Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

PLÁN REGIONÁLNÍ PÉČE

PRO OBLAST

DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

V PRAZE

2020 - 2030

Oblast lidí se závažným duševním onemocněním

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ 03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.

OBSAH

I. ANALYTICKÁ ČÁST

ÚVOD **3**

1. Úvod do analytické části **6**

2. Východiska k perspektivě rozvoje komunitní sítě péče **8**

3. Popis cílových skupin **9**

3.1. Osoby se závažným duševním onemocněním (podle mezinárodní definice Serious / Severe Mental Illnes – SMI) **9**

3.2. Osoby ohrožené závislostí **10**

3.3. Osoby s duševní poruchou v dětském a dorostovém věku **11**

3.4. Osoby s duševní poruchou v seniorském věku **11**

3.5. Osoby, které se vlivem duševní poruchy dostaly do konfliktu se zákonem **11**

4. Základní údaje a charakteristika REGIONU PRAHY **13**

4.1. Základní demografická data **14**

4.2. Způsob plánování služeb **16**

5. Zdravotní služby v oblasti psychiatrické péče **18**

5.1. Zdravotní služby – psychiatrická péče **18**

5.2. Lůžková psychiatrická péče **21**

6. Sociální služby / Sociálně zdravotní služby **28**

7. Péče o lidi se závAžným duševním onemocněním (SMI) **29**

7.1. Centra duševního zdraví / terénní týmy duševního zdraví **31**

7.2. Pomoc v krizi **37**

7.3. Sociální služby v oblasti bydlení **39**

7.4. Služby v oblasti zaměstnávání **42**

7.5. Sociální služby – aktivizační centra / denní programy / komunitní centra **44**

7.6. Sociální služby - odborné poradenství **45**

7.7. Svépomocné a peer aktivity **45**

7.8. Spolupráce psychiatrických nemocnic a komunitních služeb **46**

7.9. Analýza stávající sítě služeb pro lidi s chronickým duševním onemocněním **49**

7.10. SWOT analýza **52**

7.11. Náklady na péči v kraji **63**

8. Destigmatizační aktivity **65**

8.1. Současný stav: 65

9. ADVOCACY – OBHAJOBA ZÁJMŮ KLIENTŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ, jejich ZAPOJOVÁNÍ 67

9.1. Současný stav 67

1. ŘÍZENÍ A KOORDINACE REFORMY A SÍTĚ SLUŽEB V KRAJI 71

2. FINANCOVÁNÍ 83

3. SÍTĚ SLUŽEB 90

4. LIDSKÉ ZDROJE A ODBORNÁ PŘÍPRAVA 113

5. DESTIGMATIZACE, INFORMOVANOST A PREVENCE 118

6. ADVOCACY – OBHAJOBA ZÁJMŮ KLIENTŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ – ZAPOJOVÁNÍ 126

7. KVALITA - Zlepšení kvality systému péče o duševní zdraví a lidská práva 131

SEZNAM ZKRATEK 137

ÚVOD

Duševní onemocnění je stav, který má závažné dopady na celý život nositele. Ovlivňuje jeho myšlení, pocity a nálady, schopnost vztahovat se k druhým a fungovat v běžném životě. Odborníci v oblasti duševního zdraví poukazují na skutečnost, že duševní onemocnění způsobuje významná omezení v sociálním a společenském životě, kdy člověk není schopen podávat žádoucí výkony nebo vykonávat určité činnosti. Dopadem pak může být izolace, nezaměstnanost, bezdomovectví, stigmatizace, sebevražednost. Cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním nelze vnímat jako jednolitou a je zde potřeba mnoha specifických přístupů. Sjednocujícím faktorem je potřeba komplexní, dlouhodobé, nepřetržité podpory se zapojením všech relevantních složek. Taktéž je důležité mít na zřeteli, že část populace, která trpí některou z forem duševního onemocnění, sama potřebnou pomoc nevyhledá nebo pomoc nedokáže efektivně využít.

Česká republika donedávna patřila k posledním zemím v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je chybějící a nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče. Z hlediska finančního zajištění je obor psychiatrie v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj oproti ostatním státům Evropské unie zanedbán a opožděn.[1]

Za poslední období lze v mezinárodním měřítku sledovat trend nárůstu osob vyhledávajících odbornou pomoc v důsledku duševních onemocnění. Proto i na úrovni Světové zdravotnické organizace (WHO) se této oblasti věnuje intenzivnější pozornost. Evropská unie a Rada Evropy společně s dalšími státy WHO evropského regionu se v roce 2005 usneslo na Deklaraci (Mental Health Declaration for Europe) a Akčním plánu pro duševní zdraví (Mental Health Action Plan for Europe).[2] Aktuální diskurz spočívá v postupném odklonu péče o duševně nemocné z velkých psychiatrických nemocnic do komunit, kdy členské státy EU se k tomuto diskurzu zavazují. K celosvětovému trendu se **Česká republika připojila 8. října 2013** vydáním první verze **Strategie reformy psychiatrické péče.** Strategie představuje zásadní systémovou změnu nejen medicínského oboru psychiatrie, ale celého systému péče o lidi s duševním onemocněním. Reforma psychiatrické péče, která v současné době v ČR probíhá, klade důraz na primární zdravotní a psychiatrickou péči, s výrazným rozvojem komunitní péče.[3]

Moderní a funkční síť služeb by měla zajistit maximální integraci i osob s vážným duševním onemocněním všech věkových kategorií do běžného života. Současným moderním trendem ve světě je **koncept zotavení (recovery)**, který přináší nové paradigma v péči o lidi s duševním onemocněním. Podle Anthonyho definice: „Úzdrava je hluboce osobní a jedinečný proces

[1] Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí), Odborná zpráva z projektu. Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.), Vydala Česká psychiatrická společnost

[2] Reforma systému psychiatrické péče: Psychiatrické centrum Praha, 2013 Petr Winkler, Filip Španiel, Ladislav Csémy, Miroslava Janoušková, Linda Krejníková

[3] Zdroj: Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017.

změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojující, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“ (Anthony, 1993)[4] Přístup zaměřený na zotavení poskytuje naději, že je možné žít kvalitní život v rámci běžné komunity a společnosti i přes přítomnost vážného duševního onemocnění. Jedná se o přístup, který vychází z individuálních potřeb, respektuje práva a přání nemocného a zásadně posiluje jeho vlastní odpovědnost. Hlavními principy podpory zotavení je posilování naděje k budoucí životní dráze klienta, rozvoj silných stránek, zaměření podpory na všechny oblasti života a zvládnutí různých životních rolí a podpora klienta, aby mohl sám rozhodovat a řídit svůj život“.[5]

Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením je dalším důležitým dokumentem, o který se opírá probíhající reforma v České republice. Úmluva byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 2006 a Česká republika Úmluvu ratifikovala v roce 2009. Úmluva zaručuje osobám se zdravotním postižením **plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich zapojení do života společnosti** (respektování důstojnosti, svobody volby, samostatnosti, rovné příležitosti, rovnoprávnost mužů a žen, rozvoj schopnosti dětí se zdravotním postižením). Pro oblast péče o duševní zdraví jsou zejména klíčové články 12 a 19. Článek 12 se týká opatrovnictví, klade důraz na podporované rozhodování a k plnému zbavení způsobilosti k právním úkonům by mělo docházet výjimečně. Článek 19 se týká nezávislého způsobu života a zapojení do společnosti (využití práva na svobodnou volbu nezávislého způsobu života, který zahrnuje i zapojení do všech aktivit společnosti, mj. Služby poskytované obcemi v rámci komunitního plánování.

Plán regionální péče je sestaven na období 2020 až do roku 2030, nicméně je dynamicky pojatý s plánovanými průběžnými aktualizacemi. Proto jsou podrobná opatření formulována spíše do let 2024 také v souvislosti s tvorbou Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb a dalších strategií.

[4] Zdroj: Laurie Davidson, Recovery - Concepts
[5] Cesta k zotavení, Sebrané texty Marka Raginse, MHA Village.

I. ANALYTICKÁ ČÁST

1. ÚVOD DO ANALYTICKÉ ČÁSTI

Záměrem tohoto dokumentu je popsat principy a základní prvky nově strukturované regionální sítě péče o duševní zdraví v Hlavním městě Praze tak, jak je plánována v rámci implementace Strategie Reformy psychiatrie v ČR. Dokument vzniká v rámci aktivity „Regionální sítě" projektu Deinstitucionalizace, který je nástrojem implementace reformy. Cílem dokumentu je poskytnout strukturální oporu pro plánování a strukturování zdravotních, sociálních a dalších služeb v kraji tak, aby vnikla synergická a efektivní síť péče o duševní zdraví, která odpovídá poskytované péči ve vyspělých zemích.

Dokument se soustředí zejména na ty prvky sítě, které podpoří osoby s duševním onemocněním přímo v komunitě, tzn. v místě, kde žijí tak, aby se předešlo zbytečným hospitalizacím a rehospitalizacím a snížil se tím tlak na lůžka následné péče.

Základními dokumenty pro úspěšný proces transformace psychiatrické péče, z kterých Plán regionální péče pro oblast duševního zdraví v Praze vychází, je **Strategie reformy psychiatrické péče** a **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030**.

Strategie reformy psychiatrické péče je dokument schválený jako vládní strategie v říjnu 2013, který jako hlavní záměr reformy v preambuli uvádí naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu. Cílem strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Dále Strategie uvádí tyto specifické cíle:

- Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti.
- Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).

Návrhová část **Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020 – 2030** obsahuje pět strategických cílů:[6]

- Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi.
- Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.
- Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.
- Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejích dostupnosti v komunitě dle potřeby.
- Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

[6] Zdroj: Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, Leden 2020

2. VÝCHODISKA K PERSPEKTIVĚ ROZVOJE KOMUNITNÍ SÍTĚ PÉČE

Komunitní péče duševního zdraví je kombinací vkladu a podpory uživatelů, rodiny, přátel a odborníků. Komunitní duševní zdraví vyžaduje interdisciplinární a víceúrovňovou spolupráci. Existuje několik vrstev integrace komunitní péče duševního zdraví: integraci zdravotnických a sociálních intervencí, integraci komunitních a nemocničních týmů a integraci mezi různými služebními týmy duševního zdraví (např. léčba duálních diagnóz). Mezi běžné prvky modelů komunitních služeb duševního zdraví patří **multidisciplinární přístup, časová dostupnost, nízkoprahový vstup do služeb, místní dostupnost a flexibilita**. Důležitá je také flexibilita procesní, která v případě potřeby umožňuje slevit z některých postupů zavedené praxe a péči tak individualizovat. V komunitní péči je důležitým prvkem zajištění péče v přirozeném prostředí klienta, zaměření se na sociální potřeby a psychologickou péči a dále na blízkou spolupráci komunitních služeb s psychiatrickými nemocnicemi v případě příjmu pacienta. Prostor pro komunitní péči o duševní zdraví není omezen jen na vážné duševní nemoci (psychózy), ale zahrnuje všechny duševní potřeby – např. propojení na primární péči.

Popsaná východiska ukazují širší perspektivu při rozvoji nového komunitního systému péče o duševní zdraví. Centra duševního zdraví[7] budou důležitou komponentou budoucí sítě péče o duševně nemocné. Nicméně se jedná o jeden z mnoha článků potřebné komplexní sítě služeb zacílený na pomoc jen jedné ze všech potřebných klientských skupin. Samotné budování Center duševního zdraví nezajistí transformaci/deinstitucionalizaci celé sítě péče. Bez proměny dalších článků hrozí, že proces transformace „zamrzne“. Vedle budování Center duševního zdraví je potřeba pracovat s rozměrem celé sítě a jednotlivé složky, zvláště komunitní a lůžkovou péči, vnímat jako propojené nádoby.

Pro úspěšný proces reformy psychiatrické péče v ČR je důležité plánování na delší časové období. Na úrovni psychiatrických nemocnic vznikají **Transformační plány psychiatrických nemocnic, které obsahují transformaci daného zařízení do roku 2030**. Důležité je, aby transformační plány obsahovaly skutečnou komponentu transformace ústavní v komunitní péči a lůžková zařízení byla viděna v rámci sítě služeb v celé spádové oblasti, a nikoli jako izolovaný subjekt.

Paralelně se vznikem transformačních plánů vznikají také plány na úrovni krajů. Pro vytvoření provázané a koordinované sítě je potřeba, aby práce na regionálních (krajských) plánech sítě a práce na transformačních plánech psychiatrických nemocnic vytvářely vzájemnou propojenost a synergii.

Plán regionální péče pro oblast duševního zdraví v Praze představuje strukturu plánu na úrovni kraje. Obsahuje souhrn oblastí, kroků, cílů a opatření pro dosažení skutečné transformace sítě péče o duševně nemocné.

[7] O Centrech duševního zdraví pojednává kapitola 7.1

3. POPIS CÍLOVÝCH SKUPIN

Cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním nelze vnímat jako jednolitou. Nastavení specifických podskupin pro potřeby zpracování tohoto dokumentu vychází z nastavení celostátní reformy duševního zdraví. Ta definuje skupiny lidí s duševní poruchou, kterým zejména nevyhovuje současné fungování systému psychiatrické péče. Tyto skupiny jsou výrazně ohrožené tendencí systému řešit jejich potřeby cestou institucionální péče namísto péče v komunitě, je u nich zvýšená potřeba multidisciplinárního přístupu a potřeba funkčně propojovat různé sektory veřejných služeb (zdravotnictví, sociální oblast, školství, oblast zaměstnávání atd.).

3.1. Osoby se závažným duševním onemocněním (podle mezinárodní definice Serious / Severe Mental Illnes – SMI)

Do této skupiny patří osoby s diagnózou schizofrenního onemocnění, afektivních poruch nebo těžších forem poruch osobnosti (dle MKN F2, F3, F6), s dlouhodobým chronickým průběhem, u kterých se projevuje důsledek tohoto onemocnění jako závažné postižení omezující zejména v oblasti sociálních funkcí. Kromě již diagnostikovaných osob (a tudíž čerpající psychiatrickou péči) existuje řada lidí, kteří trpí duševní nemocí a nikdy nebyli diagnostikováni (např. mezi lidmi bez přístřeší či osobami závislými na návykových látkách).
Tato skupina není homogenní, vyžaduje různé druhy a intenzitu pomoci. Jakákoliv strategie musí zároveň respektovat potřebu a pomoc sociálního zázemí a být tedy zaměřena i na ovlivňování rodiny (informace, edukace) a podporu vytváření náhradních společenství (např. kluby vedené buď profesionálně, nebo svépomocí). Jakákoliv náročnější potřeba sociální podpory proto vyžaduje individuální přístup a tím i odbornou kompetenci pomáhajících pracovníků.
Závažné duševní onemocnění je charakterizováno třemi znaky:

- délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky (onemocnění trvá déle než 2 roky),
- nemoc způsobuje funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF[8]),
- je diagnostikováno jako onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy (těžší forma afektivních poruch obecně), těžká forma poruchy osobnosti, případně těžká forma úzkostné poruchy, zvláště obsedantně kompulzivní (tzn. diagnostické okruhy F2, F3, eventuálně F42 a F6).

Vzhledem k dlouhodobému průběhu vážnosti příznaků a tendenci ke vzniku funkčního postižení konzumují lidé s potížemi typu SMI největší podíl ambulantní i hospitalizační

[8] GAF: zkratka Global Assessment of Functioning, škála pro celkové hodnocení fungování. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí. Je to klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění.

psychiatrické péče. Potíže typu SMI mohou způsobovat velkou zátěž pro blízké osoby a mnohdy dochází k rozpadu rodinných vazeb. Tato skupina pacientů je nejvíce ohrožena institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti. Komplexní rozsah potřeb vyžaduje multidisciplinární přístup s důrazem na principy case managementu, rehabilitace a podpory zotavení.

Další skupinou jsou osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI a lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci, akutní stavy nebo dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění, dále osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou a osoby s poruchou osobnosti.

Specifickým průnikem se skupinou osob se závislostí je oblast duálních diagnóz, čili kombinace závislosti a jiné duševní poruchy. Výskyt duálních diagnóz vyžaduje integrovanou léčbu.

3.2. Osoby ohrožené závislostí

Podle American Society for Addiction Medicine je závislost primární, chronická nemoc systému odměňování v mozku, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Poruchy těchto funkcí vedou k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům v patologickém chování jednotlivce, který užíváním substancí a/nebo pokračováním v chování s potenciálem vzniku a rozvoje závislosti dlouhodobě usiluje o dosažení odměny a/nebo úlevy. Závislost je charakteristická neschopností abstinovat, postižením kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat či připouštět si výrazné problémy vznikající v důsledku vlastního chování a v mezilidských vztazích, stejně jako v dysfunkčních emočních reakcích. Stejně jako u dalších chronických nemocí, se v cyklu závislosti vyskytují relaps a remise. Bez léčby nebo zapojení do úzdravných aktivit je závislost progresivní a může vyústit v invaliditu nebo v předčasnou smrt (American Society for Addiction Medicine, 2012).[9]

Jedná se zejména o závislosti látkové (alkohol, ilegální psychotropní látky, léky) a procesuální závislosti (zejména patologické hráčství). Ty mívají odlišné charakteristiky věku nástupu, osobnostního profilu, podílu muži/ženy, sociální „kariéry“ a souvisejících zdravotních a sociálních rizik.

Společná je potřeba specifických poradenských a léčebných programů z oblasti adiktologie. V případě hlavně drogových závislosti jsou účinné nízkoprahové a terénní programy a uplatnění modelu case management. Velký význam mají programy primární prevence a programy harm reduction.

Problémem je častá dlouhodobost potíží, resp. jejich vysoká revertence. Např. lidé s alkoholovou závislostí v současné době hodně vytěžují kapacity akutní psychiatrické lůžkové péče.

[9] Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2013-2020, MHMP, 2013

3.3. Osoby s duševní poruchou v dětském a dorostovém věku

Tato skupina je velmi různorodá z klinického pohledu (spektrum diagnóz a různé průběhové formy). Pojítkem je věk nástupu potíží a tudíž i zásadní kontext rodinného systému. Pracovat se samotným dítětem bez podpory celého systému rodiny je zcela neefektivní. Bohužel dostupnost ambulantních specialistů a terapeutických či edukačních programů je bez přehánění katastrofální. Důsledkem je nadbytečné množství hospitalizací dětských pacientů a sociální i ekonomická zátěž rodin.

Podstatná je potřeba propojení veškerých terapeutických a rehabilitačních intervencí s oblastí vzdělávání a vůbec systém školství. Výhodou je rozvinutost speciálního školství a rozvíjející se systém pěstounství a sanace ohrožených rodin. Výzvu k rozvoji představuje oblast školské inkluze dětí se zdravotním handicapem. Funkční je také screening vývojových vad včetně poruch učení se zapojením primární dětské ambulantní péče.

3.4. Osoby s duševní poruchou v seniorském věku

Tuto cílovou skupinu tvoří lidé s žijící demencí zejména Alzheimerovou chorobou, vaskulární nebo smíšenou demencí. Převážně se jedná o seniorskou populaci (nad 65 let) nicméně nižší procento osob s demencí je i mladšího věku.

V našem Plánu se zabýváme zejména osobami, u nichž demence výrazně ovlivňuje kognitivní funkce a v důsledku má vliv na společenský či pracovní život člověka. Lidé v pokročilejším stadiu nemoci se pak neobejdou bez pomoci další osoby při sebeobsluze a zvládání běžných životních činností, příp. bez výrazné intenzívní celodenní péče. Vzhledem k tomu, že kognitivní funkce, jako zhoršování paměti, problémy s myšlením a plánováním, s vyjadřováním či neschopností rozpoznávat lidi či věci, se zhoršují s postupem choroby, vnímáme i jako důležitou prevenci a včasnou diagnostiku demence.

3.5. Osoby, které se vlivem duševní poruchy dostaly do konfliktu se zákonem

Skupina je rozmanitá co do druhu duševních potíží, pohlaví i věku, ale převažují v ní muži mladšího dospělého věku se závažnou duševní nemocí nebo se závislostí. Případně s kombinací jak duševní nemoci, tak i závislosti. Společným jmenovatelem této skupiny je dlouhodobé či přechodné narušení rozpoznávacích a ovládacích schopností vlivem duševní poruchy, které vede k chování trestního charakteru.

Lidé z této skupiny jsou často mimo kontakt se zdravotní péčí a sociální pomocí. Důvody mohou být zapříčiněné duševní poruchou (nedostatek náhledu, odmítání léčby) i nedostatečným podpůrným systémem (absence asertivní služby vyhledávající klienta, nepřehledný systém služeb, špatné zkušenosti s léčbou, zneužívající rodina).

Existují samozřejmě i případy lidí adherentních k léčbě s dobrou sociální podporou, u kterých vznikne rychlé zhoršení stavu s nelegálními dopady. Vždy se nabízí otázka, zda byla poskytovaná léčba a podpora dostatečná, flexibilní a schopná včas zachytit blížící se krizi.

Ochranné prostředky, které soud může uložit, tedy zejména ambulantní či ústavní ochranná léčba, bývají subjektivně vnímány jako forma trestu či v lepším případě jako nutné zlo. V některých případech se tím posiluje odpor k jakékoliv léčbě či vnější pomoci.

4. ZÁKLADNÍ ÚDAJE A CHARAKTERISTIKA REGIONU PRAHY

Hlavní město Praha je statutárním městem. Je spravována orgány hlavního města - Zastupitelstvem hl. m. Prahy, Radou a Magistrátem hl. m. Prahy. Pro výkon státní správy je Praha členěna na 22 správních obvodů, z hlediska samosprávného ji tvoří 57 autonomních městských částí s vlastními volenými orgány. Tyto městské části nejsou ovšem zcela homogenní. Jsou zde městské části s vyhraněným charakterem městského centra, nebo naopak městské části příměstského charakteru. Liší se stupněm urbanizace, hustotou zalidnění, kvalitou technické infrastruktury i sociálně ekonomickými podmínkami života obyvatel.

Hl. m. Praha je největším městem České republiky. Rozkládá se na ploše 496 km2 s **počtem obyvatel 1 324 277** k 31. 12. 2019[10]. Věková struktura obyvatel Prahy se přibližuje věkovému složení celé republiky. Průměrný věk obyvatel Prahy v posledních třech letech stagnuje na hodnotě 42 let. Na věkovou strukturu populace má větší vliv především migrace (stěhování rodin s dětmi do zázemí metropole a naopak příchod lidí v mladším produktivním věku). Pro migrační situaci v Praze, zejména v posledním desetiletí, je charakteristický vysoký migrační obrat, který je dán především značnou mobilitou cizích státních příslušníků stěhujících se za prací. V roce 2019 činil přírůstek stěhováním 42 328 osob. K 31.12.2019 bylo v Praze skoro **261 tisíc dětí a mladistvých** do 19 let a celkem **251 tisíc osob starších 65 let, z toho starších 80 let to bylo skoro 55 tisíc**. Počet starších osob postupně pomalu narůstá.
Na území Hl.m.Prahy pobývalo k 31.12.2019 celkem 210 483 cizinců, z toho více než ¼ Ukrajinců (přes 53 tis.), více než 30 tisíc Slováků, více než 23 tisíc příslušníků Ruské federace a více než 13 tisíc obyvatel vietnamské národnosti (Pramen: Ředitelství služby cizinecké policie). Tyto údaje ale nezahrnují cizince s platným azylem na území ČR ani osoby pobývající v ČR nelegálně.

Jednoznačně kladným rysem demografického vývoje posledních desetiletí je prodlužování naděje dožití. Obyvatelé Prahy se dožívají nejvyššího věku ze všech krajů ČR. V roce 2016 dosáhla naděje dožití při narození u žen 82,7 let a u mužů 78,0 let. Vysoké hodnoty naděje dožití v Praze bývají přičítány lepší dostupnosti lékařské péče, ale i některým příznivějším tendencím ve způsobu života, a to navzdory zhoršeným parametrům životního prostředí.
Na území hlavního města je značná koncentrace zdravotnických zařízení. Jde hlavně o specializovaná často i výzkumná pracoviště, která ovšem slouží pacientům z celé republiky. Je zde zaměstnána pětina všech lékařů, kteří pracují v celé ČR. Také počet nemocnic je zde nejvyšší ze všech krajů, **v roce 2019 bylo v hlavním městě 27 nemocnic**. Tyto nemocnice mají i vysoké počty lůžek, které meziročně zůstaly na stejné úrovni. Relativní ukazatele ze zdravotnictví v přepočtu na 1 000 obyvatel jsou v Praze trvale nejvyšší ze všech krajů a výrazně převyšují celorepublikový průměr. Veškerá pražská zdravotnická zařízení slouží spádově i pro okolí Prahy a některá specializovaná pracoviště mají celorepublikovou působnost.

Praha má relativně dobře fungující městskou hromadnou dopravu s páteřním systémem metra v délce více než 65 km a sítí tramvajových tratí o délce téměř 143 km. Pro Prahu a její

[10] Zdroj: Statistická ročenka hlavního města Prahy, 2020

okolí je důležitý také systém PID. Ten je v současné době provozován do vzdálenosti až 35 km od hranic Prahy, čímž zahrnuje i významnou část Středočeského regionu.

Specifikem hl. m. Prahy jsou **vysoké počty lidí bez přístřeší** v rámci celé České republiky. Z posledního sčítání lidí bez domova, které bylo uskutečněno v roce 2010, vyplývá, že v Praze žije kolem 4 000 lidí bez přístřeší. Z toho „zjevní bezdomovci", kteří žijí během dne především na ulicích v centru města, je kolem 1500 osob. Z šetření, prováděného v rámci přípravy Koncepce bezdomovectví v Praze na období 2021 – 2030 však vyplývají výrazně vyšší počty. Celkem bylo zjištěno **3 900 - 4 900 osob bez střechy nad hlavou**, 8 674 osob bez bytu a 7 002 osob v bytové nouzi (ohrožených ztrátou bydlení či žijících v nevyhovujícím bydlení). **Celkový počet osob v těchto situacích je pak 19 576 – 20 576.** V tomto šetření byla využita definice osob bez domova ETHOS a započítány i osoby bez bydlení a aktuálně ve zdravotnických či sociálních pobytových službách či ve vazebních věznicích, dále v azylových zařízeních i komerčních ubytovnách. Mezi lidmi bez přístřeší tvoří ženy asi 20%, ale jejich podíl roste. Podle trvalého bydliště je podíl lidí bez domova asi 40% z hl. m. Prahy, ostatní jsou ze všech krajů ČR (především ze Severočeského, Moravskoslezského a Středočeského), podíl osob ze Slovenska je kolem 7%. **Podíl osob s duševním onemocněním z této skupiny osob bez domova není přesně určen, z minulých šetření vyplývá cca 40 – 60%,** aktuální šetření toto potvrzuje.[11]

4.1. Základní demografická data

Tabulka č.1: *Hl. m. Praha – celková rozloha, počet obyvatel, administrativní členění*

Rozloha km2	Počet obyvatel	Počet obyvatel na km2	Počet městských obvodů	Počet správních obvodů	Počet městských částí
496,21	1 324 277	2 669	10	22	57

Tabulka č.2: *Jednotlivé městské správní obvody – rozloha, počet obyvatel*

Správní obvod	Rozloha km²	Počet obyvatel
Praha 1	5,54	29 563
Praha 2	4,19	50 363
Praha 3	6,48	76 041
Praha 4	32,3	142 091
Praha 5	35,09	91 921
Praha 6	56,13	120 012
Praha 7	10,46	46 652

[11] Zdroj: Koncepce návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013 – 2020

Praha 8	37,54	116 420
Praha 9	13,31	60 601
Praha 10	18,61	110 571
Praha 11	21,93	85 248
Praha 12	28,57	68 444
Praha 13	23,1	68 759
Praha 14	19,29	50 470
Praha 15	28,27	50 459
Praha 16	36,15	25 014
Praha 17	10,42	31 333
Praha 18	15,79	33 384
Praha 19	15,8	14 434
Praha 20	16,94	15 652
Praha 21	26,64	18 930
Praha 22	33,66	17 915
Hl. m. Praha	**496,21**	**1 324 277**

Mapka č.1: *Správní členění hl. m. Prahy*

4.2. Způsob plánování služeb

HMP má malý faktický vliv na tvorbu sítě zdravotních služeb. Vydává registrace pro zdravotní zařízení a vyhlašuje výběrová řízení, nicméně nemá zásadní vliv na financování těchto služeb. To má Všeobecná zdravotní pojišťovna a další zdravotní pojišťovny. V Praze má VZP cca 60 % všech pojištěnců. HMP ani nezřizuje žádnou nemocnici, ve zdravotnictví zřizuje pouze Městskou polikliniku Praha v oblasti duševního zdraví pak pouze protialkoholní záchytnou stanici a prostřednictvím své příspěvkové organizace CSSP Krizové centrum RIAPS, Pražskou linku důvěry a Pražské centrum primární prevence.

Plánování v oblasti sociálních služeb probíhá ve tříletých cyklech. Odbor sociálních věcí na základě zjišťování potřeb osob (komunikací zejména s MČ a poskytovateli), sociálně-demografických ukazatelů, SWOT analýzy, navrhuje Krajskou síť sociálních služeb včetně strategie jejího rozvoje i návrhu financování této sítě. Tento dokument nazvaný Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území Hl.m.Prahy je projednán Komisí RHMP pro plánování a financování sociálních služeb a poté schvalován Radou a následně Zastupitelstvem HMP.
Návrh krajské sítě a jejího financování vychází z možností finančních zdrojů, zejména státního rozpočtu, HMP, MČ (dotační a grantové příjmy od státu, kraje, obcí a ÚP), dále úhrad od uživatelů a příjmů od zdravotních pojišťoven, popřípadě z příjmů z neveřejných zdrojů (od soukromých dárců). SPRSS se pro každý rok aktualizuje, od roku 2018 byla navíc zřízena tzv. Doplňková síť, která představuje kapacity sociálních služeb konkrétně zacílené na naplňování úkolů vyplývajících z programového prohlášení Rady HMP.

Rozvoj sítě adiktologických služeb je projednáván Komisí RHMP pro protidrogovou politiku. Ta ve spolupráci s Krajským protidrogovým koordinátorem zpracovává návrh Protidrogové politiky hlavního města Prahy, jejíž součástí je koncepce, strategie a akční plán. Schvalována je následně Radou a Zastupitelstvem HMP. Rozvoj služeb je promítán do SPRSS.

Od roku 2018 je ustavena **Pražská koordinační skupina pro rozvoj péče o duševní zdraví v Praze**. Tato skupina zatím nebyla dostatečně ukotvena ve struktuře Magistrátu Hl.m.Prahy.
Dostupnost péče o duševní zdraví včetně programů prevence a včasné diagnostiky duševních onemocnění je od roku 2019 mezi prioritami Rady ZHMP, obdobně jako podpora sítě CDZ v Praze a zlepšení povědomí Pražanů o způsobech péče o duševní zdraví.
Programové prohlášení Rady ZHMP (pro 2018-2022) obsahuje deklaraci podpory rozvoje komunitních zařízení, poskytujících služby lidem se zvláštními potřebami, například s Alzheimerovou chorobou nebo autismem. Rada Hl.m.Prahy zřídila Komisi pro důstojné stárnutí, Komisi pro rozvoj komunitních služeb.
Probíhající Reforma psychiatrické péče se promítla do Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb (dále SPRSS) v plánování postupného rozvoje služeb zejména terénní péče.
Péče o duševní zdraví ale není provázána s jinými koncepcemi a politikami v Praze (bezdomovectví, protidrogová politika, péče o důstojné stáří, vzdělávání a péče o děti a mládež, nebo kultury, rozvoje bydlení, zaměstnanosti, podnikání, ad.). *To se již od roku 2019 mění. V roce 2020 uzavřela HMP s MZ Memorandum o spolupráci při realizaci Reformy.*

Aktuálně neexistuje systémová vazba Reformních aktivit na městské části Prahy.

