunitního centra.
* Vytvořit institucionální podmínky pro zřizování denních stacionářů jako formu transformace lůžek.
* Případné úvahy o redukci systému neambulantních služeb je vhodné odložit až na dostatečné ověření funkčnosti a dostatečnosti ambulantních služeb.
1. Zaměřit se na **nedostupnost téměř všech typů služeb v periferii**

Bylo by vhodné navrhnout spádovost terénních a ambulantních služeb s regionální odpovědností (včetně velkých měst, stejně jako okrajových regionů). V menších, případně okrajových regionech můžou lépe fungovat zařízení integrující funkce více typů služeb a také multidisciplinární (zdravotně-sociální) mobilní týmy, které v daném počtu obyvatel a daném území pokryjí různé potřeby – SMI, závislosti, kombinace, případně další, nespecifické potíže.

Je také nutné nalezení nástrojů na motivaci nespecializovaných psychiatrických a psychologických ambulancí na spolupráci při zajištění adiktologické péče v periferii republiky, stejně tak praktických / rodinných lékařů.

1. Zaměřit se na **nastavení spravedlivého a efektivního financování jednotlivých typů služeb**

Jako klíčové vnímáme financování ambulantních služeb. Mluvíme zde o velice slabém financování tohoto segmentu, respektive o distribuci prostředků veřejného zdravotního pojištění. Aktuálně je alokována většina prostředků z veřejného zdravotního pojištění do ústavní péče, pouze minimální část prostředků jde do péče ambulantní.

Je nutné nezaměřovat pozornost jen na počet ambulantních úvazků a jejich distribuci po republice, ale hlavně na způsob práce v ambulanci. Stávající systém financování ambulantní práce ze zdravotního pojištění **pravděpodobně** vede k deformaci péče na kontrolu pacienta po delší době a pouhé předepsání léků za deset minut. Má-li docházet k přesunu těžiště péče o závislého klienta z lůžek do ambulancí, je třeba provést analýzu toho, co při stávajícím způsobu hrazení ambulantní péče vede k výše zmíněné deformaci (k extenzitě péče, nikoli intenzitě). Zaměří-li se pozornost pouze na počty ambulancí beze změny deformujících finančních mechanismů, nebude moci být ambulance nikdy využita k plnohodnotnému odvykacímu programu.

U lůžkové péče je vhodné nalézt takový nástroj, který nebude motivovat zařízení k nadbytečné hospitalizaci, ale ani k nepřiměřenému zkracování nutné hospitalizace.

Je také nezbytné uvažovat o vícezdrojovém financování - komplexní péče téměř jistě nebude možné financovat celou ze zdravotního pojištění. Vícezdrojovým financováním se myslí zejména zdroje ze systému zdravotního pojištění a ze sociálního systému, ideálně nikoli formou dotací.

Možné další cesty:

resuscitace myšlenky vládního či jiného fondu (lze opět dát do hry v horizontu 1 roku, kdy má dojít k reflexi tzv. protikuřáckého zákona),

vyvázání z vyrovnávacích plateb (souvisí mj. s připravovanou novelou zákona o sociálních službách),

revize stávajícího dotačního systému,

nové nastavení výkonů u zdravotních pojišťoven.

1. Zaměřit se na **nalezení dobrého nástroje na hodnocení kvality služeb, měření efektivity a měření nákladové efektivity**

K rozumnému plánování sítě a rozvržení zdrojů je nezbytné nalézt spolehlivý nástroj na hodnocení kvality služeb, měření efektivity a měření nákladové efektivity.

8.Zaměřit se na **výzkum a vzdělávání**

Jako jedna ze zemí, kde má obor adiktologie dlouhou tradici, bychom měli být schopni pořádat výzkumy na adiktologická témata. Výzkum je v ČR obecně vysoce podfinancnován, zdravotníci z praxe jsou zavaleni prací, audity, certifikacemi, administrativou atd. a na výzkum s praktickým využitím nezbývá čas ani finance. V současné době používáme praxí prověřené metody, které se však až na výjimky neposunuly dále. Tyto jsou funkční, ale zajisté je možné posouvat znalosti dále; navíc jednou ze základních rolí každého zdravotníka je posouvat znalosti v oboru dál, což se nám zrovna dvakrát nevede. Podfinancování této oblasti je zřejmé, nicméně by bylo dobré začít vyjednávat s grantovými a vládními autoritami o podstatně vyšším financování této oblasti s tím, že určené peníze budou využity **pouze na výzkumné účely v adikotologii**.

Druhou oblastí je **vzdělávání**, předně vzdělávání postgraduální mimo VŠ. Stále v tomto směru chybí jednotná koncepce, program vzdělávání atd., což mohou být náboje pro mezioborové boje. Pokud chceme konkurovat, a věřím, že chceme, ostatním zdravotnickým profesím v oblasti adiktologie, pak první věcí musí být vzdělávání. Je nutné začít usilovně pracovat na koncepci dalšího vzdělávání, ve smyslu **prosazení schválení vzdělávacího programu ke stupni „klinický adiktolog“**. S tím je samozřejmě spojeno další vyjednávání s pojišťovnami, zvláště s VZP o **vyšším bodovém ohodnocení specializovaného pracovníka po atestaci**.

# **Závěr**

 Na závěr tohoto dokumentu lze konstatovat, že jde o souhrnnou zprávu, která mapuje celou problematiku psychiatrické péče dle oborů a která vznikla na základě autentických informací a dalších výstupů získaných při realizaci Kulatých stolů v jednotlivých krajích ČR. Výstupy a závěry uvedené v tomto dokumentu informují o tom, jaké potřeby byly identifikovány na straně uživatelů služeb pro lidi s duševním onemocněním nebo osoby závislé a jak jsou v současné době z pohledu účastníků těchto Kulatých stolů naplněny. Zpráva dále přispívá k objasnění toho, jak vnímají lidé (klienti, pacienti, uživatelé) kvalitu těchto služeb, jak kvalitu služeb vnímají jejich rodinní příslušníci, jiné blízké osoby a další zainteresované strany.

Doufáme proto, že informace a shrnující závěry uvedené v této zprávě budou nejen kvalitním podkladem pro realizaci navazujícího průzkumu, ale že přispějí v konečném důsledku k identifikaci výchozího stavu ve vnímání kvality péče u uživatelů služeb i odborné veřejnosti, definování obsahu kvality služeb na rozhraní zdravotního a sociálního systému a definování standardů kvality péče o duševně nemocné lidi.