

Požadujeme vypracování Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním

Stanovisko Platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR k připravované reformě psychiatrické péče

Ministerstvo zdravotnictví ČR v září 2013 schválilo Strategii reformy psychiatrické péče. Její implementace měla být zahájena v roce 2014. Přípravné práce se však prvním čtvrtletí roku 2014 téměř zastavily. Vzhledem k tomu, že dosud není uzavřeno jednání o prostředcích z Evropských strukturálních fondů, určených na úhradu nákladů přechodové fáze, obáváme se zpomalení a v horším případě i zpochybnění reformy. Byla by to špatná zpráva zvláště pro lidi s vážným duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky. Oddalování systematicky a cíleně prováděné transformace zvyšuje riziko zanedbání péče o vážně duševně nemocné.

Cílem reformy má být „zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním.“ Péče o duševně nemocné v České republice neodpovídá současným požadavkům a nutně vyžaduje reformu, což ve Strategii konstatuje také ministerstvo zdravotnictví: „Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v ČR dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn.“ Ocenujeme, že ministerstvo zdravotnictví pravdivě pojmenovalo současný stav a zahájilo přípravu reformy psychiatrické péče, ale vidíme vážné nebezpečí v rozmělnění reformy.

Platforma pro transformaci péče o lidi s duševním onemocněním, jako seskupení zástupců pacientských a rodičovských organizací, odborných společností i poskytovatelů služeb, přijala 19. června 2012 Deklaraci platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR. V této Deklaraci se uvádí, že jediným řešením dlouhodobě neutěšené situace v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním v České republice je transformace celého systému, který má vedle zdravotnické také složku sociální a je provázán s dalšími oblastmi (právní, školství, a další).

V Deklaraci proto žádáme, aby vláda:

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

Tyto požadavky zatím nebyly splněny. Platforma ve své Deklaraci požadovala vytvoření organizačního rámce spolupráce pro tvorbu a implementaci národní strategie transformace péče o osoby s duševním onemocněním, zajišťujícího transparentní zapojení a komunikaci mezi relevantními rezorty, uživateli péče a jejich rodinnými příslušníky, poskytovateli péče, profesními a odbornými společnostmi. Pracovní skupina na MZ, která má připravovat implementaci Strategie, sice svou strukturu odpovídá uvedeným požadavkům, ale nemá postavení (váhu) a kompetence Národní skupiny pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním.

Příloha

(Příloha a Vize služeb byly publikovány jako součást Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR přijaté 19. června 2012)

Principy péče o osoby s duševním onemocněním

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

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

Vize služeb

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

Pro zajištění efektivity péče je zapotřebí, aby byly definovány spádové oblasti klíčových služeb a stanovena zodpovědnost za konkrétní segment péče. Obzvláště u skupiny klientů s komplexními potřebami je zapotřebí zajištění případového vedení (case-care management). Jednotlivé služby musí ve vzájemné spolupráci zajišťovat kontinuitu péče o konkrétního

klienta, včetně spolupráce služeb nemocničních a mimonemocničních (počítaje v to i ambulance psychiatrů a klinických psychologů). V případě potřeby musí být systém schopen zajistit multidisciplinární týmovou spolupráci s propojením péče zdravotní a sociální.

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

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

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

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

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

Základními kroky transformace:

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

- *Vytvoření organizačního rámce spolupráce* pro tvorbu a implementaci Národní strategie transformace péče o osoby s duševním onemocněním, zajišťujícího transparentní zapojení a komunikaci mezi relevantními rezorty, uživateli péče a jejich rodinnými příslušníky, poskytovateli péče, profesními a odbornými společnostmi.
- *Podpora zakládání a rozvoje aktivit svépomocných sdružení uživatelů* psychiatrické péče i jako zdroj informací o potřebách, osob s duševním onemocněním, směřující k úspěšné realizaci transformace.
- *Analýza právních překážek* transformace a prosazení potřebných legislativních úprav, včetně úprav zajišťujících uplatňování práva klientů/pacientů na rozhodování o svém životě a limitujících jejich osobní občanské svobody.
- *Analýza finanční zdrojů* a jejich toků na stávající péči o osoby s duševním onemocněním (zdroje z všeobecného zdravotního pojištění, zdroje na sociální služby, další finanční zdroje). Je nutná cost benefit analýza a následně úprava alokace

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

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

především zaměstnanců institucionálních služeb, umožňující jim pracovat v nových podmínkách péče.