Již v roce 2016 při zpracování podkladů pro SPRSS bylo pro oblast duševního zdraví identifikováno několik systémových problémů, např. geograficky nevyvážená síť sociálních služeb (v některých MČ např. neexistují sociální služby pro lidi s SMI). *Až od roku 2021 terénní týmy pro SMI pokrývají celou Prahu.* Síť služeb pro lidi s duševním onemocněním nebyla v Praze systémově plánována ani ve zdravotním ani sociálním sektoru. Až v souvislosti s Reformou se podařilo v SPRSS postupné navyšování kapacit sociálních služeb (zejména terénních) a postupné plánování jejich rozmístění. Obdobně se ukazuje jako problém absence systémového propojení sociální a zdravotní péče. *Multidisciplinární týmy, které v sobě propojují sociální a zdravotní služby jsou cíleně podporovány a plánovány až v souvislosti s Reformou psychiatrické péče v rámci vznikajících CDZ a MDT.*

5. ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE

5.1. Zdravotní služby – psychiatrická péče

Systém psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkokapacitních zařízeních zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, což je jednoznačně nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním (Höschl et al., 2012; Winkler et al., 2017; Winkler et al., 2018; Winkler et al., 2018b; Winkler et al., 2016).[12] V Praze je několik lůžkových psychiatrických zařízení, nicméně těžištěm je Psychiatrická nemocnice Bohnice s rozlehlým areálem vystaveným začátkem 20. století.

Veškerá v dokumentu uvedená data u poskytovatelů zdravotních zařízení jsou uvedena na základě analýzy Všeobecné zdravotní pojišťovny k 31. 12. 2017 a aktualizovaná k 30.11.2019. Výjimkou jsou data za denní stacionáře, které jsou poskytnuté Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (za rok 2016).

Na území hl. m. Prahy **je k dispozici 1500 psychiatrických lůžek** ve zdravotnických zařízeních, z toho **417 akutních** a **1083 následných lůžek.** Z celkového počtu psychiatrických lůžek je **138 určeno pro děti.** Psychiatrická nemocnice Bohnice má celkem 1181 lůžek, z toho 183 akutních a 44 pro děti. Psychiatrická klinika VFN disponuje 100 akutními lůžky a 86 lůžky následné péče, z toho 20 lůžek pro poruchy příjmu potravy. 66 lůžek následné péče je určeno pro léčbu závislostí na Klinice adiktologie. Ústřední vojenská nemocnice na psychiatrickém oddělení má 40 lůžek akutní péče. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, oddělení dětské a dorostové psychiatrie AT- návykových nemocí má 14 lůžek, Thomayerova nemocnice, oddělení dětské a dorostové psychiatrie 30 lůžek a Fakultní nemocnice Motol, oddělení dětské a dorostové psychiatrie disponuje 50 lůžky. V Praze je vyšší počet psychiatrických lůžek z důvodu větší spádové oblasti, než odpovídá území hl. m. Prahy a dále z důvodu, že na území hl. m. Prahy se nachází specializovaná pracoviště, kde přijímají pacienty mimo region (sexuologické oddělení PN Bohnice, oddělení ochranných léčeb, AT oddělení, dětské oddělení).

[12] Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030, MZ, 2020

Tabulka č. 3: *Počty akutních a následných lůžek*

Název zařízení	Počet lůžek	Z toho akutní	Z toho následná
Psychiatrická nemocnice Bohnice	1180*	183	997
VFN Psychiatrická klinika oddělení psychiatrie	120	100	20**
VFN Psychiatrická klinika oddělení pro léčbu závislostí	66	0	66
Ústřední vojenská nemocnice oddělení psychiatrie	40	40	0
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského oddělení dětské a dorostové psychiatrie AT- návykových nemocí	14	14	0
Thomayerova nemocnice oddělení dětské a dorostové psychiatrie	30	30	0
Fakultní nemocnice Motol oddělení dětské a dorostové psychiatrie	50	50	0

*z toho 44 lůžek na dětském oddělení

** lůžka následné péče pro poruchy příjmu potravy

Vedle lůžkových zdravotnických zařízení má Praha hustou síť psychiatrických ambulancí. V Praze je **v ambulantních zařízeních** evidováno **445 lékařů**, při přepočtení počtů pracovníků se jedná o **celkové kapacity 258**. Do celkových počtů ambulantních zařízení jsou započítány odbornosti 305-psychiatrie, 306-dětská a dorostová psychiatrie, 307-gerontopsychiatrie, 308-návykové nemoci, 309-sexuologie.

Tabulka č. 4: *Počty a kapacita ambulantních lékařů podle odborností*

305 –psychiatrie		**306 – dětská a dorost. psych.**		**307 –geronto-psychiatrie**		**308 – návykové nemoci**		**309 – sexuologie**	
Počet	Kapacita	Počet	Kapacita	Počet	Kapacita	Počet	Kapacita	Počet	Kapacita
356	217,3	48	23,6	4	0,3	15	7,4	22	9,5

Dalším významným segmentem péče jsou **Denní stacionáře**, které nabízí denní program po dobu několika týdnů nebo měsíců, aniž by pacient byl hospitalizován. Kapacity v denních stacionářích jsou v Praze dostatečné. V Praze se nacházejí mimonemocniční denní stacionáře: Denní sanatorium Horní Palata (VFN); Středisko psychoterapeutických služeb Břehová; Denní sanatorium Fokus Praha, Centrum Břevnov; Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov; Denní stacionář Klinika Eset; Denní stacionář, Psychosomatická klinika. Uvedená struktura

personálu a klientů vychází z dat ÚZIS za tok 2016 a vztahují se k 4 denním stacionářům bez určení, které z výše uvedených byly do celkové analýzy zahrnuty. Z analýzy vyplývá, že v těchto čtyřech DS v roce 2016 působilo celkem 17 lékařů, 21 psychologů, 10 zdravotních sester, 2 fyzioterapeuti či ergoterapeuti a 15 dalších odborných pracovníků. Na přepočtené úvazky se jedná o počty u lékařů 10,7, psychologové 16,6, zdravotní sestry 8,5, fyzioterapeuti či ergoterapeuti 1,5 a ostatní odborní pracovníci 12,4. Celkový **počet pacientů 702** (447 žen a 255 mužů). Z diagnostických skupin byli nejvíce zastoupeni pacienti se schizofrenií (268), dále s neurotickými poruchami (218) a s afektivní poruchou (115). Ostatní diagnostické skupiny se dělí mezi poruchy osobnosti a poruchy vyvolané nealkoholovými psychoaktivními látkami a zcela zanedbatelný počet bylo zastoupení u pacientů s organickou duševní poruchou a s poruchy vyvolané alkoholem. Denní stacionáře dále provozují také lůžková zdravotnická zařízení jako doplňkové a navazující programy: Psychiatrická klinika VFN, Psychiatrické oddělení ÚVN a Psychiatrická nemocnice Bohnice.

V Praze jsou k dispozici 2 zdravotnická zařízení poskytující **krizové služby v nepřetržitém provozu**: **RIAPS**, které provozuje Centrum sociálních služeb Praha a **Centrum krizové intervence** (CKI) provozované Psychiatrickou nemocnicí Bohnice. Obě zařízení poskytují ambulantní i lůžkovou formu péče (RIAPS ale pouze jako sociální lůžka), ne však službu terénní. CKI navíc provozuje linku důvěry. RIAPS – poruchy přizpůsobení, reaktivní stavy, méně při dekompenzaci u psychóz. CKI – poruchy přizpůsobení, reaktivní stavy, včetně situačních zhoršení stavu u psychóz. 2 krizová zdravotnická lůžka provozuje Klinika Eset.

Zpřehlednění **celkové struktury pracovníků ve zdravotnictví** je obtížné z důvodu možnosti výskytu jednoho pracovníka u více poskytovatelů zdravotních služeb a dále z důvodu způsobu evidence pracovníků na lůžkových pracovištích, kdy je obtížné rozklíčovat přesné počty. Z tohoto důvodu data týkající se počtu pracovníků (fyzický počet pracovníků) nejsou úplná.

Celková kapacita (přepočtený počet pracovníků) lékařů **psychiatrů v Praze v lůžkových zařízeních a ambulancích je 423,8**. Celkové počty psychologů známe jen u **klinických psychologů**, v Praze jich je evidovaných **319 o celkové kapacitě 232,1**. Z toho kapacita klinických psychologů v lůžkových zdravotnických zařízeních je 73 (19 na akutních odděleních a 54 na lůžkových odděleních následné péče). Vzhledem k tomu, že ve srovnání s ostatními kraji ČR je počet psychiatrů i klinických psychologů výrazně až násobně vyšší, není v Praze předpoklad jejich navyšování. U **zdravotních sester** známe celkovou kapacitu jen **v lůžkových zdravotnických zařízeních, která je 846,9**. U zdravotních sester v ambulantních zařízeních počty neznáme, na základě analýzy VZP z r. 2016 lze odhadnout, že v ambulancích je celková kapacita sester kolem 50. Odhad celkové kapacity zdravotních a psychiatrických sester v Praze je kolem 900.

Tabulka č.5: *Celkové počty lékařů, klinických psychologů a zdravotních sester*

Počet psychiatrů L3 / L2 / L1		Počet klinických psychologů		Počet sester psychiatrická/všeobecná v LZZ	
Počet	Kapacita	Počet	Kapacita	Počet	Kapacita
?	423,8	319	232,1	?	846,9

Odhad celkového počtu v Praze **evidovaných pacientů** v psychiatrické péči za systém veřejného zdravotního pojištění je **89 221**.

V přepočtu počet pacientů na 100 000 pojištěnců vychází na 6 892. Pro zajímavost můžeme srovnat s Karlovarským krajem, kde je nejnižší počet pacientů a podle odhadu ze systému veřejného zdravotního pojištění je 4 685 pacientů na 100 tis. pojištěnců a s Jihomoravským kraje, kde je nejvyšší počet pacientů a kde vychází 7 182 pacientů na 100 tis. pojištěnců.

Tabulka č. 6: *Počty pacientů - odhad za systém veřejného zdravotního pojištění*

Počet evidovaných pacientů	Počet pacientů na 100 tis. pojištěnců
89 221	6 892

5.2. Lůžková psychiatrická péče

Akutní lůžková zařízení pro dospělé

PSYCHIATRICKÁ KLINIKA VFN

Psychiatrická klinika je umístěná v centru Prahy s dobrou dostupností automobilové i veřejné dopravy. Psychiatrická klinika poskytuje komplexní diagnostickou a léčebnou péči pro pacienty s duševními poruchami v akutním stavu a dále konsiliární péči pro pacienty obtížně diagnostikovatelné, farmakorezistentní nebo jinak komplikované. Spádová oblast je hl. m. Praha. V praxi funguje vnitřní dělení města mezi klinikou, PN Bohnice a ÚVN, kdy klinika se zaměřuje na spádovou oblast městských částí Prahy 1, 2 a 3. Složení pacientů dle trvalého bydliště je z 75% z Prahy a ostatní z celé ČR (nejvíce ze Středočeského kraje). Součástí kliniky jsou i specializovaná centra jako je Centrum pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy demence, Centrum pro dorostovou a vývojovou psychiatrii, Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, Centrum pro klinickou psychoterapii a psychosomatiku či Centrum pro profylaxi afektivních poruch.

Klinika disponuje 186 lůžky na 5 odděleních různého typu. Péči zajišťuje 37 lékařů a 9 psychologů. Dalšími pracovníky kliniky jsou ergoterapeuti, arteterapeuti, rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry a sociální pracovnice.

Psychiatrická klinika provozuje odborné ambulance:

Stacionář pro adolescenty - denní stacionář s komunitní formou vedení a samosprávou pacientů nabízí péči pro věkovou skupinu od 14 do 21 let. Terapeutický program oddělení probíhá každý pracovní den od 8 do 16 hodin, na oddělení je zajištěna výuka ve třídě Základní školy při VFN. Oddělení má kapacitu 15 pacientů. Program stacionáře zahrnuje individuální a skupinovou psychoterapii, arteterapii, ergoterapii, léčebnou tělesnou výchovu, autogenní trénink, rodinnou terapii a pro pacienty s poruchami příjmu potravy specifický stravovací režim a skupinovou terapii.

Denní stacionář „Karlov“ je určen pacientům od 18 let pro doléčení a stabilizaci zdravotního stavu. Program probíhá ve všední dny od 8 do 15 hodin po dobu dvou měsíců.

Klienti jsou přijímáni do dvou psychoterapeutických skupin. Jedna skupina je určena pro pacienty s onemocněním schizofrenního okruhu a druhá skupina pro poruchy nálady, neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy a lehčí formy poruchy osobnosti.

Každá skupina má specificky zaměřený program. Vedle hlavního programu skupina dále nabízí arteterapii, muzikoterapii, pracovní terapii, léčebný tělocvik, relaxaci.

Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy nabízí program ve všední dny pro pacienty od 16 let po dobu 3 měsíců. Součástí programu je společná strava.

Klinika dlouhodobě **spolupracuje s komunitními službami**, intenzivní spolupráce pak probíhá zejména s Fokusem Praha, Centrem Podskalí. Podoba spolupráce se průběžně utváří, aktuálně pracovníci multidisciplinárního *t*ýmu *CDZ Podskalí* (*Komunitní tým Podskalí)* dochází každý týden na kliniku a společně s ošetřujícími lékaři, případně s dalšími zdravotníky spolupracují u konkrétních pacientů / klientů. V plánu je personální propojení CDZ Podskalí s Psychiatrickou klinikou.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – Psychiatrické oddělení

Psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice sídlí mimo hlavní centrum města s dobrou dostupností automobilovou i veřejnou dopravou. Spádová oblast je celá ČR s přednostním ošetřením pro příslušníky armády. Na základě vnitřního členění Prahy v rámci spolupráce PK VFN a PN Bohnice psychiatrické oddělení ÚVN přednostně hospitalizuje obyvatele z Prahy 6. Vzhledem k omezené kapacitě lůžek, ne vždy v praxi toto členění funguje. Oddělení poskytuje komplexní psychiatrické služby zaměřené zejména na diagnostiku, léčbu a rehabilitaci. Oddělení vedle ambulantní části a lůžkového oddělení nabízí docházku do denního stacionáře a také služby terénního týmu.

Lůžková část psychiatrického oddělení disponuje 40 lůžky. Je rozdělena na **oddělení akutní péče** (15 lůžek) a **terapeutické oddělení** (25 lůžek). Pokoje jsou po dvou, tří a čtyřlůžkové a jeden pokoj intenzivní péče, který umožňuje nepřetržitý dohled personálu. Podmínkou pobytu na terapeutickém oddělení je stabilizovaný zdravotní stav. Terapeutické oddělení nabízí skupinové a individuální psychoterapeutické aktivity. Např. psychoterapeutická skupina pro pacienty s neurotickými poruchami, trénink kognitivních funkcí, relaxační techniky, edukační skupiny, pohybová terapie. Důraz je kladen na individuální přístup a na aktivním zapojení pacienta do terapeutického procesu. Průměrná doba hospitalizace je 19 dní (nejsou však ani výjimky doby hospitalizace 40-50 dnů).

Ambulance je určena zejména pro pacienty z Prahy 6, ambulantní péči nabízí 4 ambulantní psychiatři. Ambulantní část vedle všeobecné psychiatrické péče nabízí **specializované poradny** – Poradna pro léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií, Sexuologickou poradnu, Psychosomatickou poradnu, Poradnu pro depresivní poruchy a Poradnu pro veterány.

Psychiatrické oddělení také provozuje **Adiktologickou ambulanci** určenou pro lidi závislé na návykových látkách včetně nelátkových závislostí (gambling, PC hry) a jejich rodinné příslušníky. Součástí Adiktologické ambulance je také specializované pracoviště **Centrum pro závislé na tabáku** s komplexní nabídkou léčby závislosti na tabáku.

Denní stacionář ALTÁN je určen pro pacienty s úzkostnými a depresivními obtížemi. Stacionář nabízí skupinovou psychoterapii, arteterapii, muzikoterapii, pohybovou terapii, relaxační techniky, edukaci, individuální pohovor apod. Program probíhá 4x týdně od 8 do 14 hodin po dobu 6 týdnů. Jedná se o uzavřenou skupinu do 9 pacientů. Skupinu vedou 2 odborní pracovníci oddělení.

Komunitní psychiatrický tým poskytuje zdravotní služby **v přirozeném prostředí pacientů**. V týmu působí psychiatrické sestry v úzké spolupráci s ambulantními psychiatry a dle potřeby i s ostatními zdravotními nebo sociálními službami. Kromě zdravotních úkonů v domácnosti pracovníci týmu řeší s klientem komplexně jeho psychosociální potřeby včetně spolupráce s rodinnými příslušníky. Standardní intenzita spolupráce je dle potřeby 1-3x týdně, v případě zhoršení zdravotního stavu je možné uskutečnit návštěvu u pacienta až 3x denně. Služba je určena pacientům, kteří bydlí v Praze 6. Personální složení týmu se skládá ze dvou kmenových psychiatrických sester v celkové výši 1,0 úvazku a z dalších 2 pracovníků oddělení, kteří v terénním týmu působí nad rámec běžné pracovní doby. V plánu je přijetí dalšího kmenového pracovníka do týmu. Kapacita týmu je 30 – 40 pacientů. Na začátku roku 2019 se tento tým spojil s komunitním týmem Fokusu Praha a v rámci pilotního projektu MZ ČR vytvořil **Centrum duševního zdraví pro Prahu 6**. *Od podzimu 2020 CDZ 6 již poskytuje služby „v ostrém režimu pro obyvatele Prahy 6“.*

Další aktivity oddělení – autogenní trénink, skupinová psychoterapie, trénink kognitivních funkcí, edukační a preventivně-edukační skupiny, skupinové pohybové cvičení, program pro dobré zdraví

V rámci reformy zařízení uvažuje o vytvoření ambulance s rozšířenou péčí rozšířenou o odbornosti adiktolog, gerontopsychiatr, dále s nabídkou programu denního stacionáře a terénní služby.

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE

K 31.12.2018 je v PNB dislokováno 183 lůžek akutní péče, z toho 108 lůžek všeobecné psychiatrie, 34 lůžek léčby závislostí a 41 gerontopsychiatrických lůžek. K 30.11.2020 se tyto počty změnily: *z celkového počtu 195 akutních lůžek se zvýšil počet akutních lůžek všeobecné psychiatrie na 166, počet adiktologických akutních lůžek klesl na 29, gerontopsychiatrická akutní lůžka byla zrušena již v roce 2019*.

Následná lůžková péče

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE

Psychiatrická nemocnice Bohnice sídlí v rozsáhlém areálu stranou od hlavního centra, dostupná veřejnou i automobilovou dopravou. Jedná se o největší psychiatrické zařízení v České republice. Nemocnice poskytuje lůžkovou a ambulantní péči se spádovou oblastí v akutní péči pro MČ P4, P5, P7, P8, P9, P10, Praha-Východ a Praha-Západ, v gerontopsychiatrii pro MČ P4, P5, P7, P8, P9, Praha-Východ a Praha-Západ, v následné péči pro celou Prahu, Praha-Východ a Praha-Západ.

***Tabulka č. 7**: Počty hospitalizovaných pacientů v PNB dle místa trvalého bydliště ke dni 30.9.2018 a 31.7.2019:*

	Hlavní město Praha	Středočeský kraj	Ostatní kraje / lidé bez domova / cizinci	Celkem	Počet lůžek
30.9.2018	739	193	155	1087	1181
31.7.2019	749	183	131	1056	1180

Nemocnice je dělena na 30 lůžkových oddělení. Na odděleních jsou pacienti na pokojích převážně po 4, některé pokoje jsou i s větším počtem lůžek. Kapacita lůžek je 1181 psychiatrických, 63 lůžek pro dlouhodobě nemocné (LDN) a 48 lůžek zdravotně sociálních. Z celkového počtu 1181 psychiatrických lůžek je 183 akutních a 998 následné péče. Z toho 89 lůžek je vyčleněno pro ochrannou léčbu (20 sexuologických a 69 pro všeobecnou psychiatrii). K 30.11.2020 je to: *Kapacita lůžek je 1135 psychiatrických, 63 lůžek pro dlouhodobě nemocné (LDN) a 15 lůžek zdravotně sociálních. Z celkového počtu 1135 psychiatrických lůžek je 195 akutních a 940 následné péče. Ochranná léčba zůstává nezměněna.* Nemocnice zaměstnává 119,26 úvazků lékařů a 405,51 úvazků zdravotních sester (z Transformačního plánu z 30.11.2019).

Nemocnice poskytuje léčbu v odbornostech všeobecná psychiatrie, gerontopsychiatrie, návykové nemoci, dětská a dorostová psychiatrie, sexuologie. Dále disponuje také lůžky

forenzní psychiatrie. Nemocnice dále provozuje Centrum krizové intervence a Centrum psychosomatické rehabilitace a fyzioterapie a nabízí rehabilitační aktivity fyzioterapii, ergoterapii, kinezioterapii, hipoterapii a logopedii. Pro rodinné příslušníky nabízí nemocnice pravidelná setkání na rodičovské skupině. Další nabídkou nemocnice je spirituální péče. Pacienti mohou navštěvovat bohoslužby v kostele, který je součástí areálu nemocnice nebo si vyžádat služby jednoho z duchovních Týmu spirituální péče přímo na oddělení.

Nemocnice se snaží areál otevřít veřejnosti, pořádají se zde například tradiční hudební festivaly, v místním divadle divadelní představení a přednášky, v areálu je provozována kavárna pro veřejnost, kterou provozuje Green Doors, poskytovatel komunitních služeb pro lidi s duševním onemocněním.

Psychiatrická nemocnice Bohnice dlouhodobě spolupracuje s komunitními službami. Spolupráce probíhá buď přímo na odděleních, pokud je pacient v péči komunitní služby nebo jsou pacienti oslovováni personálem oddělení za účelem navázání pacienta na potřebné komunitní služby. Do doby nastavení systémové spolupráce – viz kapitola 7.8 Spolupráce psychiatrických nemocnic a komunitních služeb bylo v navazování potřebné komunitní péče důležité **Centrum psychosociálních služeb**, které je součástí nemocnice (pavilon 4). Pracovníci centra na jedné straně aktivně spolupracovali s jednotlivými odděleními nemocnice pro vyhledávání zájemců z řad pacientů a na druhé straně měli přehled o extramurálních službách, s kterými aktivně spolupracovali. Nyní se Centrum takto snaží navazovat mimopražské pacienty na mimopražské komunitní služby. Zároveň připravuje pacienty zejména v oblasti bydlení a pro budoucí pracovní uplatnění a to formou poraden a tréninkových pracovních programů v čajovně a ve spolupráci s Green Doors v Kavárně 5. kolona. Na pavilonu 30 má PNB také vyčleněny tréninkové byty. Důležitou aktivitou pro resocializaci je také zapojování peer pracovníků přímo v nemocnici. Peeři provozují Klub a jsou zapojeni i na jednotlivých odděleních. Spolupracují také se spolkem Dobré místo, uživatelskou organizací působící přímo v PNB.

Významnou součástí spolupráce s komunitními službami jsou společně provozovaná Centra duševního zdraví (CDZ). V roce 2015 se otevřelo jako úplně první CDZ v ČR ve spolupráci s Fokusem Praha se spádovou oblastí Praha 8. Další CDZ 9 opět ve spolupráci s Fokusem Praha je v provozu od 1. 7. 2018. O dalším CDZ ve spolupráci s Fokusem Praha se uvažuje pro oblast Praha-východ *(V pilotním provozu od 1.10.2020).*

Struktura pacientů v PNB – z diagnostických skupin jsou v PN Bohnice nejvíce zastoupeny diagnózy ze schizofrenního okruhu a organické poruchy, další nejpočetnější skupinou jsou diagnózy v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek (45 akutních lůžek a 111 lůžek následné péče dle dat k 30.11.2019, *k 30.11.2020 pak 29 akutních lůžek a 124 následných*). Nemocnice kontinuálně zajišťuje přechod z akutního oddělení na lůžka následné péče v rámci

nemocnice. Tento režim přináší pro pacienty určitý diskomfort, kdy jsou překládáni z akutního maximálně dvoulůžkového pokoje na pokoj s více lůžky. Specifickou skupinou jsou gerontopsychiatričtí pacienti, kteří v nemocnici zůstávají dlouhodobě a jsou překládáni na LDN (63 lůžek) nebo na zdravotně sociální lůžka v rámci nemocnice. Gerontopsychiatrických lůžek následné péče je 228 k 30.11.2019 i *k 30.11.2020*. Součástí nemocnice je také interní oddělení, pro potřebnou léčbu somatických obtíží hospitalizovaných pacientů.
Čtvrtina pacientů přijatých k hospitalizaci není ze spádové oblasti a většina z nich jsou během prvního týdne po přijetí převezeni do psychiatrické nemocnice v místě jejich bydliště. Ze statistických údajů PN Bohnice za roky 2012 až 2017 vyplývá, že z celkového počtu hospitalizovaných **je 29% pacientů s diagnózou F2 a 6% s diagnózou F3**. V PN Bohnice nad 5 let bylo hospitalizováno celkem 66 pacientů. Z toho F2, F3 (bez F32 a F33) a F42 je 37 pacientů (údaje k 31. 1. 2018). Průměrná délka hospitalizace (bez pacientů s ochrannou léčbou): v roce 2018 to bylo 328, v roce 2019 to bylo 280 dní a v roce 2020 bylo 312 dní. Nicméně několik velmi dlouhodobých hospitalizací toto zkresluje, medián délky hospitalizace byl v roce 2018 – 42 dní, v roce 2019 – 46 dní a v roce 2020 – 53. Data roku 2020 jsou ovlivněna epidemickou situací okolo Covid 19 – SARS.

***Tabulka č. 8**: Počty hospitalizovaných pacientů v PNB dle diagnostické struktury a doby hospitalizace k 31.3.2020*

Diagnostická struktura	Doba hospitalizace			
	krátkodobě	střednědobě	dlouhodobě	celkem
SMI - schizofrenie, afektivní porucha, OCD (F2, F30-F39 (bez F32-F33), F42)	147	59	124	**330**
Mentální retardace F7	6	2	21	**29**
Gerontopsychiatrie F0, G30	127	45	76	**248**
Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (F 10,F 11. - 19. X)	193	19	10	**222**
Úzkostné a depresivní poruchy (F 32-F33,F 4 (bez F 42))	84	9	5	**98**
Poruchy osobnosti, nutkavé a impulzivní poruchy (F 60 – F 61, F 62-69)	28	5	30	**63**
Poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí (F 50 - 59, F 80 - 98)	17	0	1	**18**
CELKEM	**602**	**139**	**267**	**1008**

***Tabulka č. 9**: Přehled pacientů PNB podle bydliště v Praze a doby hospitalizace na základě cenzu z 31.3.2020.*

	doba hospitalizace v PNB									
Bydliště podle SO Prahy	**do 7 dní**	**8 - 14 dní**	**15 - 30 dní**	**31 - 91 dní**	**92 - 182 dní**	**183 - 365 dní**	**366 - 730 dní**	**2 - 5 let**	**nad 5 let**	**Celkem počet pacientů**
Praha 1	2	1		4	3	1			1	**12**
Praha 2	1		2	3		5	2		1	**14**
Praha 3	5		7	6	6	4	1	2	3	**34**
Praha 4	7	6	5	24	20	8	8	7	13	**98**
Praha 5	8	3	3	12	10	11	1	4	3	**55**
Praha 6	4	8	9	15	7	10	3	3	5	**64**
Praha 7	3	3	4	7	8	2	2	1	3	**33**
Praha 8	8	5	16	28	18	8	8	6	2	**99**
Praha 9	4	3	4	11	5	3	3	4	5	**42**
Praha 10	2	6	9	14	11	6	5	5	2	**60**
Praha 11	3	3	6	17	5	2	3	1	5	**45**
Praha 12	3	3	3	7	2	4		1	2	**25**
Praha 13	3	2	9	7	2	1		2		**26**
Praha 14	1	1	1	6	1	2	3	1	1	**17**
Praha 15		1	1	2	3	3				**10**
Praha 16	2	1	2	2	1		1	1	2	**12**
Praha 17	2		4	8		1				**15**
Praha 18	2		1	4	1	3			1	**12**
Praha 19	1			1						**2**
Praha 20	1		1	1	1	1				**5**
Praha 21			1	1		1		1		**4**
Praha 22		1	1		2	2				**6**
Celkem	**62**	**47**	**89**	**180**	**106**	**78**	**40**	**39**	**49**	**690**
mimopražští	*26*	*30*	*52*	*111*	*33*	*19*	*11*	*11*	*21*	*314*
z toho cizinci	*3*	*2*	*2*	*3*	*4*	*0*	*0*	*0*	*0*	*14*

Komentář:

1) Důvodem většího počtu mimopražských pacientů s pobytem 15 dní až 3 měsíců jsou zejména detoxikační a terapeutické pobyty pacientů se závislostí.
2) Akutní péči pro občany Prahy 1,2, 3 a 10 poskytuje Psychiatrická klinika VFN, pro občany Prahy 6 ÚVN Střešovice.

6. SOCIÁLNÍ SLUŽBY / SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

V krajské síti je uvedeno téměř 500 sociálních služeb pro různé cílové skupiny a různých druhů. Pro osoby s SMI jsou v síti zejména služby sociální rehabilitace, dále chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem, několik služeb sociálně aktivizačních služeb pro OZP, krizová pomoc, ojediněle odborné sociální poradenství.
Pro osoby žijící s demencí jsou poskytovány zejména pobytové služby domovů se zvláštním režimem, částečně domovy pro seniory a odlehčovací služby, příp. sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Z terénních služeb pak pečovatelská služba, příp. osobní asistence. Rozvinutá je i tísňová péče. Denní a týdenní stacionáře nejsou specializované pro lidi s demencí, často jim chybí personální kapacita pro potenciálního klienta z této cílové skupiny.
Pro děti s potřebou podpory v oblasti duševního zdraví je kromě krizových (včetně telefonických) služeb poměrně málo specializovaných služeb. Přestože se další služby určené pro děti (např. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež) potkávají s dětmi s těmito potížemi. Z ambulantních služeb s těmito dětmi pracují sociálně aktivizační centra, příp. poradny. Terénní sociální rehabilitace je spíše výjimkou.

Jako klíčový prvek v systému sociálně zdravotních služeb v oblasti duševního zdraví jsou komunitní služby. Můžeme je definovat jako služby působící v komunitě, v běžných podmínkách a nabízející klientům možnost bydlet, pracovat, žít a navazovat sociální vazby v běžném prostředí. Může to být pobytová, ambulantní i terénní služba. Svým uzpůsobením i působením nevytváří institucionální charakter péče. Není definovaná sama o sobě v legislativě, mezi komunitní služby patří celá řada zákonem definovaných druhů služeb, důležitá je výše uvedená charakteristika.

Pro osoby závislé na návykových látkách jsou určeny terapeutické komunity, kontaktní centra, terénní programy. V krajské síti je několik služeb následné péče a poraden.

Mezi poskytovatele služeb v oblasti duševního zdraví patří organizace zřizované státem, krajem, obcemi, ale i nestátní neziskové a privátní subjekty.

Konkrétní popis situace pro jednotlivé cílové skupiny budou uvedeny následně.

7. PÉČE O LIDI SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM (SMI)

Péče o lidi s duševním onemocněním dlouho trpěla nevyvážeností péče. Většina péče se odehrávala v institucionální péči v psychiatrických nemocnicích. Ambulantní psychiatrická péče zajišťovala především medikamentozní léčbu. Vzhledem k absenci celkové psychosociální podpoře docházelo k častým rehospitalizacím a dlouhodobých hospitalizacím v PN. Ty často končily pouze přesunutím pacienta do domovů se zvláštním režimem – což v Praze znamenalo odsunem do 50 – 100 km vzdáleného zařízení. Po roce 1990 začaly vznikat první komunitní služby (Fokus Praha), nabízející širokou škálu služeb, nicméně v omezené kapacitě. Dnes na území hl. m. Prahy působí hned několik poskytovatelů komunitních - (zdravotně) sociálních služeb s primární cílovou skupinou SMI. Konkrétně se jedná o neziskové organizace: **Baobab, z.s., Bona, o.p.s**., **Eset-Help, z.s., Fokus Praha, z.ú., Green Doors, z.ú. a VIDA z.s**. Poskytovatelé nabízí služby v oblasti bydlení, zaměstnávání, poradenství, terénní služby – case management, volnočasové aktivity a svépomocné aktivity.

Další poskytovatelé sociálních služeb s primární skupinou SMI mají specifické zaměření: **Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z.ú**. poskytuje služby jen vybrané diagnostické skupině (F6 – poruchy osobnosti); v **České společnosti pro duševní zdraví** služby poskytují lidé, kteří sami mají osobní zkušenost s duševním onemocněním; **Diakonie ČCE – Středisko křesťanské pomoci v Praze**, spolupracují v programu Dobroduš s lidmi s duševním onemocněním formou spolupráce s dobrovolníky.

Někteří další poskytovatelé spolupracují vedle jiných diagnostických skupin i s cílovou skupinou SMI, ale z hlediska kapacit se jedná o celkové počty v jednotkách. Zejména se jedná o poskytovatele v oblasti zaměstnávání **Via Roseta o.p.s**. a **Centrum MARTIN, o.p.s.**

Domovy se zvláštním režimem pro osoby s chronickým psychiatrickým onemocněním zřizovanými HMP jsou situovány mimo Prahu: **DZR Krásná Lípa, DZR Svojšice a DZR Terezín**.

V rámci Reformy péče o duševní zdraví jsou novým prvkem v systému péče o lidi s duševním onemocněním Centra duševního zdraví (CDZ). Služby **Centra duševního zdraví jsou službami zdravotními a sociálními, které jsou poskytovány jedním společným týmem.** Jedno Centrum duševního zdraví by mělo vznikat pro spádové území s 60 – 140 tis. obyvatel. Centra duševního zdraví vedle hlavní činnosti poskytování péče lidem s duševním onemocněním ve spádové oblasti mají i klíčovou roli pro síťování dalších potřebných služeb, a to nejen specializovaných, ale také služeb, které jsou určeny pro běžnou populaci (v oblasti zaměstnávání, vzdělávání, bydlení či volnočasových aktivit). Centra duševního zdraví jsou nápomocni **pro reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity,** služba pomáhá jako **prevence hospitalizací** či jejich zkracování**,** její důležitá úloha je také pro **včasný záchyt rozvoje vážného**

onemocnění. Týmy CDZ pracují formou případového vedení a poskytují flexibilní, individualizované služby cílové skupině klientů ze spádové oblasti bez čekací doby.[13]

V posledních letech na území hl. m. Prahy vzniklo 5 Center duševního zdraví: CDZ pro Prahu 8 (ve spolupráci Fokus Praha a PN Bohnice), CDZ pro Prahu 9 a 18 (Fokus Praha a PN Bohnice), CDZ Eset (Eset-Help a Eset klinika), CDZ pro Prahu 6 (Fokus Praha a ÚVN Střešovice) a CDZ Podskalí (Fokus Praha).

Kromě CDZ, které by měly plnit funkci prevence hospitalizace a funkci koordinační, je nezbytné budovat služby, zaměřené na další životní domény – na bydlení, práci a zaměstnávání, na aktivizaci a zapojování do komunitního života a podporu běžných životních a sociálních vazeb.

Přehled sociálních služeb a kapacit pro osoby s chronickým duševním onemocněním – SMI, aktualizovaný k 31.12.2020:

- ✓ 5 Center duševního zdraví (sociální část - služby sociální rehabilitace)
- ✓ 9 Týmů duševního zdraví (terénní sociální komunitní týmy) 1 komunitní tým – case management – služby sociální rehabilitace
- ✓ 134 lůžek chráněného bydlení
- ✓ 2 týmy poskytující podporu při bydlení a zabydlování – sociální rehabilitace terénní služba
- ✓ 3 týmy poskytující službu podporované zaměstnávání, včetně modelu IPS (individual placement support)
- ✓ 2 tréninkové kavárny – s podporou formou sociální rehabilitace
- ✓ 1 tréninková restaurace – s podporou formou sociální rehabilitace
- ✓ 2 chráněné dílny
- ✓ 120 stálých pracovních míst
- ✓ 2 centra – příprava na práci a volnočasové aktivity
- ✓ 1 specializovaný program pro studenty (podpora ve studiu)
- ✓ 2 nízkoprahové kluby – formou sociálně aktivizačních služeb pro OZP
- ✓ 2 krizové služby
- ✓ 3 zařízení zaměřená na odborné sociální poradenství
- ✓ 1 dobrovolnický program (volnočasové aktivity v přirozeném prostředí klienta)
- ✓ 1 terapeutická komunita určená pro lidi s poruchou osobnosti situovaná mimo Prahu
- ✓ 3 Domovy se zvláštním režimem situovaných mimo Prahu s celkovou kapacitou 505 lůžek.

[13] Zdroj: Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017.

7.1. Centra duševního zdraví / terénní týmy duševního zdraví

Centra duševního zdraví jsou základním prvkem uceleného systému podpory a péče o lidi s duševním onemocněním. Roli CDZ do určité míry suplují tzv. terénní týmy duševního zdraví, resp. komunitní terénní sociální týmy. Ty však zatím nesplňují základní princip multidisciplinarity a v tomto ohledu musí být navázané na jiné pracoviště zdravotní péče. Tyto TDZ tendují ke vzniku CDZ. Ale pro systémovou spolupráci s PNB při propouštění pacienta zejména dlouhodobě hospitalizovaného s SMI jsou tyto CDZ i TDZ uzlovými týmy, které mohou v dané oblasti koordinovat podporu.

Parametry CDZ a TDZ (dle Základních principů CDZ a již sjednaných dohod mezi CDZ a TDZ v Praze)[14]:

- **Regionální vymezení** - cca 100.000 obyvatel (může se pohybovat od 60 – 140 tis.) V rámci Prahy je to obvykle podle správních oblastí Prahy.
- **Odpovědnost za spád**, resp. klienty z cílové skupiny ze spádové oblasti
- **Multidisciplinarita** – na činnosti týmy se podílejí pracovníci různých profesí (soc. pracovníci, pracovní asistent, psychiatr, psycholog, zdr. Sestry, adiktolog, peer)
- **Case management** / případové vedení – každý klient má svého klíčového pracovníka, který koordinuje jeho podporu, buduje vztah s klientem, navazuje ho na další zdroje. Zároveň informuje tým - jeden pracovník vede případ, zároveň jsou všichni zapojeni (individuální odpovědnost v rámci týmové práce). Case management znamená v praxi i koordinaci podpory s dalšími službami (meziagenturní a meziresortní sdílená péče).
- **Spolupráce s dalšími zdroji komunity**, s dalšími službami – tým často neposkytuje komplexní péči klientům, snaží se část přenášet na běžné zdroje (rodinu, blízké, apod.) a na další sociální a zdravotní služby. Ponechává si ale koordinaci péče. Tedy i v případě složitého zdravotního stavu je terénní tým – spolu s personálem PN odpovědný za mapování stavu jeho potřeb a za vyhledání odpovídající podpory mimo PN.
- **Asertivita** - Tým podporuje nejen klienty/pacienty (dané cílové skupiny), kteří se sami k službě dostaví či se o pomoc přihlásí, ale i ty, kteří službu nevyhledávají či ji v určité fázi (kvůli vlivu nemoci na jejich schopnost jednání a rozhodování) i odmítají, ale bez podpory (služby) se jejich situace stále zhoršuje a oni se propadávají do sociální exkluze.
- **Individuální plánování a podpora autonomie klienta** - Každý klient/pacient má svou specifickou cestu k zotavení. Proto je práce s každým klientem/pacientem jedinečná a není možno uplatňovat stereotypní přístupy. Proto je s každým klientem/pacientem vypracováván jeho individuální plán spolupráce s týmem.
- **Mobilita** - terénní práce je prioritní volbou. Case manager má více než 50% intervencí v terénu.
- **Intenzita péče dle individuální potřeby**; max 2-3 kontakty denně

[14] Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz), Metodický materiál, MZ ČR, 2017

- **Krátká doba reakce na potřebu** (směřujeme k 24/48 hod včetně zahájení péče/spolupráce)

Základní filosofií je holistický bio-psycho-sociální model. Musí být orientována na **celostní podporu klienta/pacienta v jeho cestě k zotavení**. Zotavením (recovery) není myšlena jen absence symptomů nemoci, ale udržení či znovunaplnění rodinných, sociálních, společenských i pracovních rolí klienta/pacienta.
Recovery přístup bere vážně ztrátu smyslu a trauma z následků onemocnění. Cílem péče nemá být pouze odstranit symptomy onemocnění, ale soustředit se i na obnovení běžných sociálních rolí a prožívání smysluplného života. Je to především dopad onemocnění v podobě stigmatizace, který negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného, jeho sebevědomí, postoje, víru ve smysluplnou budoucnost, vztahy i fungování v běžných rolích (partnera, rodiče, zaměstnance, souseda atd.). Všechny tyto okolnosti zároveň výrazně zvyšují stresovou zátěž a tím i riziko relapsu onemocnění. Zotavení zabraňuje vzniku bludného kruhu, který prognózu onemocnění a kvalitu života dále zhoršuje.

Hlavní principy přístupu zotavení:

- Práce s nadějí. Důležitá je otevřenost ke všem možnostem budoucí životní dráhy klienta/pacienta. Ne apriorní uzavírání některých možností proto, že klient/pacient prochází či procházel zkušeností s duševním onemocněním. Posilování naděje jako silného motivačního faktoru je klíčovým prvkem.
- Rozvoj silných stránek. Pozornost je věnována rozvoji potenciálu klienta/pacienta nikoliv zaměření na limity omezení.
- Celostní/holistický/ přístup. Podpora klienta/pacienta je zaměřena na všechny oblasti života, na posilování klienta/pacienta ve zvládnutí jeho životních rolí (bydlení, práce, volný čas, společenský, partnerský - rodinný život, osobnostní a profesionální růst atd.), tedy nejen na zdravotní oblast (duševní nemoc a kontrola symptomů). „Jde o znovunastolení pozitivní identity - nalezení nové identity, která zahrnuje nemoc, ale ponechává základní, pozitivní smysl sebe sama. Vybudování smysluplného života - najít v nemoci smysl, najít navzdory nemoci smysl života, zapojit se do života“ (Andersen, Pares & Caputi, 2003)
- Zplnomocňování. Klíčová je podpora klienta/pacienta tak, aby sám byl schopen rozhodovat a řídit svůj život. Asertivní přístup, proaktivní intervence (intervence, které nemusí být primárně vyžádány samotným klientem/pacientem) jsou realizovány jen v situacích, kdy klient/pacient (kvůli své nemoci) není schopen plného kontaktu s realitou a přebírání plné zodpovědnosti za své rozhodování a jednání. Tyto intervence jsou však realizovány po co nejkratší dobu a způsobem, který umožňuje klientovi/pacientovi přebírat co nejrychleji a co nejvíce plnou zodpovědnost. Pracovníci podporují klienta/pacienta v jeho rozhodování. Hlavním vodítkem v práci s

klientem/pacientem je to, co klient/pacient sám pokládá za podstatné ve své cestě k zotavení.

- Respekt. Práce s klientem/pacientem je založena na partnerském vztahu (dospělý - dospělý) a všechna jeho práva (například jak jsou definována v Úmluvě o právech lidí se zdravotním postižením, OSN 2006, 2008) jsou plně respektována, podporována a naplňována.
- Individualizovaný přístup. Každý klient/pacient má svou specifickou cestu k zotavení. Proto je práce s každým klientem/pacientem jedinečná a není možno uplatňovat stereotypní přístupy. Proto je s každým klientem/pacientem vypracováván jeho individuální plán spolupráce s týmem.

V Praze působí 5 Center duševního zdraví (k 31.12.2020), které poskytují služby především terénní formou v domácím prostředí klienta. Týmy jsou složeny multidisciplinárně, podporu poskytují ve všech oblastech života, situaci klienta řeší komplexně. Centra zajišťují výjezdy psychiatra do terénu a pracují i s nemotivovanými klienty. Personálně jsou týmy obsazeny psychiatrem, psychologem, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky (case managery), peer pracovníky (pracovník s vlastní zkušeností s nemocí). Součástí některých týmů je také pracovní konzultant a adiktolog. Některá centra nabízí klientům zázemí pro neformální a neorganizované setkávání. Klienti zde mohou využít PC nebo televizi, za poplatek si uvařit kávu, čaj apod. nebo si případně uvařit jídlo. Centra dále nabízí různé programy a aktivity, např. psychoterapeutickou skupinu, tematické vycházky, vaření, rady nutričního poradce, trénink kognitivních funkcí, sportovní aktivity.
CDZ v Praze nevznikla na „zelené louce“, navazují na téměř třicetiletou zkušenost komunitních služeb Fokusu Praha, na používání metody case managementu a podporování klientů žít v běžném prostředí. Obdobně již v devadesátých letech Fokus Praha realizoval propojený sociálně zdravotní tým pro lidi s SMI. Zároveň Fokus Praha úzce spolupracoval s dalšími komunitními službami (Bonou o.p.s. Green Doors, Eset help, Baobabem a Vidou), poskytuje akreditované vzdělávání pro sociální služby i zdravotníky a realizoval řadu projektů podporujících moderní trendy péče.

CDZ 8 – Tým pro SO Prahy 8 (spád cca 115 tis.) vznikl spojením terénního týmu sociálního Fokusu Praha a terénního týmu zdravotního Psychiatrické nemocnice Bohnice. Společný tým funguje již od roku 2016. Kapacita je 200 klientů. Výše úvazků při plném personálním obsazení je 11 úvazků za zdravotní část a 7 úvazků za sociální část. Centrum má nepřetržitou provozní dobu. Klienti při zhoršení zdravotního stavu mohou využít krizová lůžka, která jsou součástí centra a tak předejít hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Průměrná doba pobytu na krizovém lůžku je 7 dní.

CDZ 9 – Tým pro SO Prahy 9 a Prahy 18 (spád cca 93 tis.) je v provozu od 1. 7. 2018 v rámci pilotního projektu MZ ČR. Centrum vzniklo taktéž ve spojení zdravotních pracovníků PN Bohnice a sociálních pracovníků Fokusu Praha. *Od roku 2020 funguje již v běžném režimu (zdravotní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami, sociální část prostřednictvím dotací na sociální služby. Tým se postupně doplňuje na plnou personální kapacitu dle stanoveného Standardu CDZ.*

CDZ Eset – v provozu od 1. 7. 2018 v rámci pilotního projektu MZ ČR, zařízení bylo vytvořeno spojením subjektů Eset-Help a Eset Klinika. Spádovým územím jsou části Prahy 10, 11 a 15 (cca 110 tis.). Součástí týmu jsou pracovníci z původního Komunitního terénního týmu, který již nějakou dobu pracoval multidisciplinárně. Sociální pracovníky tak doplňoval personál (psychiatr, psychiatrická sestra) z Kliniky Eset. *Od roku 2020 funguje již v běžném režimu (zdravotní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami, sociální část prostřednictvím dotací na sociální služby. Tým se postupně doplňuje na plnou personální kapacitu dle stanoveného Standardu CDZ.*

CDZ 6 - Tým pro SO Prahy 6 - v provozu od 1. 3. 2019 v rámci pilotního projektu MZ ČR, zařízení bylo vytvořeno propojením Fokusu Praha (sociální část) a Psychiatrického odd. ÚVN Střešovice. (v rámci projektu byl spád cca 100 tis.). *Od října 2020 funguje již v běžném režimu (zdravotní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami, sociální část prostřednictvím dotací na sociální služby. Tým se postupně doplňuje na plnou personální kapacitu dle stanoveného Standardu CDZ. Celkový spád týmy je celý SO Praha 6 tedy cca 120 tisíc obyvatel).*

CDZ Podskalí – Multidisciplinární tým Centra Podskalí funguje již od roku 2016 (v rámci projektu norských fondů), *od 2020 realizuje pilotní projekt MZ*. CDZ Podskalí provozuje Fokus Praha ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou VFN Praha. Za účelem realizace pilotního projektu byla zúžena spádová oblast na SO Praha 1, SO Praha 2 a část Prahy 10 (Vršovice) s celkovým počtem obyvatel cca 113 tis. Tým intenzivně spolupracuje s lokálními zdroji, nejvíce se daří spolupráce s městskou částí pro Prahu 10. Tým také poskytuje krizovou pomoc.

Týmy duševního zdraví – tedy sociální terénní komunitní týmy, které mají vymezenou spádovou oblast (cca 100.000 obyvatel) a zabezpečují koordinaci péče jako CDZ. Zároveň plánují se v blízké době stát CDZ. Od roku 2018, kdy byly pouze 2 takové týmy provozované Fokusem Praha, vzniklo v posledních 2 letech dalších 7 týmů. Aktuálně k 1.1.2021 pokrývají celou Prahu, nicméně personální kapacity jednotlivých týmu nejsou zatím dostatečné (obvykle 4 – 6 úvazků).

- **Komunitní tým Fokus Praha, Praha 3**
  Tým provozuje Fokus Praha od roku 2016, v roce 2020 se oddělila část týmu pouze pro SO Prahy 3.

- **Komunitní tým Bona o. p. s., Praha 4**
  Tým provozuje Bona o. p. s. vznikl v roce 2019.
  Spádový region služby: SO Prahy 4.

- **Komunitní tým Fokus Praha, Praha 5**
  Tým provozuje Fokus Praha od roku 2016, v roce 2020 se oddělila část týmu pouze pro SO Prahy 5.

- **Komunitní tým Fokus Praha, Praha 7**
  Tým provozuje Fokus Praha od roku 2016, v roce 2020 se oddělila část týmu pouze pro SO Prahy 7.

- **Komunitní tým Fokus Praha, Praha 11 a 4**
  Tým provozuje Fokus Praha od roku 2020.
  Spádový region služby: SO Praha 11 a Kunratice.

- **Komunitní tým Bona o. p. s., Praha 12 a 16**
  Tým provozuje Bona o. p. s. od roku 2020
  Spádový region služby: SO Praha 12 a SO Praha 16.

- **Komunitní tým Fokus Praha, Praha 13 a 17**
  Tým provozuje Fokus Praha od roku 2019 oddělením od týmu pro Prahu 6.
  Spádový region služby: SO Praha 13 a SO Praha 17

- **Komunitní tým Bona o. p. s., Praha 14, 19 a 20**
  Tým provozuje Bona o. p. s. od roku 2020
  Spádový region služby: SO Praha 14, 19 a 20

- **Komunitní terénní tým Uhříněves, ESET HELP, z. s., Praha 15, 21 a 22**
  Tým provozuje ESET HELP, z. s.
  Spádový region služby: SO Praha 21 a SO Praha 22 a část SO Praha 15 (Petrovice, Dolní Měcholupy, Štěrboholy, Dubeč)

  Přesné vymezení spádových oblastí těchto terénních týmů ukazuje Mapka č. 2.

spádová oblast / správní obvod HMP	zařízení	počet obyvatel spádové oblasti	adresa týmu
Praha 1 Praha 2 Praha 10 - Vršovice, Vinohrady	CDZ Podskalí Fokus Praha spolupracuje s Psych.klinikou VFN	113 tisíc	Vnislavova 48/4, 128 00 Praha 2
Praha 3	Komunitní tým pro Prahu 3 Fokus Praha	76 tisíc	Sabinova 287/3, 130 00 Praha 3
Praha 4	Terénní tým Bona o.p.s. spolupracuje s Baobab	130 tisíc	Pod vilami 747/10, 140 00 Praha 4 - Nusle
Praha 5	Komunitní tým pro Prahu 5 Fokus Praha	91 tisíc	Na Plzeňce 2/1235, 150 00 Praha 5
Praha 6	CDZ 6 ÚVN Střešovice / Fokus Praha	120 tisíc	Nad Alejí 1881/29, 162 00 Praha 6
Praha 7	Komunitní tým pro Prahu 7 Fokus Praha	46 tisíc	Dukelských hrdinů 1, 170 00 Praha 7
Praha 8	CDZ 8 PN Bohnice / Fokus Praha spolupracuje s Bona ops.	116 tisíc	Dolákova 24, Praha 8
Praha 9 Praha 18	CDZ 9 PN Bohnice / Fokus Praha spolupracuje s Bona ops.	93 tisíc	Poliklinika Prosek, Lovosická 440/40, 190 00 Praha 9
Praha 10 - Strašnice, Malešice, Záběhlice Praha 11- Háje Praha 15 – Hostivař	CDZ Eset Klinika Eset / Eset Help	110 tisíc	Úvalská 47, 100 00 Strašnice, Praha 10
Praha 11 - Chodov, Šeberov, Újezd u Průhonic, Křeslice Praha 4 - Kunratice	Komunitní tým pro Prahu 11 a 4 Fokus Praha	95 tisíc	Hněvkovská 1269/42, 148 00 Praha 11 - Chodov
Praha 12 Praha 16	Terénní tým Bona o.p.s.	93 tisíc	Zbraslavská 37/1, Praha Malá Chuchle
Praha 13 Praha 17	Komunitní tým pro Prahu 13 a 17 Fokus Praha	100 tisíc	Volutova 2521/18, 158 00 Praha 13
Praha 14 Praha 19 Praha 20	Terénní tým Bona o.p.s.	80 tisíc	Klánovická 487/2a, 198 00 Praha 14 - Hloubětín
Praha 15 - Dol. a Hor. Měcholupy, Petrovice, Dubeč, Štěrboholy Praha 21 Praha 22	Terénní tým Eset help	66 tisíc	náměstí Smiřických 290/10, 104 00, Praha 10 - Uhříněves

vysvětlivka:

CDZ, tzn. Multidisciplinátní terénní tým se zastoupením sociálních pracovníků i psychiatra, psychologa a zdravotních sester a peerů.	TDZ - terénní tým duševního zdraví sociálního charakteru se zastoupením sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách a peerů.

Mapka č.2: *CDZ a TDZ včetně zakreslení jejich spádové oblasti (k 1.1.2021)*

7.2. Pomoc v krizi

Pojem krize a krizové služby v oblasti duševního zdraví je užíván pro širokou škálu stavů lišících se navzájem příčinou a intenzitou. Proto prvním úskalím, na které můžeme narazit, když o tomto tématu hovoříme, je to, o jaké stavy či situace máme na mysli. Na jednom konci spektra se pojem krize (psycho - sociální krize) užívá pro situace, kdy jedinec netrpí závažnějším duševním onemocněním, ale prožívá ve svém životě (díky vnější i vnitřním okolnostem) nepříjemné psychické- emoční rozpoložení, které přesahují jeho možnosti (a možnosti jeho okolí) zvládat tuto zátěž pro něj běžnými prostředky. Na druhém konci spektra je pojem užíván pro stavy, kdy osoba trpící duševním onemocněním zažívá jeho zhoršení nebo obecně zhoršení sociálních problémů, či celkové životní situace. Zhoršení je tak závažné, že dosahuje prahu vyžadující intenzivní (nemocniční) péči. Nebo se zdá, že velmi brzo tohoto prahu dosáhne, pokud nebudou podniknuta potřebná a uspokojivá preventivní opatření (S.Johnson, J.Totman, Lorna Hobbs). V ČR není koncept krizové pomoci dostatečně prodiskutován a není tedy dán výhled systému krizové pomoci.

I když v Praze působí několik subjektů, zdravotních i sociálních služeb, poskytujících krizovou intervenci, je poskytování krizové intervence v Praze fragmentované a nekooperující. Každá služba má poměrně úzce vymezenou cílovou skupinu (většinou diagnosticky). Existující kapacity akutních lůžek jsou často využívány neefektivně. Velmi často pak osoby v krizové akutní situaci zůstávají bez pomoci (velká zátěž je pak na rodinách) do té doby, kdy se situace dramatizuje a osoba je přijata do lůžkové péče. Národní akční plán pro duševní zdraví předpokládá posilování systému krizové pomoci, obdobně Národní akční plán prevence sebevražd.
Podle zahraničních studií se při vytváření systému krizové péče nezřídka stává, že síť služeb je zaměřena jen na jednu skupinu a skupina druhá zůstane neošetřena. Podobně u nás neexistuje jeden vstup. Kdo potřebuje krizovou pomoc, musí hledat. Není nastaven v zahraničí funkční systém triage (z ang. třídění/stanovení priorit), který je procesem počátečního posouzení, k němuž dochází ve vstupním místě určitého zařízení/služby v rámci péče o duševní zdraví. Jedná se o stručné posouzení hlavního problému, souvisejících rizik, nejvhodnější následné reakce daného zařízení/služby, atd.[15], ani propojení a koordinace systému.

Nicméně i v Praze působí několik zařízení poskytující krizovou intervenci.
Krizové centrum Psychiatrické nemocnice Bohnice
Služba poskytuje krizové intervence v rámci pobytu v 8 lůžkovém CKI a v rámci DS, příp. PA přímo v areálu psychiatrické nemocnice. Zároveň poskytují telefonickou krizovou pomoc, příp. e-mailem. Přicházejí často pacienti s psychiatrickou anamnézou na doporučení PA, pacienti s častými hospitalizacemi v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Jako „prvokontaky“ přicházejí lidé, u nichž se postupně zvyšuje životní traumatizace „až pohár přeteče.

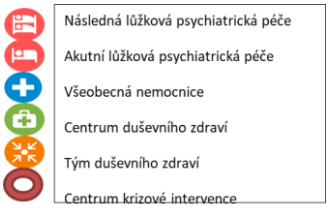
[15] Navigating a Mental Health Crises – A NAMI resources guide for those experiencing a mental heatlh emergency, the National Alliance on Mental Illness, Arlington, 2018

Krizové centrum RIAPS

Krizové centrum RIAPS Centra sociálních služeb Praha je zdravotnické zařízení poskytující péči plnoletým lidem, u nichž je v důsledku náročné životní situace ohroženo jejich duševní zdraví.. Používané metody jsou především krizová intervence, individuální a skupinová psychoterapie, relaxační techniky a jiná práce s tělem, farmakoterapie Celkově ročně navštíví cca 8.000 osob (návštěv), nejvíce se vztahovými problémy, depresívními a úzkostnými vztahy. Součástí RIAPS je i 8 lůžek zajišťované jako „sociální lůžka“, ročně je poskytována služba cca 238 klientům. Klienty, kteří jeví těžší známky psychotického onemocnění obvykle odkazují na CKI PNB.

Pobytovou formu se 4 **krizovými sociálními lůžky** nabízí Fokus Praha v **CDZ 8** v režimu nepřetržitého provozu se spádem pro Prahu 8. Pobytová krizová služba nabízí krátkodobé pobyty na krizovém lůžku s 24 hodinou přítomností odborného personálu. Dále centrum nabízí ambulantní a terénní krizové služby.

Fokus Praha ve svých dvou zařízeních zajišťuje krizové služby ambulantní a telefonické bez určení spádové oblasti. Terénní formu zajištění pro obyvatele Prahy 1, Prahy 2, části Prahy 10 a dále Prahy 6, Prahy 7 a Prahy 17. V roce 2017 využilo služeb krizových týmů 557 klientů.
V propojení s CDZ nabízí 2 krizová lůžka také **Eset**, převážně pro své klienty.
Další krizové služby nabízí **SOS Centrum Diakonie** formou ambulantní, telefonickou a chat poradnu ve všedních dnech v denních hodinách. Služba v SOS centru je určena širší diagnostické skupině než SMI.
Krizová pomoc v **Terapeutickém centru Modré dveře** nabízí ambulantní formu krizové pomoci ve všedních dnech v denních hodinách.



Mapka č.3: *Přehled krizových služeb, lůžkové psychiatrické péče i všeobecných nemocnic včetně CDZ a TDZ s vymezením jejich spádu*

Další krizové služby pro děti – viz kapitola 8.

V Praze dále působí **krizové služby pro další cílové skupiny**:

- ženám a ženám s dětmi v akutní krizové situaci vzniklé v důsledku domácího násilí (Acorus),
- rodinám s nezletilými dětmi, které jsou ohroženy na zdraví, popř. na životě akutní krizovou situací a které nemají možnost řešit tuto krizovou situaci vlastními silami a prostředky a těhotným ženám v obtížné sociální situaci, která ji ohrožuje na zdraví nebo na životě (Kolpingův dům)
- rodičům (případně jiným pečujícím osobám) s dětmi, nebo dospělým osobám bez dětí, nacházejícím se v krizové situaci spojené s náhlou ztrátou bydlení (Proxima sociale).

V pražské síti sociálních služeb je dále **7 telefonní krizových linek**, které působí pro různou cílovou skupinu (pro seniory – Elpida, Život 90, pro děti a oběti domácího násilí – DONA linka, Linka bezpečí, Rodičovská linka, Linka důvěry Dětského krizového centra). Bez vymezení cílové skupiny působí Pražská Linka důvěry.

Potřebnost systému krizové pomoci vyvstává i aktuálně v době epidemické situace, kdy se ukazuje, že dopady koronavirové krize bude mít velké negativní dopady na duševní zdraví společnosti[16]. Extrémně složitá situace je zejména v oblasti dětí.

7.3. Sociální služby v oblasti bydlení

Problematika nedostatku bydlení je pro lidi se závažným duševním onemocněním v Praze velmi závažná. Oproti běžné populaci se tato skupina potýká navíc s nízkými příjmy, vysokou stigmatizací a často složitou situací v rodinách. Navíc v důsledku onemocnění příp. dlouhodobé hospitalizace dochází často k tomu, že přicházejí o stávající bydlení.
Velmi často je u nich zvýšená potřeba podpory v návratu do běžného bydlení a podpoře zajištění činností související s bydlením (obstarání domácnosti, placení průběžných plateb spojených s nájmem, soužití se sousedy, ad.).
Udává se, že v Praze je 5 – 10 tisíc osob bez přístřeší, z toho bylo zjištěno, že závažnými duševními potížemi trpí 23,6% mužů a 41% žen, mírné potíže má dalších 34,2% mužů a 28% žen. Pouze 41% osob bez domova nemělo žádné duševní potíže. Tyto údaje jsou vysoko nad republikovým průměrem.[17]
Na základě kvalifikovaného odhadu předpokládáme, že celkem skoro 730 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebuje bydlení a podporu v bydlení. Tento předpoklad vychází z celkového počtu klientů dlouhodobě hospitalizovaných v PNB (267 všech dg skupin, z toho 124 s SMI, a to včetně tzv. mimopražských klientů hospitalizovaných v PNB, u nichž se nedá očekávat opuštění Hl.m.Prahy), klientů umístěných aktuálně v DZR (odhad 380 klientů s SMI), v nichž se připravuje plán transformace. Vedle těchto osob je vysoký počet lidí

[16] Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, United Netions, 2020
[17] Koncepce návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013 – 2020, MHMP, Praha, 2012

s duševním onemocněním mezi osobami bez domova, přespávajících venku nebo na noclehárnách (odhaduje se cca 40% z počtu kolem 4 000 osob, tedy až 1.600).

Předpokládáme, že z tohoto počtu celkem cca 120 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji aktuálně potřebuje intenzívní podporu v pobytové sociální službě (pravděpodobně chráněném bydlení, či pobytové sociální rehabilitace, výjimečně individualizovaném DZR), dalších 600 osob potřebuje méně intenzívní podporu terénní služby v sociálním bytě či běžném bytě v běžné zástavbě. Po zajištění služeb klientům s aktuální potřebou (dlouhodobě hospitalizovaní, v mimopražských DZR, klientů v bytové nouzi) bude i nadále průběžně kapacita služeb s intenzívní dlouhodobou podporou potřeba, nicméně na základě zahraničních zkušeností předpokládáme, že významně snížená. Také díky významnější komunitní podpoře a efektivnější spolupráci lůžkových psychiatrických zařízení a komunitních služeb.

Podporu bydlení osob s SMI aktuálně zajišťují služby chráněného bydlení a pobytové sociální rehabilitace a také terénní služby CDZ a TDZ.

Chráněné bydlení je další forma sociální služby podporující klienta v osamostatnění se při vedení domácnosti. Služba se poskytuje v bytech poskytovatele a je určena zejména klientům po dlouhodobých hospitalizacích a klientům vyžadující velkou míru podpory. Smlouva se s klienty většinou uzavírá na rok s možností prodloužení. Cílem služby je především podpora v oblasti zdraví (užívání medikace, pravidelná návštěva psychiatr), nácvik dovedností související s bydlením, podpora v oblasti financí, práce a vztahů. Tento typ služby registrované jako chráněné bydlení, případně jako sociální rehabilitaci poskytuje v Praze několik organizací:

Bona, o.p.s. je největším poskytovatelem služeb v oblasti bydlení pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním (SMI). V chráněném bydlení nabízí skupinovou formou bydlení ve více objektech v každém pro 10-14 osob nebo v samostatných bytech organizace. *V roce 2020 byl celkový počet lůžek chráněného bydlení 79*. Skupinové bydlení i většina bytů organizace Bona je lokalizována na Praze 8 v těsné blízkosti PN Bohnice.

Fokus Praha, z.ú. nabízí 8 lůžek formou skupinového bydlení se samostatnými pokoji (Dům na Lehovci na Praze 14) a další lůžka ve sdílených nebo samostatných bytech rozmístěnými v centrální části města (Praha 2, 4, 7). *V roce 2020 měl Fokus Praha celkem k dispozici 28 lůžek.*

Eset-Help, z.s. disponoval v roce 2020 celkem 6 lůžky. Byty se nacházejí v běžné panelové zástavbě v Praze 11. Jedná se o tzv. spolubydlení (2 byty po 3 lidech).