- **Zajištění pravidelného monitorování procesu transformace** a realizace průběžných potřebných úprav podmínek a konkrétních kroků.
- **Systém průběžného hodnocení kvality péče** pro všechny typy služeb (sociální i zdravotní) tak, aby bylo nezávislé na zřizovatelích a obsahovalo všechny komponenty, včetně oblasti lidských práv.

Literatura:

- WHO-Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99735/edoc07.pdf.
- European Pact for Mental Health and Well-being Brussels, 12-13 June 2008http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- EU Disability Strategy 2010 2020http://ec.europa.eu/governance/impact/planned_ia/docs/139_2_empl_disability_strategy_en.pdf.
- Expert Group Report on the Transition from Institutional to Community-based Care<http://www.e-include.eu/en/news/313-expert-group-report-on-the-transition-from-institutional-to-community-based-care>.

Přijatá Strategie reformy psychiatrické péče by se mohla a měla stát základním materiálem pro vypracování Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním. Je však nezbytné, aby Národní plán zahrnoval i související sociální problematiku včetně transformace systému lůžkové psychiatrické péče. Jen tak je možné realizovat záměr Strategie: „naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu“ a její hlavní cíl: „zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním.“

Strategie reformy psychiatrické péče vytvořila pro restrukturalizaci služeb a sítě zařízení poměrně široké mantinely. Mnoho konkrétních otázek (například pokud jde o nově plánovanou síť Center duševního zdraví) zůstává nezodpovězených. Největší nebezpečí, že se reforma psychiatrické péče odkloní od uvedeného záměru a cíle, vidí zástupci Platformy v nedůsledném uplatňování principů péče o osoby s duševním onemocněním, to hlavně v její orientaci na nestigmatizující a přirozené prostředí (viz příloha) a v nerespektování mezinárodních zkušeností s transformací systému psychiatrické péče.

Proces transformace institucionální péče v péči dominantně se odehrávající v běžných podmínkách života není ve Strategii popsán. Hovoří se zde pouze o humanizaci psychiatrické péče, která je v současnosti soustředěna v psychiatrických nemocnicích (léčebnách). V popisu strategického cíle 7 Humanizovat psychiatrickou péči se uvádí: „Rozvoj péče poskytované v rámci CDZ a dalších extramurárních služeb, optimalizace sítě a modernizace lůžkového fondu s vazbou na definovaný cílový stav, kdy přirozeným důsledkem rozvinuté extramurární péče bude redukce lůžkové kapacity, patří mezi klíčová opatření pro dosažení cíle humanizace péče.“

Platforma upozorňuje, že proces transformace institucionální péče (na základě zásad a principů OSN úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením) je dlouhodobou záležitostí. „Ukazují to zkušenosti ze zemí, kde transformace proběhla či probíhá. Avšak čím déle se odkládá její cílené, systematické zahájení a provedení, tím déle trvá její průběh a tím delší je období neefektivního využívání finančních i lidských zdrojů,“ uvádí Deklarace.

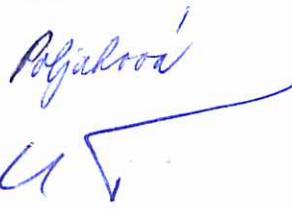
Z ekonomických důvodů není možné dlouhodobě financovat vybudování a provoz systému komunitní péče (CDZ a další služby) bez paralelně probíhající transformace systému lůžkové psychiatrické péče a odpovídajícího přesměrování finančních toků. Pokud by k tomu nedošlo, hrozí, že prostředky ze strukturálních fondů EU určené na pokrytí tranzitních nákladů budou vyčerpány, ale ke změně systému v předpokládaných termínech nedojde.

Proces transformace systému lůžkové psychiatrické péče není ve Strategii popsán a musí být doplněn v rámci přípravy komplexního Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním. Systematickou transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním nelze realizovat v rámci jednoho ministerstva. Pro dosažení tohoto cíle je nutná koordinovaná spolupráce na úrovni vlády. Pokládáme za nezbytné, aby skutečně vznikla Národní skupina pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním, která zpracuje Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním.

V Praze dne 11.září 2014

Mluvčí Platformy:

Mgr. Jana Poljaková


Jana Poljaková

MUDr. Ondřej Pěč


Ondřej Pěč

Pavel Novák

Jan Jaroš


Pavel Novák
Jan Jaroš