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov s.r.o. má kapacitu 4 lůžka (registrovaná 2) ve dvou bytech na Praze 4. Standardní podpora je 2x týdně, kdy dochází terapeut. Klienti jsou zapojeni do dalších programů DPS Ondřejov - individuální, podpůrná, rodinná, skupinová psychoterapie; stacionář; arteterapie, volnočasové a sportovní aktivity apod.

Baobab, z.s.- disponoval v roce 2020 lůžky v celkovém počtu 15. (Služba je registrovaná jako sociální rehabilitace. V rámci služby SR je také poskytovaná podpora klientům formou case managementu). Jednotlivé byty se nachází zejména na Praze 4.

Domovy se zvláštním režimem – klienti se závazným duševním onemocněním často odchází do domovů se zvláštním režimem, které jsou obyvatele Prahy umístěné mimo hlavní město, a to v Terezíně, Krásné Lípě a Svojšicích. Tato zařízení mají institucionální povahu a klienti jsou odtrženi od komunity, ve které celý život žili. Aktuální celková kapacita[18] je 485 lůžek, z toho 380 bylo obsazeno klienty se schizofrenií a afektivními poruchami (Zdroj: dotazníkové šetření v DZR, 2015).

Část osob s SMI jsou také v dalších mimopražských Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Ve velké míře to jsou klienti, kteří mají vedle psychotického onemocnění také další postižení, např. mentální nebo kombinované. Vzhledem k tomu, že sociální služby cíleně neevidují diagnostické spektrum svých klientů, vycházíme při odhadech z dotazníkového šetření provedeného v DZR a DOZP, zřizovaných HMP, které bylo provedeno v roce 2015.

Tabulka č.10: *Pobytové služby pro osoby s SMI (k roku 2020, na základě aktualizace SPRSS)[19]:*

Druhy služeb	**chráněné bydlení**		**sociální rehabilitace pobytová**		**domovy se zvláštním režimem SMI**		**domovy pro osoby se ZP**	
poskytovatel	klienti / lůžka	z toho SMI	klienti / lůžka	z toho SMI	lůžka	z toho SMI	lůžka	z toho SMI
Bona	79	79						
Fokus Praha	28	28						
Baobab			15	15				
Eset help	9	9						
DS Ondřejov	2	2						
Domov Svojšice	16	16			92	73*		
DZR Krásná Lípa					135	103*		
DZR Terezín					258	204*		
DOZP							620*	110*
CELKEM	**134**	**134**	**15**	**15**	**485**	**380****	**620****	**110****

* Odhad na základě šetření v roce 2015

** Není rozlišena věková skupina a trvalé bydliště.

[18] Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území HMP pro období 2019 – 2021, aktualizace pro 2020, https://socialni.praha.eu/file/3067713/Aktualizace_2020.pdf
[19] Dtto – SPRSS 2019-2021

7.4. Služby v oblasti zaměstnávání

Práce je důležitou podmínkou pro důstojnou existenci, jak z hlediska materiálního prospěchu, ale také pro pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Smysluplná práce zároveň stabilizuje zdravotní stav. Naopak dlouhodobá nezaměstnanost je pro většinu lidí zátěžovou situací a pro lidi s vážným duševním onemocněním může znamenat neřešitelný problém a začarovaný kruh. Dlouhodobě duševně nemocní nejsou schopni stejného pracovního výkonu a produktivity jako zdraví jedinci. U lidí s vážným duševním onemocněním se zpravidla objevují období relativní stability či zlepšení a období regrese. V důsledku nemoci většina lidí nemůže vykonávat dřívější profesi z důvodu ztráty nebo omezení potřebných schopností a dovedností způsobených nemocí. V důsledku duševního onemocnění a dlouhodobé nezaměstnanosti mohou mít lidé s duševním onemocněním snížené pracovní schopnosti. Také značnou roli zde hraje stigmatizace lidí s duševním onemocněním a zažité stereotypy ve společnosti, které snižují možnost získat zaměstnání. Nezaměstnanost lidí s duševním onemocněním, propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75 %, v letech 2005 až 2014 dosahovala 82,1 %[20] Komunitní služby pro osoby s vážným duševním onemocněním proto kladou značný důraz na oblast práce a nabízí podporu pro nácvik pracovních dovedností i podporu pro nalezení a udržení pracovního místa.
Podporu zaměstnávání zajišťují zejména komunitní služby, a to formou podporovaného zaměstnávání, v poslední době zejména modelu IPS, dále službami sociálně terapeutických dílen a tréninkových míst.

Sociálně terapeutické dílny nabízí klientům základní trénink pracovních dovedností a schopností. Většinou se jedná o fyzicky nenáročnou manuální práci. Služby dílen jsou určeny především klientům, kteří se snaží po dlouhé době vrátit na trh práce. V Praze primárně pro cílovou skupinu SMI působí dílna **Hvězdáři (Fokus Praha, z.ú.**). Dílna sídlí v centru města, denní kapacita je klientů, okamžitá 12. V roce 2017 byla služba poskytnuta 50 klientům. Dalším zařízením poskytující tento charakter služby (registrovaná jako sociální rehabilitace) je dílna **CEDRA (Fokus Praha, z.ú.).** Zařízení zároveň poskytuje i volnočasové aktivity (bude pojednáno dále). Okamžitá kapacita je cca 25 klientů. *Aktuálně obě zařízení posouvají své zaměření od pracovně rehabilitačních aktivit k celkově aktivizačním a komunitním aktivitám. Nyní jsou registrovány jako sociální rehabilitace.*

Další 2 zařízení s obdobnou charakteristikou můžeme zde zmínit okrajově, neboť poskytují služby širší cílové skupině: **Centrum MARTIN o.p.s.,** denní kapacita jsou 4 klienti. A organizace **Vila Roseta o.p.s**., která provozuje dílnu a obchod, kde prodává výrobky ze své dílny i z dílen dalších poskytovatelů sociálních služeb (obě služby jsou registrované jako sociální rehabilitace). Okamžitá kapacita v obou službách je 14 klientů.

[20] 1 Winkler, Petr, Long-term hospitalisations for schizophrenia in the Czech Republic 1998–2012, Schizophrenia Research 175 (2016) 180–185).

Tréninková místa (většinou registrované jako služba sociální rehabilitace) nabízí praktický nácvik pracovních dovedností v reálných pracovních podmínkách a přípravu na trh práce (trénink pravidelné docházky, komunikace se zaměstnavatelem, zákazníkem, plnění pracovních úkolů dle jednotlivých pracovních pozic apod.). Jedná se o místa v tréninkových kavárnách a restauracích (barmani, kuchaři, pomocné síly v kuchyni, úklidoví pracovníci) nebo o pracovní pozice v administrativně, kurýrní služby, úklidové práce apod.

Green Doors, z.ú. je významným poskytovatelem sociálních služeb v oblasti tréninkových míst v tréninkových kavárnách a tréninkové restauraci. Z kaváren provozuje V. Kolonu v areálu PN Bohnice, službu mohou využít i hospitalizovaní klienti na tzv. aktivizačních místech s cílem připravit klienta na propuštění. Ostatní klienti jsou na pozicích tréninkových míst. Kapacita služby je 19 klientů. Café na půl cesty je další tréninková kavárna umístěná na Praze 4 s pestrou kulturní nabídkou pro veřejnost. Kapacita je 18 klientů. Mlsná kavka je tréninková restaurace s nižší mírou podpory. Kapacita je 39 klientů. (Součástí služby je také Program **Přechodného zaměstnávání** a program **Podporovaného zaměstnávání**). V letech 2017 – 2020 projde programem tréninkových míst v kavárnách a restauracích včetně programu přechodného a podporovaného zaměstnávání ročně v průměru 90 klientů. Poskytovatel dále nabízí službu **Začleňování na trh práce**. Cílem služby je podpořit klienta v získání a udržení zaměstnání na volném trhu práce. Za tímto účelem služba používá mapovací a diagnostické nástroje, nácvik v kognitivní oblasti potřebné k úspěšnému uplatnění na trhu práce a nácvik dovedností potřebných k získání a udržení si vhodného zaměstnání. Služba má kapacitu 12 klientů. Organizace nabízí další aktivity: Vzdělávání a osobní rozvoj formou Job setkání. Další zajímavou nabídkou jsou stáže ve spřátelených firmách. Program je určen pro klienty, kteří si před nástupem do zaměstnání chtějí v reálných podmínkách vyzkoušet získané pracovní a sociální dovednosti.

Bona, o.p.s. nabízí služby v oblasti zaměstnávání ve 3 střediscích. Ve Sklářské dílně nabízí 9 pracovních míst, v Technických službách (zahradnické a úklidové práce, práce v knihovně, v prádelně nebo v obchodě v rámci areálu PN Bohnice) 44 pracovních míst a v Textilní dílně, která se nachází v centru Prahy (Centrum dvojí svět), 11 pracovních míst. V Centru dvojí svět je také jedno pracovní místo v obchodě pro lidi s duševním onemocněním, které není tréninkové. Služba má vícestupňový program, ve třetím stupni organizace nabízí klientovi možnost uzavřít pracovní poměr na 0,5 úvazku. Celková kapacita pracovních míst je 65 klientů. V roce 2019 pracovní rehabilitací prošlo cca 80 klientů.

Kavárna Dendrit je další tréninkovou kavárnou, kterou provozuje **Eset-Help, z.s**. Nabízí 5 tréninkových pracovních míst. Dalším programem organizace jsou Přechodná pracovní místa (pomocná administrativa, úklidový pracovník zahrady) pro 5 klientů a program Začleňování na

otevřený trh práce (příprava klienta na získání a udržení pracovního místa) s kapacitou 30 klientů. V roce 2020 celkem pracovní rehabilitací v organizaci prošlo 80 klientů.

Fokus Praha, z.ú. zaměstnává cca 56 lidí s duševním onemocněním v Sociálních firmách nebo na pracovních místech v organizaci. Konkrétně se jedná o Sociální firmu zahradnickou a prádelnu. Další pozice jsou úklidové, kurýrní, práce na recepci nebo administrativní práce. Dále organizace zaměstnává lidi s duševním onemocněním v redakci přehledu výstav Česká galerie, ve svépomocném klubu Mosty nebo ve filmařském a žurnalistickém týmu Studio 27.

Služby podpory zaměstnávání (registrované jako sociální rehabilitace) nabízejí klientům podporu při hledání zaměstnání na otevřeném trhu práce (podpora s psaním životopisu, v orientaci nabídek práce, nácvik pohovoru, podpora při komunikaci se zaměstnavateli, podpora na pracovišti apod.). Tuto službu vedle organizace **Eset-Helpu**, který je uveden výše, nabízí další **Fokus Praha, z.ú**. – Tým podpory zaměstnávání pracuje progresivní formou IPS (Individual placement and support). Služba pravidelně spolupracuje s cca 18 firmami. Služba také nabízí pravidelný skupinový kurz trénink paměti. Kapacita se v posledních letech výrazně navyšuje, v roce 2020 byla přes 230 klientů. U IPS se ukazuje cca 50% úspěšnost pracovního uplatnění.

Program Student je služba sociální rehabilitace jako podpora při studiu. Služba je určena lidem, kteří mají v důsledku duševní nemoci problémy s rozvojem a uplatněním dovedností potřebných k osamostatnění se a úspěšnému studiu jako základnímu předpokladu pro budoucí pracovní uplatnění. Službu poskytuje **Baobab, z.s.** Služba spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou. Služba také organizuje a realizuje besedy na téma duševního onemocnění určené pro střední školy, odborná učiliště či vyšší odborné školy. Cílem těchto besed je zvýšit informovanost o duševních onemocněních a přispět k destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Kapacita služby je 14 klientů.

Podporu při zapojení do pracovních aktivit poskytuje také Centrum psychosociálních služeb v PNB (více v kapitole věnované Psychiatrické nemocnici Bohnice).

7.5. Sociální služby – aktivizační centra / denní programy / komunitní centra

Služby nabízejí možnost strukturovaně trávit volný čas, bezpečný prostor pro setkávání s dalšími lidmi a možnost sebevzdělání a seberealizace v rámci nabízených kroužků či kurzů. Organizace nabízející služby aktivizačních center: **Baobab, z.s**. provozuje **Arteterapeutický ateliér.** Měsíční kapacita je 40 klientů, týdenní 20 klientů. Dalšími aktivitami Baobabu je nabídka volnočasových programů (pohybové aktivity, rekondiční pobyty, zdravý životní styl). **Eset-Help provozuje Centrum denních aktivit**, na vytváření programu klubu se podílejí

samotní klienti. Služba také využívá dobrovolníků pro vedení některých kurzů. Kapacita je 40 klientů, okamžitá 12. Fokus Praha, Centrum Karlín, z.ú. – Cedra je dílnou (viz text výše) a klubem zároveň. Okamžitá kapacita je 20 klientů**. Fokus Praha, Dům u Libuše** je nízkoprahová služba, prostor mohou využít i lidé bez přístřeší. Služba poskytuje praktické zázemí pro zajištění základních potřeb (osobní hygiena, praní prádla, příprava jídla apod.). Okamžitá kapacita je 20 klientů, ročně jej většinou opakovaně či pravidelně navštěvuje více než 200 klientů.

7.6. Sociální služby - odborné poradenství

Odborné poradenství pro lidi s duševním onemocněním nabízí dostupný a nestigmatizující prostor pro řešení sociálních otázek. Tuto službu poskytuje: **VIDA z.s.,** organizace nabízí odborné poradenství formou návštěv přímo v psychiatrickém zařízení. Tato služba je financována v rámci dotací na sociální služby na republikové úrovni, proto není zahrnuta v pražské Krajské síti. Společně se sociálním pracovníkem se schůzky účastní i pracovník s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Služba také nabízí dluhové poradenství. Kapacita služby je 0,72 úvazku. **Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, s.r.o.** provozuje odborné sociální poradenství. Pracovník, který poskytuje službu, je součástí multidisciplinárního týmu krizového oddělení. Kapacita služby je 1,2 úvazku. **Green Doors, z.ú**., služba také nabízí doprovody nebo asistenci např. při jednání na úřadech. Služba nabízí i aktivity pro skupinovou práci. Kapacita služby je 0,4 úvazku. Od roku 2021 posílila organizace Green Doors tuto službu a spolu s PNB realizují pilotní projekt **forenzního MDT**. Bona, o.p.s. provozuje poradnu **BONsay**. **Eset-Help, z.s**. provozuje on-line poradnu a **Kaleidoskop, z.ú**. poradnu pro lidi s poruchou osobnosti.

7.7. Svépomocné a peer aktivity

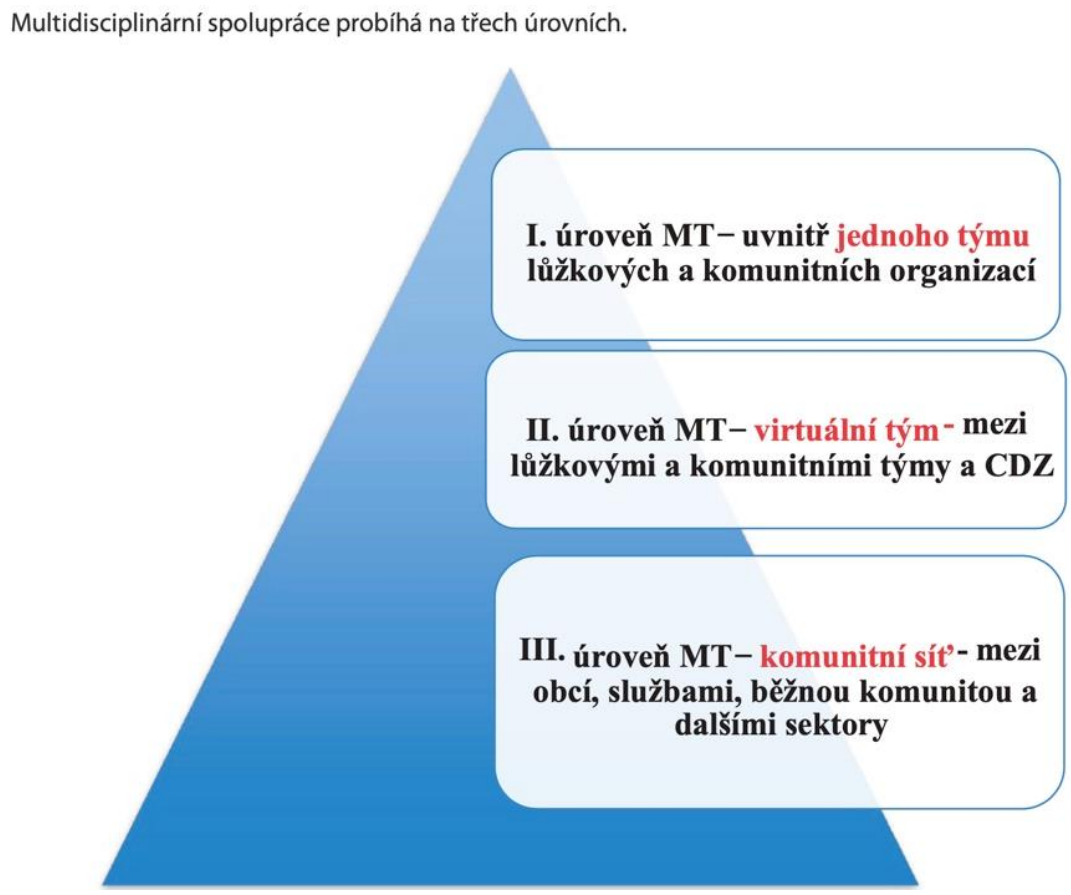
Svépomocné aktivity lidí s duševním onemocněním a jejich rodičů fungují v rámci organizací poskytující sociální služby nebo samostatně. Jejich cílem je vzájemná podpora, pomoc, sdílení zkušeností, ale také boj proti stigmatizaci, zapojení do plánování rozvoje služeb, účast na veřejných i vzdělávacích akcích a vydávání informačních materiálů a knih. Aktivity peer pracovníků (lidí se zkušeností, kteří jsou například zaměstnáni přímo ve službách jako jejich rovnocenní členové a pro klienty sdílejí svou zkušenost s nemocí) začaly být využívány v posledních čtyřech letech a jsou velmi pozitivně hodnocené. Organizace, které podporují fungování svépomocných aktivit pro své klienty a jejich rodiny: **Klub Mosty** (probíhá jejich vyčlenění z Fokus Praha), **Ondřej (DPS Ondřejov), Setkání rodin a blízkých (Bona)**. Samostatně fungují **Andělská křídla** (využívají podpory ESET-HELP), **Kolumbus z.s. a Sympathea** (pro rodinné příslušníky). Více o jednotlivých skupinách je pojednáno v samostatné kapitole. Peer

pracovníci působí aktuálně v 8 týmech v Praze, dále působí i jako lektoři a v žurnalistickém **projektu Studio 27.**

7.8. Spolupráce psychiatrických nemocnic a komunitních služeb

U osob se závažným duševním onemocněním často dochází k neuspokojivé situaci v řadě oblastí života, kdy je zapotřebí podpory multioborového týmu včetně zapojení dalších zdrojů v běžné komunitě. Pro integraci osob s vážným duševním onemocněním je klíčový multidisciplinární přístup, který je definován na třech základních úrovních:[21]

Obrázek č.1: *Multidisciplinární spolupráce*



Na úrovni lůžkových a specializovaných komunitních služeb probíhá nastavování systematické spolupráce, která povede k slaďování péče u konkrétního pacienta. Jedná se o jednu z klíčových aktivit, která má pomoci jednotlivým pacientům po dlouhodobé hospitalizaci (v řádu měsíců až let) s podporou komunitní služby opustit zdi nemocnice a zapojit se do běžného

[21] Zdroj: Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným, Metodická příručka

života. V některých nemocnicích je systém spolupráce se spádovými komunitními službami nastaven a již dlouhodobě realizován, v jiných nemocnicích se spolupráce na této úrovni teprve rozbíhá. Další spolupráce psychiatrických nemocnic a komunitních služeb se týká pacientů na lůžkách akutní péče a krátkodobě hospitalizovaných. Cílem této spolupráce je co nejrychlejší propuštění pacienta z hospitalizace po odeznění akutního stavu a v případě indikace potřebné návazné péče, aby byl co nejdříve předán do služeb komunitní služby. U osob, které již jsou klienty komunitní služby, by pobyt v nemocnici nemělo znamenat zcela vybočení z plánu, který má s komunitní službou zpracován. Spolupráce nemocnice, komunitní služby a pacienta by měla zajistit rychlý návrat pacienta do běžného života.

V Praze je do multidisciplinární spolupráce zapojeno všech 14 komunitních týmů, které jsou s personálem psychiatrických nemocnic v pravidelném kontaktu pro předávání informací k pacientům-klientům.

Spolupráce probíhá na pravidelných setkáváních s personálem na jednotlivých odděleních za účasti staničních sester, psychiatrických sester, sester případně dalších členů týmu personálu nemocnice a se zástupci komunitních týmů. Na společných setkáních jsou představeni potenciální pacienti pro spolupráci s komunitními službami. Následně jsou pacienti individuálně osloveni komunitními službami pro navázání spolupráce. Mimo tyto společné schůzky probíhá dle potřeby i výměna informací mezi personálem nemocnice a komunitní službou a plánování v „triádě“ (porady s pacientem) = klíčový pracovník na oddělení + case manager + pacient. Výstupem by měl být plán zotavení (nyní je pilotován na 5 oddělení), který umožní opuštění PNB. U složitějších pacientů se svolává případových setkání (pacient, rodina, klíčový pracovník, case manager, primář, sociální pracovník, lékař, opatrovník, MČ).
Systém pravidelného setkávání je v roce 2020 nastaven se všemi odděleními následné péče pro osoby s SMI. S odd. akutní péče se v průběhu epidemické situace nepodařilo nastavit obdobný systém, nicméně se předpokládá v roce 2021. Vzhledem k tomu, že není PNB regionalizovaná podle spádových oblastí a pobyt na akutním oddělení je významně kratší (cca do 14 dní), bude pacienty na komunitní služby navazovat sociální pracovnice z akutních oddělení PNB.
Zároveň je uzavřena smlouva o spolupráci mezi PNB a každou organizací poskytující terénní komunitní službu. Smlouva o spolupráci ošetřuje i sdílení osobních údajů o klientech / pacientech mezi PNB a komunitními službami.

Od června 2019 do začátku roku 2021 se na komunitní služby podařilo navázat více než 320 klientů.

Obrázek č.2: *Přehled setkávání odd. PNB a komunitních týmů:*

Systém setkávání

Setkávání na primariátech Následné péče, které slouží zejména pro **předávání nových** klientů a pro **referování o probíhající spolupráci** do týmu oddělení, bude probíhat:

Oddělení 20 - pondělí 13:00

Oddělení 12 – pondělí 13:40

Oddělení 13 – pondělí 14:20

Komunitní služby budou docházet vždy:

1. pondělí v měsíci: CDZ pro Prahu 8, Bona – KOT pro Prahu 4, Bona – KOT pro Prahu 14, Bona – KOT pro Prahu 12,16
2. pondělí v měsíci: CDZ Podskalí pro Prahu 1, 2, část 10, (Vinohrady, Vršovice) KOT Dolní Povltaví, CDZ Brandýsko
3. pondělí v měsíci: CDZ pro Prahu 6 + KOT pro Prahu 17 +13KOT Karlín pro Prahu 5, 7 + KOT pro Prahu 3, KOT pro Prahu 17
4. pondělí v měsíci: CDZ pro Prahu 9 a 18, CDZ Eset pro Prahu 10 (část), 11 (část) a 15 (část)

Oddělení 14 – středa 13:00

Oddělení 15 – středa 13:40

Oddělení 33 – středa 14:20

1. středa v měsíci: CDZ pro Prahu 8, Bona – KOT pro Prahu 4, 14, Bona – KOT pro Prahu 14,
2. středa v měsíci: CDZ Eset pro Prahu 10 (část), 11 (část) a 15 (část), KOT Dolní Povltaví, CDZ Brandýsko
3. středa v měsíci: CDZ pro Prahu 6, KOT pro Prahu 17 +13 KOT Karlín pro Prahu 5, 7, KOT pro Prahu 3, KOT pro Prahu 17
4. středa v měsíci: CDZ pro Prahu 9 a 18, CDZ Podskalí pro Prahu 1, 2, část 10 (Vinohrady, Vršovice)

Oddělení 30 – čtvrtek 13:00

Oddělení 23 – čtvrtek 13:40

1. čtvrtek v měsíci: CDZ pro Prahu 8, Bona – KOT pro Prahu 4, 14, Bona – KOT pro Prahu 14, Bona – KOT pro Prahu 12,16
2. čtvrtek v měsíci: CDZ Podskalí pro Prahu 1, 2, část 10, (Vinohrady, Vršovice), CDZ Brandýsko
3. čtvrtek v měsíci: CDZ pro Prahu 6, KOT pro Prahu 17 +13, KOT Karlín pro Prahu 5, 7, KOT pro Prahu 3, KOT pro Prahu 17
4. čtvrtek v měsíci: CDZ pro Prahu 9 a 18, CDZ Eset pro Prahu 10 (část), 11 (část) a 15 (část)

7.9. Analýza stávající sítě služeb pro lidi s chronickým duševním onemocněním

Hl. m. Praha je specifický kraj vzhledem k vysoké koncentraci zdravotnických zařízení i sociálních služeb. Tomu odpovídá i široká nabídka zdravotních a sociálních služeb v psychiatrické péči včetně vysokému počtu zdravotních psychiatrických lůžek.

Během let 2017 – 2020 se podařilo významně posílit kapacity komunitních služeb pro lidi s duševním onemocněním, Reforma péče o duševní zdraví je pro HMP jednou z priorit. Díky tomu se podařilo vybudovat 14 terénních komunitních týmů (z toho 5 multidisciplinárních CDZ), které svými spádovými oblastmi pokrývají celou Prahu.

Nabídka sociálních služeb pro lidi s chronickým duševním onemocněním je v Praze pestrá a jsou zastoupeny všechny formy péče. Kapacitně však jsou komunitní služby nedostatečné a je potřeba budovat další kapacity, a to zejména v návaznosti na plánované snižování lůžek následné péče v PN Bohnice.

V Praze pro srovnání s celou ČR připadá nejvyšší počet lékařů na 100 tis. obyvatel včetně psychiatrů a psychiatrická péče je tak v Praze dostupnější včetně péče v psychiatrických ambulancích. V Praze je hustá síť psychiatrických ambulancí, byť nejsou v rámci Prahy rozmístěny rovnoměrně. Největší koncentrace ambulancí se nachází v samotném centru Prahy, zatímco v okrajových částech města jsou ambulance jen výjimečně. Psychiatrické ambulance jsou většinou vstupní branou do psychiatrické péče s návazností na lůžkovou péči nebo denní stacionáře, kam jsou pacienti v případě potřeby odesíláni. Méně často jsou z ambulance psychiatra pacienti navazováni na komunitní (sociální služby). Lékař v běžné ambulanci má na pacienta jen limitovaný čas a návštěvy v domácnosti pacienta v případě potřeby nenabízí.

Chybí větší zapojení praktických lékařů. Praktici se do psychiatrické péče zapojují jen zřídka a neplní ani funkci zprostředkovatelů. Lidé s psychickými obtížemi se většinou sami obracejí přímo na ambulantní poskytovatele péče nebo na nemocnice.

Nabídka denních stacionářů v Praze je dostačující, jsou provozovány jako doplňkový program v rámci psychiatrických lůžkových zařízení nebo na mimonemocničních pracovištích. Některá DS jsou specializovaná na některou diagnostickou skupinu – neurotické poruchy, poruchy z okruhu psychóz apod. Provázanost DS na komunitní služby je dle provozovatele denních stacionářů. Některé stacionáře standardně s komunitními službami spolupracují, některé naopak vůbec.

Nedostatečná je kapacita míst pro individuální psychoterapii hrazená z veřejného zdravotního pojištění pro pacienty, pro které skupinové formy nejsou vhodné. Dále je nedostatek kvalifikovaných odborníků s klinickou atestací a završeným psychoterapeutickým vzděláním.

Systém krizových služeb je fragmentovaný, služby jsou nepropojené. Neexistuje tzv. triage. Chybí nabídka mobilní nepřetržité krizové služby. Jedno zařízení je umístěno ve stigmatizujícím prostředí psychiatrické nemocnice. Někteří klienti / pacienti se zkušeností hospitalizace v psychiatrické nemocnici odmítají využít služeb krizového centra.

V Praze je jedna protialkoholní záchytná stanice, nefunguje však jako příležitost pro podchycení osob se závislostí a nabídky léčby a pomoci, ale pouze jako zadržení a ochrana společnosti před intoxikovanými osobami. Kapacita záchytky nestačí a postižení jsou přiváženi na psychiatrická oddělení nemocnic.

Zdravotnická lůžková zařízení mají v Praze rozdělenou spádovou oblast pro akutní příjmy, a to včetně PN Bohnice (blíže popsáno v kap. 9). Intenzivnější spolupráce lůžkového zařízení s komunitními službami vždy probíhala v PN Bohnice v logice skutečnosti, že se jedná o zařízení s lůžky následné péče. Některá psychiatrická oddělení nemocnic provozující akutní lůžka (pro dospělé) s komunitními službami začala v posledním období intenzivněji spolupracovat (Psychiatrická klinika VFN, Psychiatrické oddělení v ÚVN). Nicméně stále trvá velká koncentrace psychiatrických lůžek v PN Bohnice.

Pražský obecný problém s bydlením se velmi negativně promítá do téměř nemožnosti získat bydlení pro člověka s duševním onemocněním. Problematika bydlení v Praze je pro lidi se závažným duševním onemocněním často neřešitelným problémem, který je zapříčiněn zejména jejich nízkým příjmem, potřebou podpory při zvládání bydlení, vysokou mírou stigmatizace lidí s psychiatrickou diagnózou a nedostatkem levnějších nájemních bytů. Kapacity bydlení s nějakou mírou podpory jsou značně limitovány a většinou jsou vedeny jako tzv. tréninkové bydlení poskytované na omezenou dobu. Vzhledem k nedostatku běžného nájemného bydlení klienti často odcházejí na ubytovny. To se ukazuje pro klienty jako nevhodné vzhledem k podmínkám na ubytovnách. Dochází tak k opakovaným hospitalizacím nebo klienti končí na ulici. Sociální bydlení, resp. byty se zvláštním určením, které mají k dispozici městské části či hl. m. Praha je pro lidi s duševním onemocněním většinou málo dostupné, přestože změněné podmínky umožňují jej získat i pro lidi s duševním onemocněním. Počty takových bytů jsou však limitované a je nezbytné hledat cesty, jak je zvyšovat.

Tato situace, v kombinaci s tím, že velká skupina hospitalizovaných nemá žádný finanční příjem, nebo velmi nízký a tudíž by hrozilo riziko bezdomovectví, neumožňovalo Psychiatrické nemocnici Bohnice propouštět pacienty (zejména po dlouhodobé hospitalizaci) do běžných podmínek (kapacity chráněných bydlení jsou permanentně obsazeny) a proto propouštěla pacienty do institucionální péče domovů se zvláštním režimem, zřizovaných MHMP, které jsou dislokované mimo Prahu a de facto to znamená pouze přesun klientů z instituce do instituce. Nicméně HMP přistoupilo k transformaci těchto DZR, což omezí přijímání pacientů z PNB do těchto DZR.

„Úzké hrdlo“ běžného bydlení tak neumožňuje převádět klienty ze služeb chráněného bydlení do běžného života. Klienti, kteří ukončili rehabilitaci v oblasti bydlení, nemají v mnoha případech kam odejít a zůstávají tak dlouhodobě v pobytových sociálních službách. Tím se ucpávají kapacity, které jsou potřebné pro propouštění pacientů z PNB. Posílení kapacit chráněného bydlení, příp. individualizované pobytové služby s intenzívní podporou by umožnilo propuštění pacientů PNB, kteří nemají kam jít a pro které není v tuto chvíli adekvátní služba.

Velká část lidí s duševním onemocněním vypadává z péče a nedokáže si sama vyhledat pomoc či setrvat ve službách pouze ambulantního typu. Pro podporu a setrvání těchto klientů v přirozeném prostředí je potřeba, aby byla posílena kapacita terénních týmů.

Služby terénních týmů (CDZ, multidisciplinárních týmů, komunitních týmů) pokrývají celé území hl. m. Prahy, nicméně mají zatím nízkou personální kapacitu.

Lidé s duševním onemocněním využívají v současné době také služby azylových domů, nízkoprahových denních center, nocleháren, pečovatelskou službu apod. Předpokládá se, že mezi lidmi bez domova se pohybuje až 40% lidí s duševním onemocněním a mezi uživateli návykových látek je to asi 30%. V případě problematiky duálních diagnóz je nezbytná a potřebná spolupráce se službami adiktologickými. Spolupráce mezi adiktologickými službami, službami pro duševní zdraví a bezdomoveckými službami zčásti probíhá např. v důsledku epidemie covid-19. Pracovníci bezdomoveckých služeb se nespecializují na lidi s duševním onemocněním a tím pádem s nimi neumí odborně pracovat. V Praze chybí specializovaná služba, která by pracovala v terénu a vyhledávala lidi s duševním onemocněním bez domova. *Nicméně od roku 2021 bude působit takový terénní tým pod Armádou spásy.*

V oblasti zaměstnávání má Praha výsadní postavení týkající se nízkých počtů nezaměstnaných osob. Přesto pro lidi s duševním onemocněním je obtížné najít vhodnou práci na volném trhu. Trhu práce chybí diverzita např. širší nabídka pracovních míst na nižší úvazky, nabídka klouzavé pracovní doby apod. Značnou roli zde také sehrává stigmatizace lidí s duševním onemocněním a nedůvěra ze strany zaměstnavatelů. V tomto velmi pozitivně působí sociální služby, které nabízí podporou v oblasti zaměstnávání metodou IPS (Individual placement and support). Pracovníci služby spolupracují jak se samotným klientem, tak i se zaměstnavatelem a tím se daří prolamovat bariéry nedůvěry na straně zaměstnavatele. Další možností pro lidi s duševním onemocněním je využít tréninková místa, které nabízí poskytovatelé sociálních služeb v rozmanité nabídce a klienty připravují na přechod na volný trh práce. V Praze je také omezená nabídka práce v sociálních firmách. Jedná se o konkurenceschopný podnikatelský subjekt působící na běžném trhu, jehož účelem je vytvářet pracovní příležitosti pro osoby výrazně znevýhodněné na trhu práce a k tomu jim poskytovat přiměřenou pracovní a psychosociální podporu. V Praze vedle sociálních firem provozující Fokus Praha, z.ú. (popsáno výše) působí dalších cca 30 sociálních firem či podniků. Většina z nich však není zaměřena na

zaměstnávání osob s duševním onemocněním a pouze ojediněle jsou ochotny tyto osoby zaměstnat.

Chybí zatím užší spolupráce mezi komunitními službami a integrovaným záchranným systémem. Značný potenciál se zejména týká spolupráce s městskou policií.

Nicméně systémová a efektivní spolupráce mezi jednotlivými součástmi psychiatrické péče (ambulantními psychiatry, komunitními službami, lůžkovými psychiatrickými odděleními, krizovými službami, natož s IZS a dalšími potřebnými službami či se sociálními odbory MČ), která by omezila míru hospitalizací a zabezpečila dostatečnou prevenci hospitalizací stále neprobíhá. *Systematická spolupráce mezi PN Bohnice a komunitními službami se postupně rozvíjela od dlouhodobých přes střednědobé hospitalizace k akutním (krátkodobým/krizovým) lůžkům. PNB se stále více zaměřuje na navazovaní pacientů ihned po přijetí do nemocnice. Brání tak vytváření hospitalismu a vytváření střednědobých a dlouhodobých hospitalizací.*

Není nastavená spolupráce HMP, MZ i dalších institucí a organizací při transformaci PNB. HMP tak nemůže systematicky a efektivně plánovat rozvoj sítě služeb ani potenciální využití areálu PNB i s ohledem na potřeby občanů Prahy.

V roce 2020 byla Pracovní skupinou komunitních služeb pro osoby s SMI zpracována SWOT analýza, ta byla následně připomínkována členy Krajské koordinační skupiny. SWOT analýza byla strukturována podle tematických oblastí – viz níže.

7.10. SWOT analýza

Oblast SWOT	Popis
SÍŤ SLUŽEB	Dostupnost, kontinuita a návaznost služeb a programů, jejich rozmanitost a flexibilita, inovativnost i udržitelnost
ŘÍZENÍ, TVORBA SYSTÉMU A JEHO KOORDINACE	Organizace a zakotvení v systému, propojení na širší koncepce a politiky, propojení jednotlivých prvků a služeb, nastavení podmínek a procesů, řízení implementace Reformy
KVALITA	Zajištění kvality služeb, ochrany práv, orientace služeb na uživatele, jejich potřeby, na zotavení, sociální začlenění a společenské uplatnění a práva uživatelů
INFORMACE A OSVĚTA, DESTIGMATIZACE	Informační provázanost v systému, dostupnost informací o službách i problematice duševního zdraví, komunikace Reformy, aktivity snižující stigmatizaci cílové skupiny
VZDĚLÁVÁNÍ	Zajišťování znalostí a dovedností, profesní příprava, praktické dovednosti odborníků, kontinuální rozvoj kompetencí profesionálů
ADVOCACY A PODPORA UŽIVATELŮ A PEČUJÍCÍCH	Podpora uživatelských a rodičovských organizací v jejich existenci a vzájemné pomoci, v aktivním zapojování do ovlivňování systému péče i prosazování jejich práv a zájmů
FINANCOVÁNÍ	Nastavení systému – redistribuce finančních prostředku směřující k rozvoji a stabilitě služeb i systému.

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
ŘÍZENÍ, TVORBA SYSTÉMU A JEHO KOORDINACE - Hl.město Praha (HMP) je kompaktní územní celek s dobrou dopravní dostupností - **Radnice a magistrát HMP aktivně spolupracuje na Reformě péče o duševní zdraví (dále jen Reforma) - Reforma je jednou z priorit v programovém prohlášení koalice vládnoucí v Praze (2018 – 2022), je podepsáno Memorandum o spolupráci při realizaci Reformy mezi HMP a MZ, , které poskytuje dlouhodobou platformu pro spolupráci, přesahující volební období** - Existence strategií a plánů v oblasti služeb pro osoby s duševním onemocněním (Národní akční plán pro duševní zdraví, Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Praze) - **Existuje vůle poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb i pacientů ke změně a rozvoji systému péče** - **Je ustavena Krajská řídící koordinační skupina v Praze (KKS) se zastoupením všech stakeholderů, která slouží ke sdílení informací o Reformě v Praze i na centrální úrovni, diskusi plánovaných kroků a schvalování Pražského akčního plánu, příp. dalších strategických dokumentů.** - Pracovní skupiny pro SMI (komunitní služby pro SMI, bydlení, zaměstnávání) i pro další cílové skupiny (senioři s kognitivním deficitem, děti s potřebou podpory duševního zdraví, osoby s mentálním postižením hospitalizovaní v Psychiatrické nemocnici Bohnice – dále PNB) se pravidelně scházejí (v době pandemie v online prostoru) - Dobrá spolupráce Magistrátu HMP a regionálního koordinátora a odborných garantů při implementaci Reformy, a to i v návaznosti na další politiky a strategie HMP (adiktologie, seniorské služby, transformace ústavní péče, ad.) - Funguje dobrá vzájemná spolupráce poskytovatelů komunitních sociálních služeb (na úrovni tvorby metodik, tvorby koncepce péče) - **Pravidelně se setkávají zástupci komunitních služeb s PNB za facilitace metodiků multidisciplinarity při navazování pacientů hospitalizovaných v PNB (zejména z odd. následné péče) na komunitní služby s cílem jejich plánovitého propouštění do běžných podmínek** - Politika a pravidla HMP v oblasti poskytování bytů v majetku města (sociálních bytů) umožňuje získání bydlení i pro osoby s SMI. Existuje dobře nastavená spolupráce mezi bytovým odborem MHMP a komunitními službami - Existuje úzká spolupráce služeb při poskytování podpory v bydlení v komunitě (společný pořadník) - Probíhá setkávání zástupců jednotlivých oblastí projektů Reformy na úrovni HMP (Tvorba sítě služeb, Transformace PNB, Kvalita, Multidisciplinarita, Destigmatizace) za účelem sladění postupů a aktivit a posilování synergie FINANCOVÁNÍ • **Rozvoj komunitních služeb pro SMI je finančně podporován v rámci schváleného Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb a rozvojové sítě služeb (tzv. Doplňkové sítě)(dále SPRSS) – z prostředků dotace MPSV i grantů HMP (a v souladu s tím, že Reforma je jednou z priorit HMP v tomto volebním období)** • 3 Centra duševního zdraví (CDZ) jsou financovány již v „běžném režimu“ – tedy z části z prostředků zdravotního	ŘÍZENÍ, TVORBA SYSTÉMU A JEHO KOORDINACE • **Téma duševního zdraví není na úrovni HMP meziresortně zastřešeno, je proto obtížné řešit průřezová témata jako např. bydlení, zaměstnávání, prorodinnou politiku, ad.** • MHMP nemá přímý vliv na systém zdravotní péče v Praze. Systém registrací zdravotních zařízení je spíše formální, většina nemocnic je zřizována MZ. • **Reforma a kroky k jejímu naplňování nejsou dostatečně koordinovány s jednotlivými MČ** • Geograficky nevyvážená síť sociálních služeb (v některých MČ stále ještě neexistují sociální služby pro D.N.) • **Akutní psychiatrická lůžka nejsou rovnoměrně rozprostřena po Praze – kromě PN Bohnic jsou pouze v PK VFN a Ústřední vojenská nemocnice (ÚVN)** • **Nedostatečný multidisciplinární a multi-agenturní přístup – nedaří se nám propojovat týmy takovým způsobem, aby se vytvářel okolo klienta virtuální multidisciplinární tým složený z pracovníků lůžkového zdravotního odd. a z pracovníků komunitní služby, příp. dalších navazujících služeb** • **Nedostatečná multidisciplinární a mezi-organizační spolupráce (sdílená péče) limitovaná absencí nebo málo funkčním case managementem (koordinovaně řízené péče více spolupracujících organizací podle potřeb klienta) u klientů potřebujících komplexní péči (lidé bez domova, s duální diagnózou etc.)** • Struktura pavilonů PNB (není rozdělena podle spádových oblastí) stěžuje spolupráci se spádovými komunitními službami • **Není nastaven systém monitorování realizace Reformy** • **Není nastaven systém vyhodnocování dopadů jednotlivých rozvojových aktivit** • Chybí přehledná analýza míry ohrožení chudobou u osob s SMI v Praze (finanční příjem, zaměstnanost, bydlení, ad.) • Není zmapováno, kolik osob bez domova potřebuje odbornou podporu v oblasti duševního zdraví. • Chybí údaje o míře nezaměstnanosti cílové skupiny v Praze • Chybí statistická data o čerpání pražských služeb občany ze Středočeského kraje a naopak. To se týká sociálních i zdravotních služeb. • **Systémově nedostatečná spolupráce s Policií ČR a městskou policií** FINANCOVÁNÍ • Oproti ostatním krajům ČR může Praha čerpat výrazně menší objem prostředků z Evropského sociálního fondu, což zároveň zvyšuje konkurenci o tyto prostředky. • Směrné číslo pro přerozdělení dotací pro sociální služby z MPSV na jednotlivé kraje je výrazně nevýhodné pro Hl.m.Prahu – znamená to proporcionálně menší podíl ze státního rozpočtu a větší podíl financování z jiných zdrojů, např. od Hl.m.Prahy • **Praha přináší pro provozovatele služeb poměrně vysoké náklady provozní a zejména personální** • Největší podíl nákladů za psychiatrickou péči nese následná lůžková péče, dle dat VZP 51,6 % (7,6 miliardy Kč), která je hrazena paušální sazbou za ošetřovací den. Systém úhrad

pojištění a z části z dotací na poskytování sociální služby, ne z prostředků na plotní projekty • **VZP (centrála) se podílí na koncepčním nastavení financování systému péče. VZP (krajská pobočka) se účastní KKS i dalších jednání o Reformě v Praze** • **Granty HMP (zdravotní a celopražského významu) umožňují financování svépomocných aktivit uživatelských organizací i programů na sociálně zdravotním pomezí.** • HMP poskytuje finanční prostředky na financování sociálních služeb i nad rámec dotací z MPSV prostřednictvím grantového schématu. • O tématu duševního zdraví a poskytovatelích služeb (zejména z neziskového sektoru) je zčásti povědomost mezi nadacemi a fondy. Každoročně se podaří organizacím získat finanční prostředky z těchto zdrojů, byť spíše v menším objemu.	tedy nadále motivuje poskytovatele k tomu, aby bylo obsazeno co nejvíce lůžek po co nejdelší čas. • **Stávající systém posuzování zdravotního stavu a míry soběstačnosti pro účely invalidity a přiznání příspěvku na péči nedostatečně zohledňuje problematiku osob s SMI. ID části osob s SMI v Praze nestačí na důstojný život.** • V Praze je dle odhadů velký počet osob s SMI, které nemají přiznánu výplatu invalidního důchodu. Tato skutečnost významně snižuje možnost návratu těchto osob z dlouhodobé hospitalizace do běžného života.[22] • Cílová skupina SMI má významně nízké finanční příjmy a jsou ohroženi chudobou – to jim často neumožnuje nakoupit si další podpůrné služby – např. právní pomoc, často jim to neumožňuje zapojení do volnočasových a kulturních aktivit, cestování (nemohou využívat výhody osob s TZP), apod.[23] • Velká část osob s SMI má dluhy a hrozí jim exekuce. • Terénní a krizová pomoc je ze zdravotního pojištění financována nedostatečně, je nezbytné dofinancování z jiných zdrojů. • **Uživatelské aktivity a aktivity rodinných pečujících nemají nastavenou finanční udržitelnost (granty z roku na rok)** • Malý finanční prostor (v dotacích a grantech) pro vzdělávání pracovníků ve službách pro SMI nad rámec povinného zákonného vzdělávání. • Prevence problému v duševním zdraví není dostatečně zohledněna v akreditačním systému primární prevence. Z toho plyne nepoměrně menší objem finančních prostředků na toto téma věnovaný z prostředků HMP i MČ[24]. • Posuzování stupně závislosti osob s SMI na pomoci jiné fyzické osoby pro účely PnP nedostatečně reflektuje zdravotní stav a jeho dopad na funkční schopnosti těchto osob zvládat základní životní potřeby, z čehož plyne, že velmi malý počet těchto osob má přiznaný odpovídající PnP.
SÍŤ SLUŽEB • Existuje vysoká variabilita sociálních a zdravotních služeb • **V Praze aktuálně působí 5 CDZ - pokrývají spádovou oblast přes 500 tis. obyvatel.** • **V Praze působí 7 sociálních terénních týmů (týmy duševního zdraví, dále TDZ), byť ne v dostatečné personální kapacitě a aktuálně pokrývají spádovou oblast přes 500 tis. obyvatel Prahy.** • Poměrně hustá síť ambulantních psychiatrů v Praze, včetně pilotování ambulancí s rozšířenou psychiatrickou péčí • Existence psychoterapeutických programů v DS a poměrně hustá síť nabízející psychologickou a PST pomoc (ve srovnání se zbytkem ČR) • Otevřenost PNB pro nové přístupy a spolupráci s komunitními službami • V PN Bohnice zavedený systém spolupráce se spádovými komunitními službami pro SMI. • Zřízení 177 akutních psychiatrických lůžek v PNB (převedením z následných lůžek v poměru 1:1,3). • Spolupráce Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice (PK VFN) se spádovými terénními službami	SÍŤ SLUŽEB • V některých částech Prahy nejsou dostupné služby multidisciplinárních terénních týmů • **Personální kapacita CDZ a TDZ je stále personálně omezená** • Financování zdravotních částí CDZ neumožňuje poskytování služeb pro osoby na pomezí či za hranicí diagnostického vymezení či mimo spádovou oblast, což znamená, že pro část osob nejsou tyto služby dostupné. To se týká i osob bez trvalého bydliště (respektive s fiktivním bydlištěm - vystěhovaných z bytů a trvale hlášených na ohlašovně úřadu). • **Nejsou dostupné komunitní služby pro lidi, kteří potřebují dlouhodobou a intenzivní podporu a péči, mnohdy 24/7. To se negativně dotýká zejména osob dlouhodobě hospitalizovaných v PNB, jejichž míra funkčního postižení je vlivem nemoci i dlouhodobé hospitalizace snížena.** • Služby domovů se zvláštním režimem pro vymezenou skupinu nejsou individualizované a jsou lokalizované mimo Prahu • Nedostatečná kapacita služeb pro vyhledávání (assertive outreach) a následnou podporu do té doby neléčených osob cílové skupiny • **Velký počet lidí bez domova, kterým není kde poskytovat potřebnou službu**

[22] Výstup ze škálování v PNB, 2020
[23] Výzkum NÚDZ
[24] Přehled výsledků grantových programů HMP a MČ v období 2018, 2019

• Existence krizových služeb v Praze – Centrum krizové intervence v PNB, RIAPS a další menší týmy.
• Dobrá spolupráce komunitních služeb a MHMP v oblasti přidělování sociálních bytů včetně nastavení nižšího prahu pro přidělování sociálních bytů osobám s duševním onemocněním
• Záchranná služba HMP je dobře zabezpečena a postupně se její pracovníci více orientují i v problematice duševního zdraví (zlepšení přístupu a komunikace ke klientům, vyšší kompetence v třídění problematiky)
• V Praze existuje program práce dobrovolníků s cílovou skupinou
• Široká paleta programů na podporu pracovního uplatnění a jejich vzájemná koordinace
• Individual placement and support (IPS) jako metoda podporovaného zaměstnávání je pevná součást CDZ a pozitivně využívá multidisciplinaritu v CDZ.
• V Praze funguje celá řada míst dobré praxe, např.:
  ○ v poskytování sociálně zdravotních služeb (CDZ - společné týmu zdravotníků a sociálních pracovníků)
  ○ v oblasti zaměstnávání uživatelů služby (systémy podporovaného zaměstnávání)
  ○ existující svépomocné uživatelské aktivity (pacientští důvěrníci, kluby)
  ○ samotní uživatelé jsou součástí týmů poskytujících sociální služby jako peer konzultanti
  ○ program zapojení peer pracovníků v PNB
  ○ spolupráce CDZ s praktickými lékaři a dalšími službami v komunitě
• V Praze je vzhledem k zaměstnávání poměrně široké spektrum pracovních příležitostí
	• Nedostupnost (zejména finanční) běžného bydlení pro cílovou skupinu
	• **Velmi málo sociálních bytů na úrovni Hl.m.Prahy i jednotlivých MČ určených pro cílovou skupinu**
	• Chráněné bydlení byť nastavené jako tréninkové, není vzhledem k nedostupnosti návazného bydlení prostupné (klienti zde zůstávají i několik let, protože nemají kam jinam odejít)
	• **Naplněná kapacita sociálních služeb chráněné bydlení neumožňuje přijímat klienty z hospitalizace**
	• Nedostatek míst v chráněném bydlení, případně podpory v individuálním bydlení pro klienty s duální diagnózou či poruchami osobnosti. Tito klienti jsou těžko umístitelní do běžných skupinových bydlení pro SMI (narušování komunity, nedostatek personálu, který by uměl s danou skupinou pracovat).
	• Chybí funkční nábytková banka, která by pomohla s vybavením sociálních bytů.
	• Menší dostupnost obecných poradenských služeb pro cílovou skupinu
	• **Nedostatek služeb pro smíšené skupiny např. pro osoby s duálními diagnózami, pro osoby s organickým postižením a s psychotickým onemocněním**
	• Není řešena otázka bydlení a služeb pro osoby s duševním onemocněním nad 66 let. Domovy pro seniory nepřijímají cílovou skupinu osob s SMI. Duševní onemocnění (SMI) je často kontraindikací (protiprávní) pro přijetí do těchto pobytových sociálních služeb
	• **Krizová pomoc v Praze je fragmentovaná (také podle dg), s minimálním segmentem terénní práce, je nedostatečně zajištěna návaznost pomoci.**
	• **Pro část osob bez domova není odborná komunitní podpora dostupná z důvodu absence systému spolupráce mezi bezdomoveckými službami a službami pro duševní zdraví**
	• Nedostupnost psychoterapie v aktuálním stavu zejména v oblastech, kde nejsou CDZ
	• Málo podpůrných programů a intervencí terapeutického zaměření také z důvodu obtížnosti jejich financování (chybí prostor ve službách pro individuální podpůrné hovory)
	• Vysoká nezaměstnanost cílové skupiny (např. nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové psych. péče přesahuje 75 %, v letech 2005 až 2014 dosahovala 82,1 %[25], 73% klientů služeb CDZ je zcela bez práce či dobrovolnické činnosti.[26])
	• Nedostatek míst na zkrácený pracovní úvazek na běžném pracovním trhu
	• Obtíže při zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na běžném pracovním trhu často vyplývají z přestávek či mezerách v pracovních kariérách lidí s duševním onemocněním a z kolísavého zdravotního stavu lidí s duševním onemocněním
	• Chybějící péče o duševní zdraví na pracovišti obecně ztěžuje zaměstnávání lidí s SMI.
	• Snížená dostupnost rekvalifikačních kurzů pro cílovou skupinu před jejich potenciálním zaměstnáváním.

[25] Výzkum NÚDZ
[26] Hodnocení pilotních projektů CDZ

INFORMACE A OSVĚTA, DESTIGMATIZACE • **Existence poměrně velkého množství různých destigmatizačních programů, často s dlouhou tradicí** • Existuje několik programů prevence v oblasti duševního zdraví ve středních i základních školách • **Nastavená spolupráce organizací poskytující destigmatizační aktivity v rámci iniciativy Praha duševní** • Existují a jsou realizovány programy proškolování veřejné správy, sociálních a zdravotních služeb v rámci projektu Destigmatizace • Dobrá praxe destigmatizačních programů v oblasti kultury • Pro zaměstnávání cílové skupiny je důležité, že v Praze je mezi zaměstnavateli i relativně otevřená tolerantní společnost a je možné zde využít i určitou míru anonymity	INFORMACE A OSVĚTA, DESTIGMATIZACE • **Nedostatečná informovanost veřejnosti o problematice duševních onemocnění a možnostech léčby.** • Chybí aktualizovaný přehled o stávajících službách v oblasti duševního zdraví v Praze. A to i v důsledku toho, že se díky Reformě podařilo dynamicky tyto služby rozvíjet. • Nedostupnost informací o obsahu nabízených služeb (nejsou dostatečně srozumitelné pro cílovou skupinu) • **Nedostatečná informovanost pracovníků veřejných institucí o problematice duševních onemocnění a možnostech léčby** • **Stále je vysoká míra stigmatizace lidí s duševním onemocněním nejen ve veřejnosti ale i ve zdravotnictví a veřejné správě.** • Přetrvávající vysoká míra stigmatizace cílové skupiny. Například u potenciálních zaměstnavatelů je velké stigma a diskriminace omezující je v zaměstnávání. • **V Praze není plošně nastaven systém prevence problémů v duševním zdraví, problémy se řeší až nákladnou odbornou pomocí a krizovou podporou, hospitalizací, apod.** • Ve školách je kladen malý důraz na podporu duševního zdraví
VZDĚLÁVÁNÍ • V Praze je poměrně dostatek pregraduálního vzdělávání profesí, které se uplatňují v péči o duševní zdraví (psychiatři, psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníci). • V Praze existuje kromě pregraduálního vzdělávání zdravotních sester také vzdělávání psychiatrických sester. • V Praze je velká nabídka školitelů a celkem pružná reakce na potřeby • **Akreditované programy pro sociální služby nabízí Centrum vzdělávání Fokusu Praha, a to včetně peer lektorů. Dále jsou využívány programy Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ), také s peer lektory.** • **Existence velké škály sociálně a zdravotně orientovaných škol. Některé z nich jsou propojeny na služby, studenti tam absolvují stáže** • V Praze existuje pregraduální vzdělávání pro sociální pracovníky, kde je nabízeno i určité penzum učiva v oblasti duševního zdraví • Existuje spolupráce mezi některými školami a poskytovatelskými organizacemi ohledně stáží. • PNB umožňuje stáže pro pracovníky komunitních služeb (mimo období pandemie) KVALITA • **V rámci NAPDZ byla zpracována analýza omezovacích prostředků (včetně režimových opatření) používaných v psychiatrických nemocnicích** • Komunitní služby mají dlouholetou praxi v poskytování služeb orientovaných na potřeby klientů a zaměřené na jejich zotavení • Ve službách se používají nástroje pro individuální práci založené na zotavení (I.ROC, CARE) • V PNB bylo a je prováděno hodnocení kvality podle WHO toolkitu, metodiky kvality je zpracováno doporučení pro pracovníky a management PNB • Je nastavována spolupráce mezi zdravotně sociálními pracovníky PNB a veřejnými opatrovníky a sociálními pracovníky MČ (spoluprací s Magistrátem HMP)	VZDĚLÁVÁNÍ • **Nízké kompetence v komunikaci s lidmi s duševním onemocněním u služeb, které nejsou specializované na SMI (například občanské poradny)** • **Nízká odborná způsobilost posudkových lékařů pro cílovou skupinu** • **Nízké kompetence opatrovníků v komunikaci s lidmi s duševním onemocněním** • Pregraduální vzdělávání lékařů obsahuje pouze okrajově komunitní péči, moderní trendy v péči např. zotavení, otevřený dialog. • **Předatestační přípravu psychiatrů není až na výjimky poskytována v komunitních službách.** • **Neprobíhají (nebo pouze v minimální míře) stáže pracovníků lůžkových psychiatrických zařízení v komunitních službách.** • Chybí systém vzdělávání soukromých opatrovníků, což často vede k nerespektování práv a přání klienta (např. opatrovníci směřují opatrovance do DZR, přestože mají všichni okolo jiný názor, apod.). • Zákonné vzdělávání veřejných opatrovníků neobsahuje jako povinný obsah Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (CRPD) a její souvislosti s opatrovnictvím. V opatrovnické praxi tudíž často respekt k CRPD chybí. KVALITA • Vnitřní nastavení služeb zejména zdravotních, ale i sociálních (pravidla, vnitřní směrnice, režimová opatření, organizace služeb) často neumožňuje reagovat na potřeby klienta a často naopak zvyšuje práh služby. • Velikost a prostorové uspořádání a organizace péče PNB a pobytových sociálních služeb DZR neumožňuje často poskytování individualizované péče • **V PNB je nadále velká míra omezování práv pacientů (omezovacími prostředky i režimovou léčbou) i přes snahu toto změnit (např. odd. 27)**

	• V PNB je stále poměrně vysoký počet klientů s ústavní ochrannou léčbou - 55 osob[27] mimo sexuologické či adiktologické léčby, byť v období 2017 – 2018 došlo k výraznému snížení tohoto počtu o 1/3. Stále chybí možnosti alternativ k ústavní ochranné léčbě. • **Materiálně technické podmínky v PNB, personální kompetence a kapacita i nastavení průběhu léčby nedává dostatečný důraz na začleňování uživatelů do běžného života, na jejich zotavení[28]. Neumožňuje dostatečné soukromí, nezohledňuje dostatečně preference pacientů. Obdobná situace je i v domovech se zvláštním režimem.** • **Neexistuje dostatečná kontrola výkonu opatrovnictví, metodická podpora veřejných opatrovníků není dostatečná. Výkon opatrovnictví nezohledňuje principy ochrany práv opatrovanců zejm. opomíjením jejich vůle a preferencí.** • U veřejných opatrovníků v mimopražských DZR existuje střet zájmů, který de fakto vede k nerespektování práv opatrovanců (příspěvek na výkon opatrovnictví versus zájem klienta opustit zařízení) • **Na území Prahy není systematická podpora uživatelů omezených ve svéprávnosti, nástroje podporující rozhodování uživatelů definované novým občanským zákoníkem se využívají v malé míře.** • Malá flexibilita a individualizované kapacity pobytových sociálních služeb (i CHB) v reagování na individuální potřeby klienta v daném čase (často zapříčiněno omezenou personální kapacitou, financemi, registrací, dotačním projektem). • **Neexistuje funkční systém hodnocení a podpory rozvoje kvality sociálních služeb se zapojením uživatelů a jejich blízkých.**
ADVOCACY A PODPORA UŽIVATELŮ A PEČUJÍCÍCH • **V Praze existuje několik svépomocných uživatelských aktivit (pacientští důvěrníci, kluby), některé mají již dlouho historii a tradici** • **Samotní uživatelé jsou součástí týmů poskytujících sociální služby (např. peer konzultanti) zejména v terénních službách** • **V PNB již několik let běží program zapojení peer pracovníků zejména formou peer klubu a zapojení na odd. následné péče** • Lidé se zkušeností s duševním onemocněním i pečující jsou členy KKS • Lidé se zkušeností s duševním onemocněním jsou členy monitorovacích orgánů některých CDZ • Podporu uživatelů domoci se práv poskytují v Praze i některé lidskoprávní organizace, byť aktuálně spíše ojediněle • V Praze je ustavena skupina uživatelských aktivit a aktivit rodičů nazvaná SETUŽ. Ta komunikuje průběžně s regionálním konzultantem.	ADVOCACY A PODPORA UŽIVATELŮ A PEČUJÍCÍCH • Neexistence advokačního systému – domoci se práv vůči psychiatrickým nemocnicím, pobytovým sociálním službám, nespravedlivému posouzení v případě dávek apod. je velmi obtížné. • **Chybí silná sjednocující platforma pro uživatelské hnutí v regionu, platforma nebo střešní či servisní organizace, která by podporovala malé uživatelské skupiny (projektový management, fundraising, apod.)** • Uživatelské organizace i organizace rodinných pečujících nejsou dostatečně asertivní při presentaci své problematiky, při vyjednávání a obhajobě práv a zájmů cílové skupiny (také vlivem stigmatizace a selfstigmatizace) • Svépomocné uživatelské skupiny jsou méně stabilní také v důsledku onemocnění členů • Podpora pečujících pro cílovou skupinu není dostatečně etablovaná ve společnosti • Rodinní příslušníci obtížně hledají vyváženost podpory (péče) svých blízkých s duševním onemocněním a umožnění jim osamostatnění • **V Praze nejsou zapojeni rodinní příslušníci do samotného poskytování služeb (peer pečující)**

[27] Data z šetření 2018, Příloha Národního akčního plánu, MZ, 2020
[28] Výstupy z hodnocení podle WHO toolkitu prováděného v psychiatrických nemocnicích v roce 2018

PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
ŘÍZENÍ, TVORBA SYSTÉMU A JEHO KOORDINACE • Národní akční plán pro duševní zdraví dá rámec pro tvorbu systému na úrovni kraje. • Novely zákona o zdravotních službách a zákona o sociálních službách dají legislativní rámec pro centra duševního zdraví • Schválení zákona o sociálním bydlení umožní rozšířit příležitosti sociálního bydlení pro cílovou skupinu po celé Praze (tzn. I do MČ, kde to zatím neprobíhá). • Vstřícná sociálně orientovaná politika kraje vůči nízkopříjmovým skupinám. • **Implementace Memoranda o spolupráci na Reformě mezi MHMP a MZ pomůže zakotvit některá opatření do dlouhodobé koncepce a strategie MHMP.** • **Zapojit problematiku duševního zdraví do dalších strategií (bezdomovecká, protidrogová, ad.) umožní pokrýt stávající šedé zóny a pomoci klientům na rozhraní cílových skupin.** • **Promítnout problematiku duševního zdraví do dalších politik města, např. budování dostupného sociálního bydlení, podpory sociálního podnikání, prorodinné politiky, ad.** • Zakotvit na krajské i národní úrovni strategii deinstitucionalizace – se souběžným posilováním komunitních služeb by to znamenalo omezování (nenavyšování) pobytových institucionálních služeb. • **Zakotvit Krajské koordinační skupiny do struktury výborů a komisí zastupitelstva, což umožní dlouhodobou udržitelnost strategie a naplňování Akčního plánu** • **Zřídit výkonný tým pro Reformu péče o duševní zdraví na úrovni Prahy (příp. společně se Středočeským krajem) s úzkým navázáním na orgány Hl.m.Prahy a se zastoupením pracovníků MHMP v tomto týmu (příp. s úzkým navázáním i na Středočeský kraj a se zastoupením pracovníků Středočeského kraje) a zafinancováním zabezpečit jeho fungování.** • **Nastavit mechanismus hodnocení implementace Reformy, který dá jednoznačnou zpětnou vazbu pro HMP i poskytovatele** • Presentovat hodnocení realizace Reformy v komisích a výborech napříč zastupitelstvem HMP, což pomůže získat dlouhodobou podporu pro pokračování Reformy. • **Vytvořit informační portál nebo informační středisko (hub) o Reformě v Praze napomůže informovanosti o službách i změnách v oblasti péče o duševní zdraví i o aktuálním dění v Reformě v Praze (info z KKS, pracovních skupin, vznik nových služeb, změny ve službách, apod.)** • Využít externí experty z ČR a zahraničí, což umožní inspirovat se z dobré praxe a vyhnout se chybám či rizikům při realizaci. Sdílení zahraniční praxe pomůže rozptýlit obavy ze změn. • **Více zapojit MČ do Reformy, zejména ve tvorbě systému a koordinaci a vzájemné informovanosti, což umožní lepší využití místních komunitních zdrojů pro klienty (služby, formální i neformální aktivity, ad.) pro služby duševního zdraví (spolupráce s institucemi, službami, získání prostor, ad.), v nabídce pomoci pro obyvatele komunity.** • Užší spolupráce všech poskytovatelů na smluvní bázi nejen co se týká spolupráce na péči konkrétních klientů, ale také při plánování rozvoje služeb	TVORBA SYSTÉMU A JEHO KOORDINACE • Nepodaří se prosadit potřebné legislativní normy podporující Reformu péče o duševní zdraví (Z. o zdravotní péči, Z. o sociálních službách, Z. o sociálním bydlení, ad.) i větší rovnoprávnost cílové skupiny (posuzování pro invaliditu a PnP, ad.) • Novela zákona o sociálních služeb odebere plánování rozvoje sociálních služeb z krajské úrovně a převede na centrální. Kraje a Praha ztratí odpovědnost za síť služeb. • Nestabilní právní prostředí a politická situace pro transformační snahy • Neshoda politických sil v Praze na potřebnosti Reformy a z toho plynoucí chybějící politická vůle k pokračování reformy • Nedostatečná podpora Reformy na krajské úrovni ze strany MZ a MPSV, příp. Rady Vlády pro duševní zdraví • Nedostatečná kontinuita na úrovni HMP a MČ v důsledku neschválení strategického dokumentu pro pokračování Reformy • Lobbyistické a mocenské tlaky v ZHMP na zastavení Reformy • Netransparentnost procesu transformace, nedostatek informací o Reformě • Neukotvenost Reformy ve struktuře MHMP po ukončení projektů Reformy na MZ povede k nekoordinovanosti a neprovázání Reformy na jednotlivé strategie. • Karanténní opatření v souvislosti s covidem omezuje spolupráci komunitních služeb s psychiatrickými nemocnicemi, resp. s klienty t. č. hospitalizovanými. • Zvyšující se nezaměstnanost v době popo covidu omezí možnosti zaměstnávání lidem s duševním onemocněním.

• Spolupráce HMP, MZ i dalších institucí a organizací na deinstitucionalizaci PNB umožní propojit a sladit akční plán rozvoje služeb a transformační plán PNB • **Zapojit HMP do plánu transformace PNB (spolu s PNB a MZ) a zároveň připravit spolu s MZ a PNB dlouhodobou pozitivní vizi (plán) pro vhodnější využití areálu PNB i s ohledem na potřeby občanů Prahy.** • **Nastavit systém spolupráce mezi službami pro duševní zdraví, adiktologickými službami a službami pro osoby bez domova, což přinese efektivnější řešení.** • Využít mezisektorové spolupráce (občanský sektor, akademický sektor, podnikatelský sektor, veřejná správa....) a tím posílit dopad plánovaných kroků v Reformě. • Využít pilotní projekty v rámci Reformy při medializaci podpory Reformy což napomůže zviditelnění konkrétních pozitivních dopadů na společnost. • Sběr statistických dat a příběhů pro presentaci úspěchů Reformy posílí argumentační sílu pro další potřebné reformní kroky. • Shromáždit z dostupných zdrojů informace o zaměstnanosti osob s duševním onemocněním a o úspěšnosti stávajících programů. Případně realizovat průzkum. Výsledky publikovat. • Analyzovat oblasti, ve kterých je žádoucí úzká spolupráce Prahy a Středočeského kraje.	
FINANCOVÁNÍ • Využít zdrojů evropských fondů pro inovativní projekty • **Využít investiční prostředky z fondů MPSV, IROP, MHMP pro potřebné investiční projekty** • **Zajištění financování na rozvoj uživatelského hnutí a hnutí rodinných příslušníků / pečujících umožní jejich větší svébytnost a tím i zapojení do rozhodování o podobě systému služeb.** • Granty na inovativní a průřezové projekty, na podporu a monitoring reformy. • Využít finančních zdrojů na financování prevence a destigmatizačních a informačních kampaní • Spolupracovat s dalšími zdravotními pojišťovnami • Vyjednat financování služeb a projektů Reformy od MČ • Využít nadační zdroje a fundraising na chybějící segmenty služeb • **Zajistit financování pro řízení a koordinaci Reformy na úrovni Prahy** • Finančně podpořit zahraniční spolupráci a sdílení dobré praxe, včetně zahraniční supervize krajského systému péče. • Nastavit granty MHMP tak, aby umožňovaly financování vzdělávání pracovníků v sociálních službách nad rámec povinného vzdělávání. • **Nastavit systém veřejných zakázek se sociálním dopadem na úrovni HMP i MČ, což by mělo pomoci sociálním firmám a obecně zaměstnavatelům OZP (osob se zdravotním postižením)** • **Vyjednat spolupráci s Úřadem práce HMP na systémovém projektu zaměstnávání cílové skupiny a lidí se závislostí, lidí bez domova.** • Hledat zdroje pro individuální podpůrné fondy pro klienty (v rámci HMP?), ze kterých by se klientům na přechodnou dobu hradily základní potřeby (např. nájem, kauci na	FINANCOVÁNÍ • Nedostatečné financování v důsledku krize po covidu a personální nestabilita v sociálních službách • Nedostatečné finanční prostředky uživatelů sociálních služeb (často jde o nezaměstnané, bez příspěvku na péči či přiznaným stupněm invalidity, případně přiznaným stupněm invalidity, ale bez přiznaného ID na dávkách pomoci v hmotné nouzi) • Zvyšující ceny poplatků za léky prohlubují chudobu jako doprovodný jev nemoci • Objem dotací na sociální služby z MPSV se i přes přísliby pro Reformu péče o duševní zdraví nezvýší nebo budou finanční prostředky pro Reformu nadále navázány na směrné číslo, kdy není zohledněn počet služeb na území a výše jejich podpory. • Financování zdravotních služeb stále podporuje více lůžkovou péči oproti terénní a komunitní péči. • Omezení finančních zdrojů pro Reformu v důsledku covidu či následné ekonomické krize. • Nedostupnost (zhoršená dostupnost) služeb pro lidi s minimálním nebo žádným příjmem. (hrazené sociální služby – pobytové sociální služby, pečovatelská služba, asistenční služby, PST v privátních praxích, ad.) • Nízké ohodnocení pracovníků ze sociální oblasti znamená obtížně získat a udržet kvalifikované zaměstnance. • Nastavení financování zdravotní části CDZ prostřednictvím úhrad nebude umožňovat poskytovat kvalitní terénní péči a nebude dostatečně motivující pro vznik dalších CDZ. • Bude vzrůstat míra chudoba a bezdomovectví u lidí s duševním onemocněním. • Nedostatek finančních zdrojů na zahraniční spolupráci • Nedostupná finanční podpora pro malé uživatelské svépomocné organizace organizace (příliš náročná administrace, lékařská garance, apod.)

bydlení, apod.). Tzv. individuální balíčky fungují v zahraničí – např. v Terstu, UK. SÍŤ SLUŽEB • **Pokračovat v multidisciplinární spolupráci na všech úrovních – uvnitř týmů v lůžkových psychiatrických odděleních, mezi lůžkovými psychiatrickými zařízeními a komunitními službami, mezi všemi službami v rámci komunity** • Prohloubit spolupráci mezi PNB a komunitními týmy ve společném přípravě individuálních plánů klientů dlouhodobě hospitalizovaných při jejich opouštění PNB • **Nastavit funkční spolupráci PNB a komunitních služeb na akutních odděleních, a to při příjmech do PNB i při propouštění a zakomponovat ji do vnitřních procesů PNB i komunitních služeb** • Otevřenost MHP rozšířit zdravotní a zdravotně-sociální služby v oblasti péče o duševní zdraví ve vlastních příspěvkových organizacích • **Využít projektové výzvy na vytvoření funkčního a koordinovaného systému propojení jednotlivých služeb a prvků při řešení krizových situací v oblasti duševního zdraví** • Zájem ZZS HMP na systémovém řešení v řešení emergentních situací pomůže nastavit spolupráci mezi ZZS a krizovými službami a CDZ / TDZ • Využití projektu Vizdom (early intervention), resp. Jeho výstupů pro nastavení systému podpory a pro zapojení nového týmu MHMP i CDZ do krizové pomoci. • Využít zahraniční podpory pro publicitu a následné rozšíření programů Individual placement of support (IPS). Úspěšnost služby (sledováno při ukončení programu) činí 56 %, přičemž přibližně 60 % míst je na otevřeném, nikoliv chráněném pracovním trhu[29]. • Zavést alternativní online podporu tam, kde je to vhodné nebo nevyhnutelné a zajistit pro to finanční příp. organizační a legislativní podporu. • Využít zmenšeného turismu a tím pádem obsazenosti Airbnb pro získání bytů pro klienty příp. pro chráněné bydlení (V systému potřebujeme více možností bydlení pro klienty, pro které je nízká intenzita podpory v sociálních bytech nedostačující. Jedná se o formy bydlení, jakými jsou CHB nebo sociální byty s intenzivní podporou mnohdy s pečovatelskou péčí. Jedná se o dlouhodobé bydlení, které nahradí pobyt v PNB, DZR nebo zabrání bezdomovectví). • Inspirovat se zahraničním modelem **Shared Lives (**podpora přímo v „pěstounských“ rodinách na určitou dobu respitu a vytvořit škálu různých odlehčovacích služeb pro klienty • Vznik sociálně realitní agentury, která by pomáhala vyhledávat vhodné nemovitosti pro podnájem, pronájem pro sociální byty. • Spolupráce s MPSV na podpoře sociálního bydlení a sociálního podnikání • Využít zahraničních know how a dobrých kontaktů na evropské sítě pro sociální podnikání pro to, jak zapojit potenciál dílen a obslužných provozů a centrální terapie v PNB pro pracovní rehabilitaci a zaměstnávání uživatelů péče. Příprava pilotního projektu se zahraničními partnery.	SÍŤ SLUŽEB • Nezměněná či zhoršená bytová situace v Praze. • Nepodaří se získat dostatek běžných bytů pro sociální bydlení nebo chráněné bydlení. • Nebude se dařit zabezpečení podpory lidem s potřebou vyšší míry podpory v komunitě, což neumožní jejich propuštění z PNB • V pokračování Reformy převládne humanizace psychiatrických nemocnic namísto jejich deinstitucionalizace. • Pomalá deinstitucionalizace PNB bude zdražovat její proces a bude třeba také investovat do postupně stárnoucích budov. • Zastaví se podpora deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb na úrovni MPSV (v tuto chvíli zakotvené ve strategii rozvoje sociálních služeb) • Nedostatek odborného personálu pro komunitní služby i lůžkové psychiatrické služby. • Neochota spolupracovat – mezi službami, mezi profesemi • Prodlužování či opakování pandemie a karanténních opatření • Neustálý rozvoj a růst služeb některých poskytovatelů destabilizuje organizaci • Nárůst nezaměstnanosti povede k nižší úspěšnosti IPS a dalších programů podpory zaměstnanosti cílové skupiny • Velký nárůst popandemických stavů depresí, úzkostí, sebevražednosti povede ne k posílení primární prevence a krizových služeb, ale k navyšování kapacit psychiatrických lůžkových zařízení

[29] Platforma IPS

• **Projekt dobrovolnictví na MZ by mohl pomoci posílit dobrovolnické služby v oblasti péče o duševní zdraví** • Transformace pečovatelských služeb (rozšíření provozní doby, odklon od pouze úklidu a rozvozu stravy) a určitý tlak MHMP na tuto proměnu napomůže se zabezpečením péče o některé klienty. • Zvýšení incidence popandemických obtíží v duševním zdraví povede k posílení segmentu krizové pomoci a ochotě toto systémově zabezpečit. • **Významným způsobem rozvíjet preventivní programy pro širokou společnost** • Využít výzvu ESF na podporu komunitních center a navázat spolupráci. • Podpora komunitních center včetně kulturně zaměřených programů. • Vznik týmu duševního zdraví orientovaného na lidi bez domova a široce spolupracujícího s CDZ, TDZ • Kromě CDZ i do TDZ integrovat komponentu IPS. Tím by bylo zajištěno rovnoměrné pokrytí celého území službou s prokázanou účinností při umísťování na otevřeném pracovním trhu. • Na úrovni města Prahy zachovat a podpořit široké spektrum dalších služeb pro podporu zaměstnávání (s jasně definovaným rozsahem). Jedná se o služby tréninkové zaměstnání (kavárny), přípravy na práci, chráněná pracoviště. • Zlepšit networking (vzájemné setkávání a informování) služeb v oblasti zaměstnávání. • Navázání užší a systémové spolupráce s pečovatelskými službami a home care i s pobytovými službami domovů pro seniory a DOZP i praktickými lékaři. • Propojení služeb pro lidi s mentálním postižením s PNB, příp. komunitními službami VZDĚLÁVÁNÍ • Dostupné zahraniční zkušenosti – např. konkrétní modely péče (Finsko, Holandsko, Italie, Velká Británie) • **V rámci projektu MZ Multidisciplinarita využít zahraniční lektory pro podporu inovativních služeb v systému, např. Recovery house, recovery college, tým otevřeného dialogu, apod., které budou inspirovat novým pojetím a přístupem** • **Využít projekt Destigmatizace pro systematické vzdělávání příslušníků policie, IZS, pracovníků veřejné správy, opatrovníků v porozumění problematice duševního zdraví, v komunikaci s cílovou klientelou (posudková služba)** • Granty MHMP umožňují financování vzdělávání pracovníků v sociálních službách nad rámec povinného vzdělávání. • Zvýšit odbornou orientaci a kompetence veřejných opatrovníků – zkvalitnit metodickou podporu opatrovníkům • Vzájemné stážování pracovníků psychiatrických nemocnic a komunitních služeb. • Vzdělávání pracovníků zdravotních služeb v systému a přístupech práce komunitních služeb • **Zajistit předatestační přípravu psychiatrů, psychologů v komunitních službách.** • Zvýšit dostupnost rekvalifikačních programů, kterých by se mohli účastnit lidé s duševním onemocněním. • Projekt na podporu vzdělávání a supervize pracovníků ve službách,	VZDĚLÁVÁNÍ • nedostatečné kompetence Policií ČR a městskou policií pro jednání s cílovou klientelou • Neznalost procesu transformace mezi odbornou společností • Způsob přípravy odborníků během studia - nedostatek praxe a praktických dovednosti pří nástupu do práce s lidmi s DO znamená vysokou investici na vstupu pro zaměstnavatele • Privátní a lůžková psychiatrická zařízení nabídnou kvalifikovanému personálu (zejména psychiatrům a psychologům) tak dobré podmínky, že nebude zájem o práci v komunitních službách, • Protipandemická opatření neumožňují presenční vzdělávání ani semináře a konference • Pandemie neumožňuje úzkou spolupráce se zahraničím

INFORMACE A OSVĚTA, DESTIGMATIZACE • Programové prohlášení koalice HMP „Zlepšíme dostupnost péče o duševní zdraví včetně programů prevence a včasné diagnostiky duševních onemocnění. Zlepšíme povědomí Pražanů o způsobech péče o duševní zdraví“ dává prostor pro iniciování projektů a aktivit, které přispějí k rozvoji péče o duševní zdraví • **Praha duševní jako široká zastřešující inciativa informativních, preventivních a destigmatizačních aktivit a partner Hl.m.Prahy** • Obnovení akreditací programů primární prevence na MŠMT • **Průběžně aktualizovat informační portál (www.psychoportal.cz) o službách a dostupné pomoci v oblasti duševního zdraví a využít ho jako informační kanál reformy v Praze** • Připravit doplnění duševního zdraví do témat primární prevence ve spolupráci s Centrem primární prevence a programy destigmatizační a preventivní akreditovat. Tím získají větší atraktivitu u škol. • **Ochota představitelů HMP zaštítit a presentovat širší destigmatizační kampaň. Ve spolupráci HMP a Prahy duševní pak připravit informačně destigmatizační kampaň s využitím plakátovacích ploch a sociálních médií. Získat k tomu mediální partnerství.** • Využít mobilizace společnosti po covidu A zapojit známé osobnosti do spolupráce. • Rozšířit nabídku stávajících preventivních programů na školách apod. • Zlepšit celkové povědomí o systému komunitní péče, znalost i pro odborníky • **Pokračovat v pravidelných besedách o tématech duševního zdraví (Minuty duše, ad.)** • Vyjednat širokou politickou záštitu pro prevenci a destigmatizaci • Realizovat destigmatizační programy cílené přímo na zaměstnavatele (se zapojením zaměstnavatelů např.). KVALITA • V PNB bylo a je prováděno hodnocení kvality podle WHO toolkitu, metodiky kvality je zpracováno doporučení pro pracovníky a management PNB • **Projekt na podporu zvýšení kvality péče (a dodržování práv dle CRPD) v lůžkových psychiatrických zařízeních a domovech se zvláštním režimem** • **Nastavit indikátory, popř. alespoň vodítka k vyhodnocení kvality služeb i systému kontroly** • **Zavést způsob monitoringu kvality a se zapojením uživatelů a rodinných příslušníků** • **Projekt na hodnocení kvality poskytované péče v komunitních službách, s vyhodnocením dopadů péče a kvalitativního hodnocení.** • Obecně podporovat existenci zkrácených úvazků a flexibilních forem pracovních poměrů (na běžném trhu)	INFORMACE A OSVĚTA, DESTIGMATIZACE • Reforma nedostává prostor v médiích, nefunguje informovanost široké populace • Přístup somatické medicíny – vlivem stigmatizace cílové skupiny je duševní nemoc vnímána jako kontraindikace léčebné péče – to vede k diskriminaci • Negativní postoj komunity v důsledku stigmatizace psychiatrické oblasti • Akreditační procesy primární prevence na MŠMT se nerozeběhnou • Nějaká kauza ohledně člověka s duševním onemocněním (agrese, apod.) obrátí veřejnost proti Reformě a proti deinstitucionalizaci PNB, proti komunitním službám • Nárůst xenofobních nálad ve společnosti zhorší stigmatizaci lidí s duševním onemocněním KVALITA • MPSV prakticky nekontroluje kvalitu poskytování sociálních služeb. Inspekce neprobíhají nebo pouze v minimální míře. • Nastavení formálního hodnocení kvality v systému péče o duševní zdraví (převzetí systému akreditace zdravotnických zařízení) • Nebude zajištěna metodická podpora CDZ, která dnes probíhá v rámci projektů MZ. • Nefunkční spolupráce opatrovníků a sociálních pracovníků MČ a metodické podpory ze strany MHMP • Rozhodování soudů ohledně svéprávnosti nebo nedobrovolných hospitalizací jsou často formální a bez konkrétního důkladného prošetření situace a často vedou ke nerelavantnímu omezení svéprávnosti či hospitalizaci. • Doporučení metodiků kvality vycházející z hodnocení PNB podle toolkitu WHO o naplňování CRPD nejsou dostatečně / plně v PNB respektována. • Rychlý rozvoj služeb destabilizuje organizaci a může vést ke snížení kvality služby ve vztahu ke klientovi

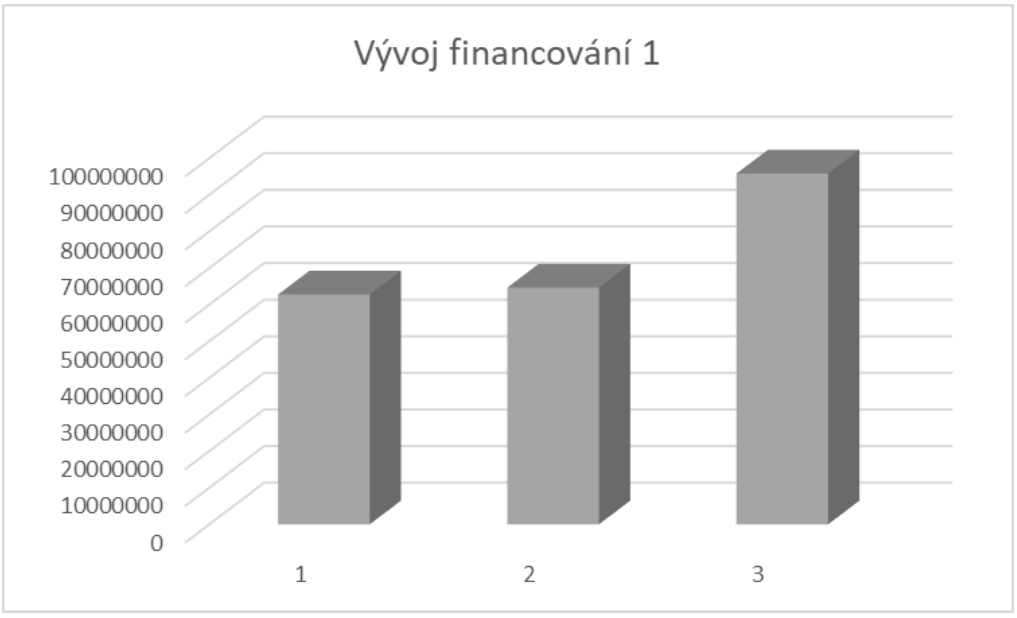
ADVOCACY A PODPORA UŽIVATELŮ A PEČUJÍCÍCH	ADVOCACY A PODPORA UŽIVATELŮ A PEČUJÍCÍCH
• Vytvořit roli ombudsmana péče o duševní zdraví monitorujícího dodržování práv ve všech službách pro lidi s duševním onemocněním se zapojením lidí se zkušeností • **Zajistit zastoupení uživatelů a rodinných příslušníků ve vedení (či v dozorových orgánech) velkých poskytovatelských organizací (včetně PNB i komunitních služeb)** • Nastavit pravidelné konzultace člena rady ZHMP se zástupci uživatelského hnutí a organizací rodinných pečujících. • **Pořádat pravidelné besedy a konzultace RK s uživateli a rodinnými pečujícími.** • **Vytvořit informační portál nebo informační centrum (hub) o Reformě v Praze, což napomůže informovanosti o službách i změnách v oblasti péče o duševní zdraví** • **Vybudovat „kamennou" Akademii zotavení (recovery college) v Praze a tím podnítit větší zapojování lidí se zkušeností.** • Zajistit poradenské místo pro pečující a rodinné příslušníky • Podpora peer pracovníků a vzniku jejich profesní organizace • **Připravit a realizovat projekt na zajištění právní pomoci pro pacienty nedobrovolně hospitalizované v PNB** • Větší využívání pro bono právních služeb • Větší angažovanost a podpora ze strany pacientské rady při MZ • Propojení a spolupráce různých organizací pečujících (nejen v oblasti duševního zdraví)	• Nepodaří se motivovat dostatek uživatelů a rodinných příslušníků pro aktivní zapojování do Reformy a do advokačních aktivit. • Nespolupráce lidskoprávních organizací a svépomocných organizací • Uzavřenost poskytovatelských organizací nepodpoří větší rozvoj svépomocných uživatelských organizací • Vyčerpanost a vyhoření leaderů uživatelského hnutí

7.11. Náklady na péči v kraji

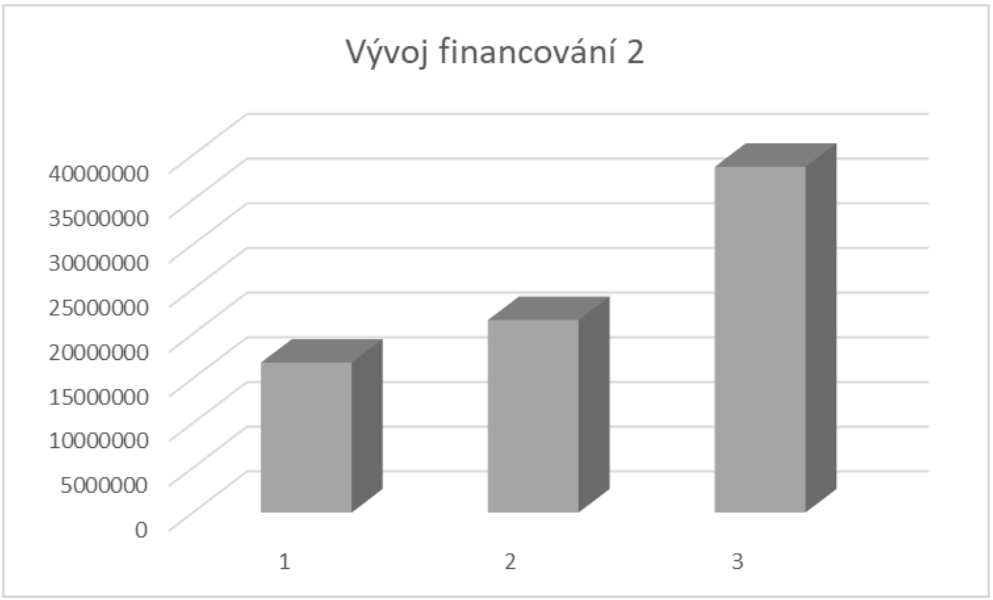
Následující tabulky a grafy ukazují nárůst objemu prostředků pro oblast duševního zdraví za roky 2018 – 2019 – 2020 v Praze.

Tabulka č. 11: *Nárůst finančních prostředků na oblast péči o duševní zdraví v sociální oblasti.*

dotace MPSV na komunitní služby v oblasti péče o duševní zdraví (tedy ne DOZP a DZR)			**dotace z rozpočtu kraje na komunitní služby v oblasti péče o duševní zdraví (včetně případného příspěvku zřizovatele)**		
2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**
62 755 000,00	64 642 000,00	95 795 000,00	16 775 000,00	21 532 000,00	38 686 000,00



Graf č.1: *Dotace MPSV na komunitní služby v oblasti péče o duševní zdraví*



Graf č.2: *Dotace z rozpočtu kraje na komunitní služby v oblasti péče o duševní zdraví*

8. DESTIGMATIZAČNÍ AKTIVITY

8.1. **Současný stav:**

Podle dostupných údajů každý pátý člověk v ČR má natolik závažné duševní problémy, aby se daly diagnostikovat jako duševní onemocnění. Tito lidé čelí nesnázím nejen zdravotní, ale i sociální povahy. Jedním z nejzávažnějších problémů sociální povahy je právě stigmatizace, která vede k diskriminaci, tj. vyloučení a znevýhodnění v mnoha oblastech.

Podle nejnovějších vědeckých poznatků tkví stigmatizace v nedostatku znalostí, které vedou k negativním postojům, a ty dále mohou vést k diskriminujícímu jednání. Stigmatizace je často vnímána jako tíživější než samotné zdravotní problémy, jelikož vede k výraznému snížení kvality života.

V důsledku stigmatizace dochází u lidí s duševním onemocněním ke zhoršení přístupu k péči o fyzické i duševní zdraví, ke zhoršení ekonomické situace a možností vzdělávání a uplatnění na trhu práce i ke ztížení navazování a udržování sociálních vztahů. Strach ze stigmatizace je také důvodem, proč velká část lidí s duševními problémy nevyhledá odbornou pomoc, nebo se jí nedostane adekvátní zdravotní péče (což přispívá k tzv. treatment gap). V důsledku toho pak často dochází k prohloubení duševních problémů jedince a následně k větším finančním a společenským nákladům. Specificky sebestigmatizace (tj. internalizace stigmatizujících společenských postojů samotnými lidmi s duševním onemocněním) pak nepříznivě ovlivňuje jejich pocit naděje, sebedůvěru, proces úzdravy, produktivitu a sociální začleňování těchto lidí. V ČR je stigmatizace vysoká, a to jak v obecné populaci, tak mezi profesionály poskytujícími zdravotní a sociální péči. Stigmatizace často začíná a probíhá už ve škole, se zvýšenou mírou stigmatizace se potýkají také lidé žijící s demencí a jejich rodinní příslušníci.

Zbytek populace neprochází přímo duševním onemocněním, nicméně jejich kvalita života je významně ovlivněna jejich duševním zdravím, což je integrální komponenta nejen zdraví jako takového, ale také celkové schopnosti prožívat v životě naplnění, štěstí, radost, chuť do života, smysluplné vztahy a naplňující role v komunitě i v zaměstnání. Gramotnost a kompetence v oblasti duševního zdraví jsou ovšem v ČR nízké, což negativně ovlivňuje kvalitu života celé společnosti.

Nicméně v Praze se pořádá množství různých informačních a destigmatizačních kampaní a akcí. Tyto akce pořádají většinou poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb. Některých akcí se zúčastňuje více poskytovatelů, některé jsou naopak bez vzájemné koordinace.
Některé akce mají již letitou tradici, některé jsou nové, některé s širokým záběrem, některé zaměřené na místní komunitu. Některé akce se konají přímo v areálu psychiatrického zařízení. Konkrétní kampaně, akce, iniciativy: např. **Týdny pro duševní zdraví, Týden paměti, Babí léto v Bohnicích, Čistá duše, Nevypusť duši, Čarodějnice na Pankráci, Fashion for Fokus, Prolomit stigma, expozice Fokusu Praha na Designbloku, fotbalový turnaj EASI CUP, Oko fest, Mezi ploty, Na rovinu, slet motorových veteránů Grand Veteran, Mezinárodní den Alzheimerovy choroby**, ad. Mimo to poskytovatelé služeb pořádají množství různých seminářů, vzdělávání dny otevřených dveří, akce pro veřejnost, které mají za cíl zvyšovat povědomí o problematice

duševního zdraví. Ne všechny tyto akce však respektují kritéria destigmatizace, naopak některé programy utvrzují své návštěvníky a posluchače ve škodlivých stereotypech a mýtech v oblasti duševního zdraví.

Na děti a mládež jsou zaměřeny specielně program zaměřený na studenty středních škol **Blázníš, no a?** a besedy pro školy organizované spolkem **Nevypusť duši**.

V Praze neexistuje oficiální komunikační strategie Reformy na krajské úrovni. Tzn., že o reformě v Praze nejsou dostupné informace na internetu a sociálních sítích, ani v tištěných médiích. Veřejnost nedostává ucelené informace o službách v oblasti duševního zdraví. Informovanost o službách pro duševní zdraví je spíše nízká, navíc se situace dynamicky proměňuje v souvislosti s rozvojem komunitních služeb v rámci probíhající Reformy.

Poskytovatelé také vydávají publikace pro odbornou i širokou veřejnost, např. **Ona, on a deprese, Nahoru, dolů, blázinec, Jde to bez léků, Blázinec na vlastní kůži, ad. (Vida), Cesty zotavené, Mezi zdmi** (Fokus Praha), **Newsletter Vážka**, ad., osvětové letáky o problematice duševního zdraví i návodů, jak řešit konkrétní situace a problémy. Specifickou roli sehrávají webové portály jako např. www.drogy-info, www.alzheimer.cz, www.psychoportal.cz, příp. www.ohrozenedite.cz, ad.

Financování těchto kampaní, aktivit, publikací, letáků je nesystémové, ad hoc ke každé akci. Financovatelem bývají grantové programy veřejné správy, např. MZ ČR, MK – ale obě ministerstva poskytuje velmi omezený objem prostředků, částečně a spíše výjimečně MHMP – MHMP nevypisuje speciální granty, pouze je možné využít tzv. grantové výzvy celopražského významu. Programy jsou proto často financované z prostředků EU fondů, nadací a nadačních fondů, apod.

Jiná situace je u primární prevence (rizikového chování). Ta má již letitou tradici a zpracovaný systém akreditace programů (proces akreditace na MŠMT je stále od roku 2019 pozastaven). A také financování těchto programu běží přes MHMP a případně jednotlivé MČ (program Primární prevence ve školách
a školských zařízení a dále Program prevence kriminality. Dotace přes MŠMT byly zastaveny. Nicméně tyto programy jsou stále zaměřeny převážně na prevenci rizikového chování, kam patří např. šikana, kyberšikana, situace spojené s násilím, záškoláctví, závislostní chování, ad. Již se obdobně uvažuje o problémech poruchy příjmu potravy, nicméně zatím tam nejsou řazeny problémy v oblasti duševního zdraví jako pocity úzkosti, emoční problémy, nesoustředivost, potíže se spánkem, vtíravé myšlenky, apod. Ale v Praze je v této oblasti aktivní **Pražské centrum primární prevence** a organizace poskytující programy primární prevence (převážně NNO adiktologického zaměření).

9. ADVOCACY – OBHAJOBA ZÁJMŮ KLIENTŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ, JEJICH ZAPOJOVÁNÍ

9.1. Současný stav

Osoby s duševním onemocněním jsou obecně pouze v omezené míře zapojovány do rozhodování o poskytovaných službách a léčbě. Postupně začínají být lidé se zkušeností a jejich rodinní příslušníci začínají být zapojováni do pracovních skupin, zástupci jsou zapojeni do Krajské koordinační skupiny, probíhají pravidelná setkávání uživatelsko rodičovské skupiny **SETUŽ**. Na úrovni kraje jsou postupně zapojováni do tvorby a připomínkování Plánu, vznikajícího v souvislosti s projektem Deinstitucionalizace (sítě služeb). Nicméně k jednacímu stolu jsou stále zváni v malém počtu, nejsou přizýváni k tvorbě strategií, politik a jiných koncepčních dokumentů. Jsou-li zapojeni, pouze připomínkují. Zástupci dalších skupin (lidi žijící s demencí a jejich rodiny a děti s problémy v duševním zdraví a jejich rodiče) nebyli ještě zapojeni a osloveni.
Přestože v Praze působí **uživatelské a rodičovské organizace**, nejsou dostatečně silné, nemají de fakto žádné organizační zázemí, jejich financování je (pokud vůbec nějaké) pouze z projektu na projekt, bez udržení stability financování alespoň pro minimální administrativní zázemí, natož pro rozvoj. Rodinní příslušníci mají nedostatečnou podporu v jejich roli neformálních pečovatelů včetně nedostatečné finanční podpory.

Stávající uživatelské aktivity:

- **Kolumbus**, z.s. – spolek, který působí v Praze i dalších městech ČR již celou řadu let, usiluje o dodržování základní listiny lidských práv a svobod pro duševně nemocné lidi. Je tvořen dvěma komorami podle zkušenosti s péčí o duševní zdraví - přímou nebo nepřímou. Spolek je nestátním, nepolitickým a nenáboženským svazkem, který sdružuje pouze fyzické osoby. V rámci projektu Pacientských důvěrníků například navštěvuje pacienty hospitalizované v PNB.
- **Dialogos, z.s.** se snaží aktivně zapojovat do dění v reformě péče o duševní zdraví i na jiných místech a platformách. Například uspořádal dvě pacientské konference, kde vystupovali téměř výhradně lidé se zkušeností s duševním onemocněním. Členové spolku se stali uživatelskými zástupci ve výkonném výboru reformy, odborné radě reformy i v rámci krajského zastoupení v rámci projektu Deinstitucionalizace.
- **Andělská křídla z.s.** je spolek vážně duševně nemocných osob s trvalým bydlištěm na území Prahy. Účelem spolku je zlepšení života uživatelů psychiatrických služeb, zejména podpora svépomocných aktivit dospělých postižených závažnou duševní nemocí.
- **Klub Mosty** - uživatelský klub vzniklý pod organizací Fokus Praha provozuje denní klub pro lidi s duševním onemocněním, včetně pacientů PNB. (probíhá jejich vyčlenění z Fokus Praha),
- **Sdružení Ondřej** je sdružení rodičů a blízkých duševně nemocných. Vzniklo v roce 1994 z potřeby nás rodičů a nejbližších, kterým onemocněl někdo z rodiny vážným onemocněním – psychózou.

- **Dobré místo** – uživatelská organizace provozující peer klub uvnitř PNB.
- **Studio 27** – projekt žurnalistů se zkušeností s duševním onemocněním, vzniklý pod Fokusem Praha (aktuálně se osamostatňuje). Realizují besedy, které natáčejí a umisťují na sociální sítě a internet. Za svou činnost obdrželi mezinárodní Cenu SozialMarie.
- **České galerie** – uživatelský projekt zabývající se výtvarným uměním. Zpracovávají pravidelné měsíční přehledy výstav v pražských a českých galeriích, pořádají výstavy obrazů autorů se zkušeností s duševním onemocněním.
- **Sympathea** – spolek pro rodinné příslušníky. Aktivní ve vzdělávání rodinných příslušníků i zapojování do Reformy péče o duševní zdraví.).

Uživatelé ani rodinní příslušníci, kteří se chtějí věnovat více činnosti hájení a prosazování zájmů často chybí dostatečné kompetence zejména v oblasti sebeprosazování, komunikace, presentačních a rétorických dovedností, komunikace s médii, často i obecné informace o širokém tématu duševního zdraví nejen úzkého výseku problémů či nemoci, ve kterých mají vlastní zkušenost. Jednou z překážek v rovnoprávném postavení zástupců lidí s duševním onemocněním je nejisté finanční zabezpečení pacientských organizací a jednotlivců, kteří se aktivně zapojují v rámci Reformy péče o duševní zdraví.
V samotných organizacích poskytující služby jsou **zapojováni v pozicích peerů**, ne však v kontrolních či řídících strukturách. Stížnosti uživatelů na péči proto často končí s odpověďmi odborníků, že nebyly porušeny právní ani odborné postupy, vše probíhalo lege artis.

II. NÁVRHOVÁ ČÁST PLÁNU

ÚVOD

Návrhová část plánu je rozdělena do 7 částí. Do všech se promítají témata týkající se všech cílových skupin v oblasti duševního zdraví. Třetí část Síť služeb je rozdělena podle cílových skupin. Cílové skupiny byly identifikovány dle složení pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích a rozděleni do pěti skupin z důvodu plánování podpory či péče podle specifických potřeb každé skupiny. Kapitola A) je zaměřena na plány péče pro lidi se závažným duševním onemocněním (severe mental illness –SMI), B) pro děti s potřebou podpory v oblasti duševního zdraví, C) pro seniory s kognitivním deficitem. Problematika osob se závislostí není v plánu zahrnuta, téma závislostí je v Praze řešeno v rámci Koncepce a strategie protidrogové politiky HMP a s Pražským plánem péče o duševní zdraví je koordinován a slaďován. Kapitola A je nejvíce a dopodrobna zpracovaná, ostatní kapitoly se budou průběžně dotvářet a aktualizovat.

Každá textová část obsahuje vizi, ke které v dané oblasti směřujeme, shrnující stávající stav a žádoucí budoucí stav v roce 2030. Na to navazují stanovené strategické cíle, které jsou v tabulce následně rozpracovány do dílčích opatření s termíny plnění, potřebnými finančními náklady a odpovědností za splnění.
Plán je zpracován na období 2019 - 2024 s výhledem do roku 2030. Aktualizace plánu proběhla na začátku roku 2021. To co se v období 2019 a 2020 podařilo či změnilo, je uvedeno u jednotlivých opatření nebo kurzívou v textu. Počítáme s průběžným ročním vyhodnocením a aktualizací plánu.
Duševní zdraví je multidimenzionální a jeho potřebná podpora tím přesahuje jednotlivé profese i resorty, implementace plánu proto musí toto respektovat a přesahuje tak kompetence jednotlivých resortních odborů MHMP, musí být průřezovou komplexní strategií. Zároveň do určité míry přesahuje i kompetence MHMP, nicméně naplňuje roli Hl.m.Prahy v koordinaci a utváření strategie a politiky (s respektem ke strategii a plánům na národní úrovni). Součástí plánu je proto spolupráce a koordinace s dalšími subjekty či stakeholderů.
Náklady (provozní a investiční) uvedené v tabulkách jsou orientační, vychází z finančních hladin z posledního SPRSS, příp. z kalkulací pilotních projektů. Je zřejmé, že bude třeba kalkulaci zpřesňovat.
Návrhová část plánu vychází z analytických dat, stávající situace, vyhodnocování a diskusí mezi odbornou společností i s uživateli péče a jejich rodinných příslušníků. Zároveň koreluje s cíli Reformy péče o duševní zdraví a Národním akčním plánem pro duševní zdraví 2020 – 2030, schváleným Vládou ČR. Plán je dynamický a je třeba v průběhu času vyhodnocovat jeho plnění a upravovat jeho cíle a dílčí kroky.

1. **Řízení a koordinace reformy a sítě na úrovni kraje**
2. **Financování**
3. **Sítě služeb**
    A. Síť služeb pro lidi se závažným duševním onemocněním (severe mental illness –SMI)
    B. Síť služeb pro děti s potřebou podpory v oblasti duševního zdraví
    C. Síť služeb pro seniory s kognitivním deficitem
4. **Lidské zdroje a odborná příprava**
5. **Destigmatizace**
6. **Advocacy – Obhajoba zájmů klientů a jejich rodinných příslušníků**
7. **Zlepšení kvality systému péče o duševní zdraví a lidská práva**

1. ŘÍZENÍ A KOORDINACE REFORMY A SÍTĚ SLUŽEB V KRAJI

Vize (klíčová myšlenka):

- Reforma péče o duševní zdraví je efektivně koordinovaná na úrovni Hl.m.Prahy a vychází z centrální úrovně Reformy i z potřeb systému péče v Praze.
- Poskytovaná péče je koordinovaná a provázaná, existuje komunikace a spolupráce mezi poskytovateli služeb napříč resorty a právními formami), veřejnou správou (zejména Magistrátem HMP a MČ, IZS, ad.) i občanskými aktivitami (včetně uživatelských a rodičovských aktivit).
- Systém péče je zaměřen na člověka a jeho zotavení, podporuje jeho smysluplný a důstojný život v běžných podmínkách.

Současný stav: / popis problému, potřeby lidí /

Řízení a koordinace reformy

- Od roku 2018 je ustavena Pražská koordinační skupina pro rozvoj péče o duševní zdraví v Praze. Tato skupina však zatím není dostatečně ukotvena ve struktuře Magistrátu Hl.m.Prahy, tzn. zřízena přímo jako exekutivní nebo poradní orgán rady zastupitelstva.
- Dostupnost péče o duševní zdraví včetně programů prevence a včasné diagnostiky duševních onemocnění je od roku 2019 mezi prioritami Rady ZHMP, obdobně jako podpora sítě CDZ v Praze a zlepšení povědomí Pražanů o způsobech péče o duševní zdraví.
- Obdobně Programové prohlášení Rady ZHMP (pro 2018-2022) obsahuje deklaraci podpory rozvoje komunitních zařízení, poskytujících služby lidem se zvláštními potřebami, například s Alzheimerovou chorobou nebo autismem. Rada Hl.m.Prahy zřídila Komisi pro důstojné stárnutí.
- Probíhající Reforma psychiatrické péče se promítla do Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb (dále SPRSS) v plánování postupného rozvoje služeb zejména terénní péče.
- Péče o duševní zdraví není provázána s jinými koncepcemi a politikami v Praze (bezdomovectví, protidrogová politika, péče o důstojné stáří, vzdělávání a péče o děti a mládež, nebo kultury, rozvoje bydlení, zaměstnanosti, podnikání, ad.). *To se již od roku 2019 mění. V roce 2020 uzavřela HMP s MZ Memorandum o spolupráci při realizaci Reformy.*
- Aktuálně neexistuje systémová vazba Reformních aktivit na městské části Prahy.
- Nicméně stále je velká segmentace služeb dle rezortu, vede k nepropojenosti a nekoordinovanosti, a to i na úrovni praktického naplňování politiky HMP. To následně neumožňuje efektivní podporu osob s potřebami. Velmi viditelné je to například u dětí.
- Při plánování péče o duševní zdraví není dostatečná spolupráce mezi Prahou a Středočeským krajem.
- Není nastaven systém vyhodnocování implementace Reformy.

Komunikace reformy a sítě služeb péče o duševní zdraví

- Není funkční komunikační systém pro informování a spolupráci jednotlivých zainteresovaných subjektů a stakeholderů.

Plánování služeb

- Geograficky nevyvážená síť sociálních služeb (v některých MČ např. neexistují sociální služby pro lidi s SMI). *Až od roku 2021 terénní týmy pro SMI pokrývají celou Prahu.* Síť služeb pro lidi s duševním onemocněním nebyla v Praze systémově plánována ani ve zdravotním ani sociálním sektoru. Až v souvislosti s Reformou se podařilo o SPRSS postupné navyšování kapacit sociálních služeb (zejména terénních) a postupné plánování jejich rozmístění.
- Absence systémového propojení sociální a zdravotní péče. Multidisciplinární týmy, které v sobě propojují sociální a zdravotní služby jsou cíleně podporovány a plánovány až v souvislosti s Reformou psychiatrické péče v rámci vznikajících CDZ a MDT.
- V Praze se podařilo připravit ke spuštění 5 Center duševního zdraví, z toho 2 ve spojení PN Bohnice a komunitní služby, 1 CDZ ve spolupráci s Psychiatrickým oddělením ÚVN a 1 CDZ s personálním propojením komunitní služby s Psychiatrickou klinikou VFN, 1 CDZ v rámci soukromého zdravotního zařízení spolu se sociální službou. *Tato CDZ již k lednu 2021 fungují buď v pilotním nebo ostrém režimu. A od října 2020 běží také MDT pro děti a nově by se měl rozběhnout i adiktologický MDT.*
- Neexistuje systémová a efektivní spolupráce mezi jednotlivými součástmi psychiatrické péče (ambulantními psychiatry, komunitními službami, lůžkovými psychiatrickými odděleními, krizovými službami, natož s IZS a dalšími potřebnými službami či se sociálními odbory MČ), která by omezila míru hospitalizací a zabezpečila dostatečnou prevenci hospitalizací. *Systémová spolupráce mezi PN Bohnice a komunitními službami se již rozvíjí a je cílena zejména na přebírání klientů dlouhodobě hospitalizovaných v PNB.*
- Neexistuje spolupráce a provázanost mezi praktickými lékaři a specializovanými psychiatrickými službami. Nápravu si lze slibovat od vznikajících CDZ a MDT, která mohou efektivněji spolupráci s místními ambulancemi podchytit.
- Zejména v systému péče o děti (ale nejen zde) je zřetelná absence gatekeepingu nebo case managementu jako způsobu řízení péče o ohrožené děti. Děti jsou často systémem směřovány k náhradním formám péče, příp. k péči institucionální. Ocitají se tak v nákladnějších a méně vhodných typech náhradní péče, aniž by byly využity možnosti práce s vlastní rodinou dítěte a pomoci této rodině. Obdobně se toto děje u seniorů s kognitivním deficitem i osob s SMI.
- Problém dostupného bydlení v Praze se negativně odráží na větší tendenci čerpat a nabízet lidem ústavní péči nebo na tom, že část osob s problémy v oblasti duševního zdraví žije v nevyhovujícím bydlení. Extrémní dopady to má např. u dětí. Navíc s rodinami či osobami bez stabilního bydlení nelze kontinuálně a systematicky pracovat.
- Není nastavená spolupráce HMP, MZ i dalších institucí a organizací při transformaci PNB. HMP tak nemůže systematicky a efektivně plánovat rozvoj sítě služeb ani potenciální využití areálu PNB i s ohledem na potřeby občanů Prahy.

Budoucí stav:

- Existuje systém koordinace a spolupráce mezi hlavními aktéry (Magistrát, MČ, poskytovatelé zdravotních i sociálních služeb, uživatelé, rodinní příslušníci, IZS, ad.)
- Reforma je zakotvena v politice Hl.m.Prahy, HMP se cítí spoluzodpovědné za realizaci Reformy
- Existuje řídící skupina / komise i skupiny pro jednotlivé cílové skupiny, jejich činnost je provázaná a je zakotvená ve struktuře HMP

- Existuje platforma pro spolupráci s MČ
- Existuje způsob komunikace a koordinace mezi jednotlivými oblastmi / projekty Reformy (síť služeb, transformace PN, kvalita služeb, destigmatizace, multidisciplinarita, CDZ) a částmi týkajícími se jednotlivých cílových skupin.
- Velká pozornost je věnována konzultačnímu procesu (zejména s lidmi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodinnými příslušníky) a transparentnosti procesu tvorby a schvalování systému péče
- Postup Reformy je průběžně komunikovaný pro odbornou i širokou veřejnost
- Existuje propojení Reformy na další politiky a koncepce HMP (např. Koncepce bezdomovectví, protidrogová, důstojné stárnutí, dostupné bydlení, …)
- Existuje provázání koncepčních řešení systému péče v Praze a Středočeském kraji.
- Reforma je konzultována se zahraničními i místními experty

Strategický cíl 1.1: Existuje stálá řídící skupina / komise - pro plánování, realizaci i hodnocení změn v oblasti péče o duševní zdraví. Tato skupina je zakotvená ve struktuře HMP. Řídící skupina provazuje pracovní skupiny pro jednotlivé cílové skupiny: osoby se závažným duševním onemocněním (SMI), pro děti s potřebou podpory v oblasti duševního zdraví, pro osoby se závislostí (drogy, alkohol, gambling), seniory s kognitivním deficitem, osoby s mentálním postižením, příp. pro osoby na rozhraní cíl. Skupin. Zároveň pracovní skupiny vznikají na některá klíčová témata (např. bydlení, zaměstnávání, apod.).

Opatření:

- Ustavit stálou řídící skupinu (dále ŘS) jako samostatnou Komisi Rady ZHMP nebo jako jiný autonomní a silný orgán ve struktuře HMP. Zároveň zajistit její provázání na relevantní odbory MHMP a pracovní skupiny. V řídící skupině i jednotlivých pracovních skupinách budou zastoupeni i zástupci lidí s duševním onemocněním a pečujících.
- Ustavit pracovní skupiny pro jednotlivé cílové skupiny (zejména pro osoby s SMI, děti s potřebou podpory v oblasti duševního zdraví, seniory žijící s demencí, pro lidi s mentálním postižením, kteří jsou dlouhodobě či opakovaně hospitalizovaní v PNB) a pracovní skupiny pro průřezová témata (zaměstnávání, bydlení, systém krizové pomoci a vývoj akutní péče, apod.) a zajistit její pravidelné setkávání. Vzhledem k tomu, že problematika adiktologické péče je řešena v rámci Komise RHMP pro protidrogovou politiku, nebude zřizována samostatná pracovní skupina, ale Komise bude personálně provázána, aby byla zajištěna synergie. V jednotlivých pracovních skupinách budou zastoupeni i zástupci lidí s duševním onemocněním a pečujících.
- Je sestaven výkonný tým pro realizaci, koordinaci a hodnocení Reformy na území Hl.m.Prahy a je zajištěno jeho financování. Tento tým koordinuje řídící skupinu i pracovní skupiny. Případně může být společný pro Prahu a SK (podmínkou je splnění Opatření 3.2.).
- Nastavit parametry a milníky hodnocení (vycházející z požadovaného stavu naplňování potřeb lidí s DN) a mechanismus pravidelné aktualizace strategie a akčního plánu.
- Nastavit spolupráci a využívání expertních hodnocení od odborníků z ČR i zahraničí, nastavit spolupráci s MZ ČR a dalšími institucemi.

Strategický cíl 1.2: Výstupy plánování na úrovni řídící skupiny i pracovních skupin se promítají do SPRSS, komunitních plánů MČ i do rozhodování ZP a do dalších koncepčních a strategických záměrů na území Hlm.Prahy

Opatření:

- Agendu péče o duševní zdraví mají v gesci pověření pracovníci soc. a zdr. Odboru MHMP
- MHMP vytvoří koordinační steering skupinu ze zástupců zdravotního odboru, sociálních odboru, odboru školství a RK, která bude koordinovat plnění úkolů MHMP napříč zmíněnými odbory.
- Regionální koordinátor, řídící i pracovní skupiny jsou zapojeny do tvorby či připomínkování širších koncepčních záměrů a RK či zástupci řídící skupiny či pracovních skupin jsou přizváni na relevantní jednání MHMP a MČ
- VZP se aktivně a koordinovaně zapojuje do plánování na úrovni řídící skupiny i jiným způsobem. Postupně jsou zapojovány i další ZP.
- Připravit dlouhodobou koncepci a strategii MHMP v oblasti duševního zdraví (s propojením i na jednotlivé MČ), projednat ji a zajistit jí podporu napříč politickým spektrem v Praze. Koncepce a strategie se bude týkat všech výše uvedených cílových skupin a bude provázána s koncepcí a strategií protidrogové politiky, bezdomovectví i dalších relevantních koncepcí a strategií HMP.

Strategický cíl 1.3: Plán rozvoje péče o duševní zdraví Hl.m.Praha je provázán na Plán Středočeského kraje.

Opatření:

- Účast RK a zástupce OSV/OZ HMP na jednání řídící skupiny, příp. PS ve SK a naopak
- Jsou stanovena témata nezbytná řešit společně SK a HMP a stanoven postup, jakým způsobem koordinovat jejich řešení.
- Je zpracován plán opatření pro témata společného řešení na úrovni HMP a SK a zpracováno obsahové i termínové sladění plánů HMP a SK.

Strategický cíl 1.4: Instituce i jednotlivé osoby, které se podílejí na Reformě, mají přístup k aktuálním informacím o stavu Reformy i k potřebným dokumentům Reformy

Opatření:

- Je vytvořen komunikační nástroj sdílení informací a dokumentů v rámci Reformy v Praze. Bude využit portál www.psychoportal.cz, který bude nezbytné aktualizovat a spravovat.
- Vybudování informačního střediska / „hub“ Reformy pro Prahu a SK. Za garance výkonného týmu Reformy a s podporou uživatelů, pečujících a poskytovatelů.
- Pravidelně se setkávají zástupci všech aktivit Reformy v kraji (tvorba sítě, transformace PN, kvalita péče, destigmatizace, multidisciplinarita, ad.)

Strategický cíl 1.5: Služby v systému efektivně komunikují a spolupracují při zajištění kontinuity a kvality péče a zajištění péče prioritně přímo v komunitě.

Opatření:

- Je stanoven systém koordinace a spolupráce služeb
- Je ustavena platforma poskytovatelů, která se setkává a domlouvá systém spolupráce.

Strategický cíl 1.6: Transformace PNB je plánována a realizována ve spolupráce s MHMP, poskytovateli sociálních a zdravotních služeb v regionu i uživatelských a rodičovských organizací.

Opatření:

- Je nastaven mechanismus spolupráce PNB (potažmo jeho zřizovatele MZ) a HMP při plánování a realizaci transformace PNB.
- Spolupráce HMP a PNB na transformaci PNB, směřující k deinstitucionalizaci péče a zajištění kvality péče i naplňování práv pacientů PNB, bude realizována i prostřednictvím společných projektů.
- HMP bude zapojeno do přípravy návrhu na využití areálu PNB pro občanskou vybavenost pro občany HMP, bude s PNB (MZ) spolupracovat na investičním záměru a realizaci takto společně vytvořeného generelu.

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav – řešení	Opatření – kroky	Kdo odpovědnost / součinnost	Termín	Náklady Provozní V tis.Kč.	Náklady Investiční V tis.Kč.	Indikátory
Nezajištění přesahu návrhů cílů a opatření, které jsou vytvářeny odborníky, uživateli, neformálními pečovateli na úroveň politickou může být bariérou pro implementaci podstatných kroků. Musí být zajištěna koordinace strategií i koncepčních materiálů, a to nejen napříč jednotlivými dokumenty, ale též meziresortně.	**Strategický cíl 1.1:** Existuje stálá řídící skupina (ŘS) / komise - pro plánování, realizaci i hodnocení změn v oblasti péče o duševní zdraví. Tato skupina je zakotvená ve struktuře HMP. Řídící skupina provazuje pracovní skupiny pro jednotlivé cílové skupiny: osoby se závažným duševním onemocněním (SMI), pro děti s potřebou podpory v oblasti duševního zdraví, pro osoby se závislostí (drogy, alkohol, gambling), seniory s kognitivním deficitem, osoby s mentálním postižením, příp. pro osoby na rozhraní cíl. Skupin. Zároveň pracovní skupiny vznikají na některá klíčová témata (např. bydlení, zaměstnávání, apod.).	**Opatření 1.1.1** Ustavit stálou řídící skupinu jako samostatnou Komisi Rady ZHMP nebo jako jiný autonomní a silný orgán ve struktuře HMP. Zároveň zajistit její provázání na relevantní odbory MHMP a pracovní skupiny. V řídící skupině i jednotlivých pracovních skupinách budou zastoupeni i zástupci lidí s duševním onemocněním a pečujících. *Koordinační skupina se schází již od roku 2018, plní svou roli, ale není zakotvená ve struktuře MHMP.*	RK, MHMP/ odborní garanti	1.7.2022	Osobní náklady v rozpočtu OSP / OZ MHMP	-	Existuje a schází se řídící skupina (min. 4x ročně)
		Opatření 1.1.2 Ustavit pracovní skupiny pro jednotlivé cílové skupiny (zejména pro osoby s SMI, děti s potřebou podpory v oblasti DZ, seniory žijící s demencí, pro lidi s mentálním postižením, kteří jsou dlouhodobě či opakovaně hospitalizovaní v PNB) a pracovní skupiny pro průřezová témata (zaměstnávání, bydlení, systém krizové pomoci a vývoj akutní péče, apod.) a zajistit její pravidelné setkávání. V jednotlivých pracovních skupinách budou zastoupeni i	RK / MHMP	1.10.2019 a průběžně *splněno*	Osobní náklady na koordinaci – po dobu projektu MZ (do 2022) kryty z ESF Dále součástí Opatření 1.1.3	-	Existují a schází se PS

		zástupci lidí s duševním onemocněním a pečujících. *K 1.1.2021 již jsou ustaveny a schází se tyto PS:* - *pro komunitní služby pro SMI* - *pro děti s potřebou podpory v oblasti DZ* - *pro seniory žijící s demencí* - *pro lidi s mentálním postižením, kteří jsou dlouhodobě či opakovaně hospitalizovaní v PN* - *pro zaměstnávání* - *pro bydlení*					
		Opatření 1.1.3 Je sestaven výkonný tým (3,0 – 4,0 úvazky) pro realizaci a koordinaci Reformy na území Hl.m.Prahy a je zajištěno jeho financování. Tento tým koordinuje řídící skupinu i pracovní skupiny. Případně může být společný pro Prahu a SK (podmínkou je splnění Opatření 3.2.).	RK, MHMP	1.4.2022	Od 2022: Cca 250 /měsíčně Možné zdroje jsou vnitřní z rozpočtu MHMP, grantů, ESF	-	Existuje výkonný tým Reformy
		Opatření 1.1.4 Nastavit parametry a milníky hodnocení (vycházející z požadovaného stavu naplňování potřeb lidí s DN) a mechanismus pravidelné aktualizace strategie a akčního plánu.	RK, MHMP / ŘS, garanti	1.7.2021	0	-	Existuje metodika vyhodnocování
		Opatření 1.1.5 Nastavit spolupráci a využívání expertních hodnocení od odborníků z	RK, odborní garanti / MHMP	1.1.2022	0 Od roku 2022 stanovený rozpočet a	-	Seznam expertů, popsaný způsob jejich

		ČR i zahraničí, nastavit spolupráci MZ ČR a HMP a s dalšími institucemi. *2020 podepsáno Memorandum o spolupráci mezi HMP a MZ při realizaci Reformy – to by mělo zjednodušit spolupráci MZ a HMP.*			zdroj na expertizy a cestovné (max 50/rok)		využívání a financování. Partnerství se zahraničním regionem
Péče o duševní zdraví není provázána s jinými koncepcemi a politikami v Praze (bezdomovectví, protidrogová politika, péče o důstojné stáří, vzdělávání a péče o děti a mládež, ale i kultury, rozvoje bydlení, zaměstnanosti, podnikání, ad.)	**Strategický cíl 1.2** Výstupy plánování na úrovni řídící skupiny i pracovních skupin se promítají do SPRSS, komunitních plánů MČ i do rozhodování ZP a do dalších koncepčních a strategických záměrů na území Hlm.Prahy	**Opatření 1.2.1** Agendu péče o duševní zdraví mají v gesci pověření pracovníci OSV a OZDR MHMP.	MHMP – OSV, OZDR	1.1.2020 splněno	0 V rámci agendy OSV a OZDR	-	Agenda Reformy je v náplni práci pověřených pracovníků
		Opatření 1.2.2 MHMP vytvoří koordinační steering skupinu ze zástupců zdravotního odboru, sociálních odboru, odboru školství a RK, která bude koordinovat plnění úkolů MHMP napříč zmíněnými odbory.	Radní HMP / OSV, OZDR, OSMS, RK	1.7.2021	0 V rámci agendy MHMP, osobní náklady RK z projektu MZ, poté Opatření 1.1.3	0	Funguje průběžná spolupráce napříč resorty
		Opatření 1.2.3 Regionální koordinátor, řídící i pracovní skupiny jsou zapojeny do tvorby či připomínkování širších koncepčních záměrů a RK či zástupci řídící skupiny či pracovních skupin jsou přizváni na relevantní jednání MHMP a MČ. *Na úrovni MHMP je opatření plněno (např. politika bezdomovectví, strategie*	MHMP / RK, ŘS, MČ	1.10.2021	0	0	Reforma se promítá do koncepcí a strategií MHMP i MČ (SPRSS, komunitní pány). Zapojení MČ do koordinace péče.

		protidrogové politiky, ad.) RK je členem Komisí a PS MHMP.					
		Opatření 1.2.4 VZP se aktivně a koordinovaně zapojuje do plánování na úrovni řídící skupiny i jiným způsobem. Postupně jsou zapojovány i další ZP. *Účast zástupce VZP na ŘS.* *Pravidelné konzultace RK s VZP.*	VZP / RK	1.10.2019 splněno	0	0	Účast VZP na jednáních
		Opatření 1.2.5 Připravit dlouhodobou koncepci a strategii MHMP v oblasti duševního zdraví (s propojením i na jednotlivé MČ), projednat ji a zajistit jí podporu napříč politickým spektrem v Praze. Koncepce a strategie se bude týkat všech výše uvedených cílových skupin a bude provázána s koncepcí a strategií protidrogové politiky, bezdomovectví i dalších relevantních koncepcí a strategií HMP.	RK, MHMP / garanti, ŘS	1.1.2022	0	0	Existence dlouhodobé koncepce a strategie MHMP v oblasti DZ.
Při plánování péče o duševní zdraví není dostatečná spolupráce mezi Prahou a Středočeským krajem. To je důležité zejména vzhledem k mobilitě obyvatel mezi Prahou a SK a využívání služeb. Navíc jsou na území SK dislokována sociální pobytová zařízení HMP, včetně zařízení pro lidi s duševním onemocněním. Tato zařízení se připravují pro proces transformace.	**<u>Strategický cíl 1.3:</u>** Plán rozvoje péče o duševní zdraví Hl.m.Praha je provázán na Plán Středočeského kraje.	**Opatření 1.3.1** Účast RK a zástupce OSV/OZ HMP na jednání řídící skupiny, příp. PS ve STC kraji a naopak. *RK pro Prahu a SK úzce spolupracují a propojují regiony i instituce.*	RK, MHMP, SK	1.10.2019 splněno	0	0	Vzájemná informovanost RK a pracovníků MHMP a SK.

		Opatření 1.3.2 Jsou stanovena témata nezbytná řešit společně SK a HMP a stanoven postup, jakým způsobem koordinovat jejich řešení.	SK, MHMP / RK (pro HMP i SK)	1.1.2022	0	0	Seznam témat
		Opatření 1.3.3 Je zpracován plán opatření pro témata společného řešení na úrovni HMP a SK a zpracováno obsahové i termínové sladění plánů HMP a SK.	SK, MHMP, RK (pro HMP i SK)	1.7.2022	0	0	Existence plánu opatření
Nezajištění informovanosti o Reformě může být bariérou pro implementaci podstatných kroků.	**Strategický cíl 1.4:** Instituce i jednotlivé osoby, které se podílejí na Reformě, mají přístup k aktuálním informacím o stavu Reformy i k potřebným dokumentům Reformy.	**Opatření 1.4.1** Je vytvořen komunikační nástroj sdílení informací a dokumentů v rámci Reformy v Praze. *Probíhá úprava aktualizace portálu www.psychoportal.cz. Bude nutná jeho průběžná aktualizace a správa.*	RK / garanti	1.6.2021	50 / ročně na správu a aktualizace – bude zabezpečen o z grantů	0	Existence komunikačních o nástroje
		Opatření 1.4.2 Vybudování informačního střediska / hubu Reformy pro Prahu a StC kraj.	RK / MHMP, SK, (výkonný tým Reformy), poskytovate lé, uživatelé, pečující	1.7.2022	300/ v r. 2022, následně ročně 900 – krýt z granů	300 z grantový ch zdrojů	Viditelné informace o info hubu na webu, počet kontaktů
		Opatření 1.4.3 Pravidelně se setkávají zástupci všech aktivit Reformy v kraji (tvorba sítě, transformace PN, kvalita péče, destigmatizace, multidisciplinarita, ad.)	RK	1.6.2019 Průběžně plněno	0	0	Pravidelná setkání - zápisy
Nezajištění koordinovaného systému může být bariérou pro vzájemně	**Strategický cíl 1.5:** Služby v systému efektivně komunikují a spolupracují při zajištění kontinuity a	**Opatření 1.5.1** Je stanoven systém koordinace a spolupráce služeb.	RK	1.12.2019 splněno	0	0	Počet klientů navázaných na služby, cíleně

provázaný systém v oblasti péče o duševní zdraví.	kvality péče a zajištění péče prioritně přímo v komunitě. Je zaveden princip multidisciplinární spolupráce.	*Povedlo se nastavit pro týmy v komunitě i s odd. následné péče v PNB. Koordinaci převzali metodici multidisciplinarity.*					propouštěných z PNB.
		Opatření 1.5.2 Je ustavena platforma poskytovatelů, která se setkává a domlouvá systém spolupráce založené na multidisciplinární spolupráci. *Setkávají se pravidelně komunitní služby v rámci pracovní skupiny, terénní týmy duševního zdraví společně se zástupci PNB.*	RK, poskytovatelé	1.10.2019 Splněno a průběžně plněno	0	0	Pravidelná setkání - zápisy
Není nastavená spolupráce HMP, MZ i dalších institucí a organizací při transformaci PNB. HMP tak nemůže systematicky a efektivně plánovat rozvoj sítě služeb ani potenciální využití areálu PNB i s ohledem na potřeby občanů Prahy.	**Strategický cíl 1.6:** Transformace PNB je plánována a realizována ve spolupráce s MHMP, poskytovateli sociálních a zdravotních služeb v regionu i uživatelských a rodičovských organizací.	**Opatření 1.6.1.** Je nastaven mechanismus spolupráce PNB (potažmo jejího zřizovatele MZ) a HMP při plánování a realizaci transformace PNB.	MHMP, PNB, MZ / RK, ŘS	1.7.2021	0	0	Pravidelná setkání - zápisy
		Opatření 1.6.2. Spolupráce HMP a PNB na transformaci PNB, směřující k deinstitucionalizaci péče a zajištění kvality péče i naplňování práv pacientů PNB, bude realizována i prostřednictvím společných projektů.	MHMP, PNB, MZ / RK, uživatelé, pečující	1.1.2022	800 z grantů	0	Společný projekt
		Opatření 1.6.3. HMP bude zapojeno do přípravy návrhu na využití areálu PNB pro občanskou vybavenost pro občany HMP, bude s PNB (MZ) spolupracovat na investičním záměru	MHMP, PNB, MZ	1.1.2023	0	0	Společně vytvořený generel využití areálu PNB

		a realizaci takto společně vytvořeného generelu.					

2. FINANCOVÁNÍ

Vize (klíčová myšlenka):

- Financování služeb v oblasti péče o duševní zdraví umožňuje dostupnost, kontinuitu, kvalitu a efektivitu služeb i jejich stabilitu.
- Nastavení systému financování podporuje služby, které podporují lidi s potížemi v duševním zdraví žít v běžných podmínkách, plnit jejich sociální role a uplatňovat jejich dovednosti a kompetence i naplňovat jejich práva.
- I přes přetrvávající resortismus, umožňuje financování na úrovni Hl.m.Prahy poskytovat služby na sociálně zdravotním pomezí a umožňuje rozvoj a inovace v oblasti péče o duševní zdraví.
- Při nastavení financování spolupracuje MHMP s plátci zdravotní péče i soukromými donory (nadace a fondy) tak, aby byl systém služeb a podpory komplexní, rozvíjející se a udržitelný.
- Systém financování motivuje poskytovatele ke spolupráci.
- Praha preferuje financování péče v přirozeném prostředí uživatele, rozvíjí služby terénní sociální rehabilitace, osobní asistence, pečovatelské služby aj., preferuje podporu preventivních služeb.
- MČ znají potřeby svých občanů a finančně se podílí na rozvoji sociálních služeb pro potřebné.

Současný stav: / popis problému, potřeby lidí / /

- Nejsou rovné podmínky financování poskytovatelů služeb zdravotních a sociálních.
- Poskytování akutní zdravotní péče byla pro poskytovatele ztrátová, komunitní a terénní péče neměla nastaveny mechanismy udržitelných úhrad. Dlouhodobá lůžková péče byla motivována k dlouhodobým hospitalizacím a plné obsazenosti lůžek, což nemotivovalo poskytovatele k chování, které je v souladu se základním záměrem reformy, a to přesunem péče do vlastního prostředí pacienta/klienta.
  V roce 2020 byly s ZP domluveny změny úhrad, které tuto situaci upravily. Došlo ke zvýhodnění akutní lůžkové péče oproti následné péči.
- Oddělení financování sociálních služeb a zdravotnictví i služeb v jiných resortech komplikuje vytváření multidisciplinárních týmů a vůbec služeb na resortních pomezích.
- Objem dotací na sociální služby (zejména terénního charakteru) v oblasti péče o duševní zdraví umožňuje pouze mírný rozvoj.
- Trvá podpora rezidenčních sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním, služeb, která jsou dislokovaná mimo Prahu. *To se změnilo s nástupem nového vedení Radnice HMP, je uvažována deinstitucionalizace těchto zařízení a je realizován projekt.*
- Minimální podpora uživatelských a rodičovských svépomocných aktivit
- Existuje podpora destigmatizačních aktivit z prostředků Hl.m.Prahy, ale je nesystematická
- Není dostatečná podpora inovativních programů.
- Není dostatečná podpora programů prevence problémů v duševním zdraví.
- Uživatelé, kteří nemají dostatečný finanční příjem (což je většina dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v PNB, zejména lidé s SMI, se závislostí) nemají dostatečné prostředky pro zajištění nájemního bydlení v Praze.

Budoucí stav:

- Financování rozvoje sítě služeb probíhá na základě plánu rozvoje sítě
- Bude posílena stabilita financování, udržitelnost, víceleté financování
- Bude významně posíleno financování sociálních služeb v oblasti duševního zdraví, a to zejména na úrovni objemu dotací z centrální úrovně (dotace ze státního rozpočtu krajům).

- Zdravotní pojišťovny na úrovni kraje financují v běžném režimu CDZ a MDT i plánovanou redukci psychiatrických lůžek
- Zdravotníci v MD týmech či v týmech podpory bydlení jsou financováni prostřednictvím zdravotních pojišťoven, příp. grantovými programy MHMP v rámci financování sociálně zdravotního pomezí
- Financování ze strany MHMP či MČ pro svépomocné aktivity – dotační programy
- Inovativní programy jsou financovány prostřednictvím MHMP, příp. EU fondů
- Do financování inkluzívních programů či individuální podpory v zapojování do běžného života jsou zapojeny nadace a nadační fondy
- Podpora zaměstnávání a sociálního podnikání je financováno MHMP i MČ, EU fond\
- Jsou podporovány destigmatizační projekty i vzdělávání v oblasti duševního zdraví
- Je dostatečně financováno řízení, koordinace, plánování a monitorování rozvoje péče o duševní zdraví

Strategický cíl 1: Postupné navyšování objemu finančních prostředků do rozvoje terénních sociálních služeb po celé Praze v návaznosti na SPRSS a na dlouhodobý záměr budování terénních multidisciplinárních týmů (CDZ) umožní vybudování 14 CDZ a pokrytí celého regionu Prahy terénními sociálními službami. Obdobně postupně navýšit financování na sociální terénní týmy v návaznosti na plán v oblasti péče o lidi s demencí a pro děti s potížemi v duševním zdraví a v návaznosti na Strategii protidrogové politiky také na terénní adiktologické služby.

Strategický cíl 2: Zajištění financování zdravotních terénních služeb v návaznosti na realizaci pilotních projektů a na dlouhodobý záměr budování terénních multidisciplinárních týmů (CDZ) v Praze prostřednictvím úhrad zdravotní péče umožní vybudování 14 CDZ na území Hl.m.Prahy. Obdobně postupně zajistit financování MDT v návaznosti na plán v oblasti péče o lidi s demencí a pro děti s potížemi v duševním zdraví.

Strategický cíl 3: Zajištění finančních prostředků na podporu svépomocných aktivit uživatelů a rodinných příslušníků (pečujících), podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, destigmatizačních aktivit, vzdělávání a podporu přístupu zotavení, na rozvoj inovativních programů, včetně financování služeb a programů na sociálně zdravotním pomezí a koordinace péče (důležité pro všechny cílové skupiny).

Strategický cíl 4: Zajištění financování zdravotních služeb v návaznosti na dlouhodobou koncepci péče o duševní zdraví v Praze (zejména restrukturalizaci lůžkové péče, budování psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí (včetně adiktologických ARP), dětských psychiatrických ambulancí, gerontopsychiatrických a geriatrických ambulancí posilování psychoterapeutické péče).

Strategický cíl 5: Zajištění finančních prostředků na řízení, koordinaci, plánování a monitorování rozvoje péče o duševní zdraví (Reformy)

Strategický cíl 6: Zajištění dostatečného finančního příjmu pro lidi s duševním onemocněním, aby mohli žít v běžných podmínkách

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo odpovědnost / součinnost	Termín	Náklady Provozní V tis.Kč.	Náklady Investiční V tis.Kč.	Indikátory
Nedostatečné kapacity komunitních služeb pro lidi s duševním onemocněním má za následek, že lidé s vážným duševním onemocněním vyžadující komplexní služby zůstávají dlouhodobě hospitalizovaní v psychiatrických nemocnicích.	**Strategický cíl 2.1:** Zajistit postupné navyšování objemu finančních prostředků do rozvoje terénních sociálních služeb, podpoře bydlení i dalších potřebných sociálních služeb v souvislosti s Reformou péče o duševní zdraví. Zajistit podporu inovativních a pilotních projektů Reformy. Vedle CDZ pro SMI také MDT pro děti a adiktologický MDT.	**Opatření 2.1.1.** Realizace alespoň 4 pilotních projektů CDZ z prostředků EU. *3 Projekty byly zrealizovány:* *CDZ 9, CDZ 6, CDZ Eset* *4.projekt CDZ Podskalí ještě běží.* *Běží také MDT pro děti a adiktologický MDT.*	MHMP, MZ / RK, poskytovatelé,	2020	72 000 Z prostředků ESF	0	Rozhodnutí o poskytnutí dotace, SPRSS
		Opatření 2.1.2. Zabezpečit financování postupného navyšování kapacit sociálních terénních TDZ i sociálních částí CDZ pro SMI – pokrytí celé Prahy 14 terénními týmy (personálně plnohodnotnými dle standardu CDZ) – promítnutím do Krajské sítě sociálních služeb v rámci SPRSS i následnou dotační a grantovou podporou.	MHMP / MPSV	2020-2024 *Postupně plněno. Dotace v 2022 pokrývají 14 týmů. Zatím ne personálně plnohodnotné.*	Navýšení o: 14 000 v období 2019 - 2021 12 000 v období 2019 – 2021 21 000 v období 2022-2024	0	SPRSS, Přehled dotací
		Opatření 2.1.3. Zabezpečit financování postupného navyšování kapacit služeb podpory bydlení, zaměstnávání a dalších potřebných sociálních služeb pro SMI – promítnutím do Krajské sítě sociálních služeb v rámci SPRSS i	MHMP / MPSV	2019-2030 *Postupně plněno*	Není naceněno	?	SPRSS, Přehled dotací

		následnou dotační a grantovou podporou. *Průběžné financování probíhá.*					
		Opatření 2.1.4. Zabezpečit financování postupného navyšování kapacit služeb podpory dětí s obtížemi v duševním zdraví (s inspirací pilotního MDT), adiktologických MDT a MDT pro seniory s demencí.	MHMP, MČ / MPSV	2022-2030	Není naceněno	Není naceněno	SPRSS, Přehled dotací
Zajištění financování zdravotních terénních služeb v návaznosti na realizaci pilotních projektů a na dlouhodobý záměr budování terénních multidisciplinárních týmů (CDZ) v Praze prostřednictvím úhrad zdravotní péče umožní vybudování 14 CDZ na území Hl.m.Prahy.	**Strategický cíl 2.2:** Zajištění financování zdravotních terénních služeb v návaznosti na realizaci pilotních projektů a na dlouhodobý záměr budování terénních multidisciplinárních týmů (CDZ) v Praze prostřednictvím úhrad zdravotní péče umožní vybudování 14 CDZ na území Hl.m.Prahy.	**Opatření 2.2.1.** Realizace alespoň 4 pilotních projektů CDZ z prostředků EU: - CDZ 9 - CDZ Eset - CDZ 6 - CDZ Podskalí Zajistit pokračování pilotních projektů „běžným“ financováním ze zdravotního pojištění.	VZP, ZP	2019-2021	56 000 z ESF celkem (1,5 roku) 30 000 ročně z prostředků ZP	0	Rozhodnutí o poskytnutí dotace Smlouvy o poskytování zdr.péče
		Opatření 2.2.2. Rozšířit počet CDZ v Praze na 14 a financovat z prostředků úhrad ZP	ZP, poskytovatelé	2022-2028	Cca 6 000 ročně za 1 CDZ	3 000	Smlouvy o poskytování zdr.péče
		Opatření 2.2.3. Zajistit pokračování pilotních projektů „běžným“ financováním ze zdravotního pojištění u pilotních projektů – MDT pro děti, adiktologický MDT, adiktologické ARP.	ZP / RK	2022	Není naceněno		Smlouvy o poskytování zdr.péče
Vzhledem k tomu, že svépomocné, uživatelské aktivity a aktivity	**Strategický cíl 2.3:**	**Opatření 2.3.1.**	RK / MHMP, svépomocné	1.6.2021	0	0	Přehled zdrojů

pečujících nejsou sociální služby ani zdravotní služby nemají svůj stabilní rámec financování. Tyto programy pak využívají jen ad hoc grantové výzvy z roku na rok bez záruky udržitelnosti financování. Jejich dlouhodobá udržitelnost je tímto způsobem výrazně ohrožena. Obdobně jsou na tom i různé klubové, volnočasové či kreativní a komunitní programy, programy zaměřené na prevenci a destigmatizaci. Tyto programy jsou zároveň důležité pro zotavení cílové skupiny, pro prevenci. Specifickým problémem je financování služeb na resortním pomezí – např. sociálně zdravotním či sociálně školském. A zároveň financování koordinace péče. Bez specifické podpory tyto programy nejsou udržitelné.	Zajištění finančních prostředků na podporu svépomocných aktivit uživatelů a rodinných příslušníků, podporu pečujících, podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, destigmatizačních aktivit, programů primární prevence, vzdělávání a podporu přístupu zotavení, na rozvoj inovativních programů, včetně financování služeb a programů na sociálně zdravotním pomezí.	Zmapovat stávající zdroje podpory pro a financování pacientských a rodičovských organizací, pro destigmat. programy, vzdělávání a inovace, včetně programů na soc.zdr.pomezí – dotační programy, individuální projekty, nadační fondy, podpora inovativních programů a další zdroje.	organizace, poskytovatelé				
		Opatření 2.3.2. Nastavit mechanismy pro udržitelné financování uživatelských a rodičovských organizací. Nově nastavené grantové financování v rámci MHMP	MHMP / RK	1.1.2022	0	0	Uživatelské či rodičovské organizace získají grantovou podporu na delší čas
		Opatření 2.3.3. Zajistit financování obhajoby práv a zájmů lidí s duševním onemocněním při řešení složitých situací s institucemi a poskytovateli péče s duševním onemocněním.)	MHMP / RK	1.1.2022	5 000 alokace na program ročně z grantových programů MHMP	0	Získaný a financovaný projekt

		(vyčlenění specifického programu a nastavení podmínek) *Částečně již splněno, grantové výzvy byly změněny a umožňují žádat o grant.*					
		Opatření 2.3.4. Zajistit systémové financování destigmat. aktivit, inovačních programů, vzdělávání a programů pro prevenci obtíží v duševním zdraví. Nastavit podmínky a parametry v hodnocení žádostí.	MHMP / EU fondy, nadace, MŠMT, MZ, VZP	1.1.2022	Náklady budou upřesněny	0	Objem prostředků na preventivní a destigmatizační aktivity či na inovace se zvyšuje.
		Opatření 2.3.5. Zajistit financování programů na soc. zdravotním pomezí. Nastavit podmínky a parametry v hodnocení žádostí	MHMP, VZP	1.1.2022	0	0	Budou zafinancovány potřebné projekty
Bez zajištěného a předdomluveného financování není možné připravit restrukturalizaci péče. K tomu je užitečné mít zpracovanou analýzu financování a dopadu změn v systému péče. Vyhodnocení dopadů činnosti CDZ bylo zpracováno v rámci celé republiky.	**<u>Strategický cíl 2.4:</u>** Zajištění financování zdravotních služeb v návaznosti na dlouhodobou koncepci péče o duševní zdraví v Praze (zejména restrukturalizaci lůžkové péče, budování psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí, posilování psychoterapeutické péče). Hledat možnosti financování pobytových služeb na sociálně zdravotním pomezí.	**Opatření 2.4.1.** Analýza stávajícího financování zdravotních služeb v Praze včetně nových segmentů péče (CDZ, MZ adiktologický tým, MD tým pro děti, apod.) a např. pobytových služeb na sociálně zdravotním pomezí.	VZP, poskytovatelé, MZ / RK Externí výzkumná agentura	2022	150 z grantů	0	Výstup ze zpracované analýty
		Opatření 2.4.2. Příprava plotních projektů a jejich financování.	VZP / RK	2023	Bude stanoveno s VZP	Bude stanoveno s VZP	Zpracované projekty
		Opatření 2.4.3.	VZP, ZP	2026	50	0	Výstup z hodnocení

		Vyhodnocování pilotních projektů a nastavení běžného financování restrukturalizované psych.péče					
Financování koordinace Reformy z prostředků ESF prostřednictvím MZ bude končit v roce 2022. Do té doby je potřeba připravit financování týmu, který zabezpečí pokračování Reformy v Praze.	**Strategický cíl 2.5:** Zajištění finančních prostředků na řízení, koordinaci, plánování a monitorování rozvoje péče o duševní zdraví (Reformy) – výkonného týmu Reformy	**Opatření 2.5.1.** Příprava rozpočtu a důvodové zprávy, nastavení běžného financování	MHMP, granty, nadace	2021 - 2024	postupný náběh od 200 v roce 2021 až po 2000 ročně v roce 2023 a dále	0	Funkční výkonný tým Reformy
Lidé s duševním onemocněním, závislostí, dlouhodobě hospitalizovaní v PNB, mají velmi malý finanční příjem (nízký ID, případně žádný). Bez finanční podpory nejsou schopni žít v běžných podmínkách v komunitě.	**Strategický cíl 2.6.** Zajištění dostatečného finančního příjmu pro lidi s duševním onemocněním, závislostí, dlouhodobě hospitalizovaným v PNB, aby mohli žít v běžných podmínkách	**Opatření 2.6.1.** Zmapovat situaci cílové skupiny (SMI, senioři s demencí, rodiny s dětmi s potřebou podpory v duševním zdraví) z hlediska ohrožení chudobou a publikovat a medializovat výstupy, využít k argumentaci.	RK / poskytovatelé, výzkumná agentura	2023/2024	250 z grantů, nadací	0	výstupy
		Opatření 2.6.1. Iniciovat program nadace či fondu pro řešení chudoby cílové skupiny	RK, MHMP	2022	?	0	Existence nadačního programu

3. SÍTĚ SLUŽEB

A) Plán sítě služeb pro osoby se závažným duševním onemocněním (severe mental illness – SMI)

První cílová skupina: SMI – Osoby s těžkou duševní nemocí (Severe Mental Illnes – SMI) . "Severe mental illness" neboli „závažné duševní onemocnění" je charakterizováno třemi znaky:
délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky (nemocnění trvá déle než 2 roky), nemoc způsobuje funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF14), bylo diagnostikováno onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy (těžší forma afektivních poruch obecně), těžká forma poruchy osobnosti, případně těžká forma úzkostné poruchy, zvláště obsedantně kompulzivní (tzn. diagnostické okruhy F2, F3, eventuálně F42 a F6).
Vzhledem k dlouhodobému průběhu, vážnosti příznaků a tendenci ke vzniku funkčního postižení konzumují lidé s potížemi typu SMI největší podíl ambulantní i hospitalizační psychiatrické péče. Potíže typu SMI mohou způsobovat velkou zátěž pro blízké osoby a mnohdy dochází k rozpadu rodinných vazeb. Komplexní rozsah potřeb vyžaduje multidisciplinární přístup s důrazem na principy case managementu, rehabilitace a podpory zotavení.
Prevalence výskytu osob s SMI v populaci je cca 1%.
Specifickým průnikem s cílovou skupinou osob se závislostí je oblast tzv. duálních diagnóz, čili kombinace závislosti a jiné duševní poruchy. Výskyt duálních diagnóz je velmi častý a vyžaduje integrovanou léčbu, která dosud není zavedena s výjimkou několik terapeutických komunit (mimo území kraje).
Obdobně zde počítáme také se službami pro lidi, u nichž hrozí rozvinutí SMI, zejména osob v krizových situacích s vlivem na duševní zdraví.

Vize (klíčová myšlenka):
Hlavním cílem transformace péče je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním v Praze, podpořit je v jejich životě v přirozeném prostředí a v sociálním začlenění. Transformace péče by měla vytvořit efektivní a účinný systém na sebe navazujících služeb, podpory a péče i řešení krizí.
Praha umožňuje rozmanitost a dostupnost služeb, které zajišťují naplňování potřeb lidí s vážným duševním onemocněním z pohledu celostního, tzn. služby s ohledem na zajištění potřeb v oblasti zdraví, sociální, kulturní, vzdělání, zaměstnání, bydlení apod.
Péče je realizována co nejblíže místu bydliště, duševně nemocní mají přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí a dalším podpůrným komunitním službám.
Služby jsou orientovány na podporu zotavení, včetně podpory zplnomocňování lidí s duševním onemocněním, neposilují závislosti na vnější pomoci.
Všechny kroky vedou ke zvyšování kvality života lidí s duševním onemocněním s důrazem na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv a povinností.

Systém služeb by měl:

- *umožnit, aby služby byly založeny na cílech a silných stránkách lidí, kteří je využívají. Aby podporovaly sebeurčení, zotavení včetně zplnomocnění, a individuální péči nezávisle na symptomech a zranitelnosti lidí. Aby služby podporovaly osoby ve směrování k smysluplnému životu v jejich komunitě.*
- *umožnit, aby lidé se zkušeností s problémy duševního zdraví, stejně tak jako jejich rodiny a pečující byli aktivně zapojeni jako spolutvůrci plánování, rozvoje a poskytování služeb. Uživatelé služeb, pečující a profesionálové jsou všichni experti v zotavení v jejich vlastním životě a společně dosahují rozhodování.*

- *umožnit, aby služby respektovaly a chránily (lidská) práva lidí s duševním onemocněním.*
- *navádět a pomáhat v boji proti stigmatu spojeném s duševním onemocněním ve službách pro duševní zdraví i ve zbytku společnosti.*
- *napomáhat i kontrolovat, aby služby používaly nejméně omezující prostředí, jak je to možné, aby hospitalizace byla jen poslední možností, když všechny komunitní léčebné alternativy byly vyčerpány.*
- *napomáhat, aby nemocnice a týmy komunitních služeb pracovaly úzce společně se sdílenou společnou vizí a aby služby byly poskytovány v dobré kvalitě v souladu s praxí založené na důkazech (evidence based practise).*
- *zabezpečit, aby služby byly dostupné a aby zabezpečovaly kontinuitu péče v místních podmínkách.*
- *napomáhat, aby veřejnost byla informována o službách i jejich metodách práce a výsledcích, které dosahují.*

Současný stav: / popis problému, potřeby lidí /

Téměř 7 tisíc osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebuje služby komunitních týmů (typu CDZ a komunitních týmů dlouhodobé rehabilitace). To vychází z předpokladů potřebnosti na základě zahraničních studií a pražské reality.
Tento počet sedmi tisíc osob v poměru na 100.000 obyvatel vychází z počtu obyvatel, kteří se dlouhodobě zdržují v Praze s i bez trvalého bydliště v Praze, a to včetně cizích státních příslušníků. Velmi často je u nich zvýšená potřeba podpory.
Udává se, že v Praze je 5 – 10 tisíc osob bez přístřeší, z toho bylo zjištěno, že závažnými duševními potížemi trpí 23,6% mužů a 41% žen, mírné potíže má dalších 34,2% mužů a 28% žen. Pouze 41% osob bez domova nemělo žádné duševní potíže. Tyto údaje jsou vysoko nad republikovým průměrem.[30]
Na základě kvalifikovaného odhadu předpokládáme, že celkem skoro 730 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebuje bydlení a podporu v bydlení. Tento předpoklad vychází z celkového počtu klientů dlouhodobě hospitalizovaných v PN (včetně tzv. mimopražských klientů hospitalizovaných v PNB, u nichž se nedá očekávat opuštění Hl.m.Prahy), klientů umístěných aktuálně v DZR, v nichž se připravuje plán transformace. Vedle těchto osob je vysoký počet lidí s duševním onemocněním mezi osobami bez domova, přespávajících venku nebo na noclehárnách (odhaduje se cca 40% z počtu kolem 4 000 osob, tedy až 1.600).

Předpokládáme, že z tohoto počtu celkem cca 120 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebuje intenzívní podporu v pobytové sociální službě (pravděpodobně chráněném bydlení, či pobytové sociální rehabilitace, výjimečně individualizovaném DZR), dalších 600 osob potřebuje méně intenzívní podporu terénní služby v sociálním bytě či běžném bytě v běžné zástavbě. Po zajištění služeb klientům s aktuální potřebou (dlouhodobě hospitalizovaní, v mimopražských DZR, klientů v bytové nouzi) bude i nadále průběžně kapacita služeb s intenzívní dlouhodobou podporou potřeba, nicméně na základě zahraničních zkušeností předpokládáme, že významně snížená. Také díky významnější komunitní podpoře a efektivnější spolupráci lůžkových psychiatrických zařízení a komunitních služeb.
Předpokládáme, že celkem cca 720 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebuje podporu při nalezení a udržení práce.
V Praze je poměrně široká nabídka různých služeb v oblasti duševního zdraví.

[30] Koncepce návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013 – 2020, MHMP, Praha, 2012

K 1.7.2019 v Praze působí 5 **CDZ** (z toho 3 v rámci pilotních projektů MZ, 2 ostatní naopak delší dobu, ale mimo pilotní projekty. Nicméně z hlediska potřebné dostupnosti je pro Prahu potřeba alespoň 14 CDZ.
Z toho vyplývá, že k datu 1.7.2019 bylo téměř 60% Prahy nepokryto. Částečně to saturovaly 2 **komunitní terénní týmy**, ale pouze jako sociální služby. *K 1.2.2021 je v provozu již 9 sociálních terénních komunitních týmů, byť v malé personální kapacitě. Nicméně svým spádem pokrývají celou Prahu.* Pro dobudování celé kapacity CDZ pro Prahu je nezbytné zajištění jejich financování ze zdrojů zdravotních pojišťoven a dotací na sociální služby. Do té doby bude nezbytné část Prahy, kam nebude zasahovat spád CDZ, saturovat posílením stávajících sociálních služeb zejména komunitními terénními týmy, příp. denními programy. Komunitní terénní týmy stejně tak, jako CDZ, pracují systémem case managementu a postupně se budou přetvářet na CDZ.

Lůžková psychiatrická péče pro dospělé je zajišťována zejména Psychiatrickou nemocnicí Bohnice, dále Psychiatrickou klinikou VFN, Psychiatrickým odd., psychiatrickým oddělením ÚVN ve Střešovicích. Celkově bylo na základě dat z roku 2018 v Praze k dispozici 1 478 lůžek, z toho pro děti 138, pro dospělé 1 340 lůžek dále rozdělené na akutní lůžka 323 a následná lůžka 1 017 pro dospělé. Vyšší počet psychiatrických lůžek je dán jednak tím, že spádová oblast je větší, než je území hl. m. Prahy, dále tím, že některá oddělení jsou specializovaná a přijímají i pacienty mimo region (sexuologické oddělení PL, odd. ochranných léčeb, AT oddělení, dětské oddělení). Lůžek tzv. všeobecné psychiatrie mimo jiné také pro SMI bylo 585. *K listopadu 2020 to bylo 484 lůžek.* Lůžková péče není rozvržena rovnoměrně v Praze. Psychiatrická nemocnice Bohnice, která měla k 31.8.2018 celkem 1181 psychiatrických lůžek (k listopadu 2020 je to 1135 lůžek), z toho 63 lůžek LDN a 48 lůžek zdravotně sociálních. Nyní prochází PNB transformací, zároveň převádí část lůžek následné péče na lůžka akutní *(k 30.11.2020 je to 195 akutních lůžek a 940 následných lůžek)*. Ostatní nemocnice v Praze neposkytují následnou psychiatrickou péči. Je zřejmé, že kapacita lůžkové péče je zbytečně robustní, dle doporučení WHO je odpovídající počet 40 lůžek na 100 tisíc obyvatel a rozložené po regionu, ne v jednom areálu.
V Praze je poměrně hustá síť psychiatrických ambulancí i denních stacionářů. Přesto zaznívá, že není dostatek psychoterapie hrazené ZP.
V Praze jsou k dispozici 2 zdravotnická zařízení poskytující **krizové služby** v nepřetržitém provozu: RIAPS, které provozuje Centrum sociálních služeb Praha a Centrum krizové intervence (CKI) provozované Psychiatrickou nemocnicí Bohnice. Obě zařízení poskytují ambulantní i lůžkovou formu péče. CKI navíc provozuje linku důvěry. Vzhledem k nárůstu míry sebevražd v ČR (na 100 tisíc obyv. je to 13,4 dokonaných sebevražd) je zřejmé, že kapacita, zaměření či způsob poskytování (neexistuje terénní krizová služba nonstop) krizových služeb není dostatečně efektivní a bylo by potřeba ho zvýšit. Dále 2 krizové terénní týmy zaměřené na SMI, telefonní krizové linky.
V rámci pilotního projektu **Early intervention a detection** se jeden tým testuje i v Praze.
Proces deinstitucionalizace PNB je závislý na **kapacitě služeb podpory bydlení** v komunitě, **chráněného bydlení** a dostupnosti bydlení v Praze. Stávající kapacity jsou výrazně za potřebností. Obdobně jako nedostatečná kapacita terénních komunitních týmů.
Rezidenční služby v domovech se zvláštním režimem pro klienty se závažným duševním onemocněním poskytují pouze zařízení mimo Prahu, a to v Terezíně, Krásné Lípě a Svojšicích. Tato zařízení mají institucionální povahu a klienti jsou často odtrženi od komunity, ve které žili celý život. Kapacita ke konci roku 2018 byla 505 lůžek, z toho 376 bylo obsazeno klienty se schizofrenií a afektivními poruchami. Aktuálně MHMP plánuje deinstitucionalizaci těchto zařízení. *Z DZR Svojšice se na podzim 2020 již 24 klientů vrátilo do Prahy, a to do chráněného bydlení i do samostatného bytu v běžné zástavbě.*
Nedostatek **služeb pro osoby s poruchou osobnosti**.

Neprostupnost a neochota ke spolupráci domovů pro seniory pro cílovou skupinu – neochota přijímat do služeb.
Menší dostupnost obecných **poradenských služeb** pro cílovou skupinu (odborná připravenost personálů pro cílovou skupinu) – služby v komunitě nejsou orientované na duševně nemocné.
Pozitivem v Praze jsou silné NNO, které poskytují komunitní služby i navázána spolupráce komunitních služeb s lůžkovými zařízeními. Poskytování dalších sociálních služeb má tradici. (kluby, denní programy, poradenství)
Fungují **programy podpory zaměstnávání** (IPS) s dobrými výsledky, i programy **sociálního podnikání** a tréninkových pracovních programů. Nicméně jejich kapacita je nízká.
Existující **svépomocné uživatelské aktivity**, samotní uživatelé jsou součástí týmu poskytující sociální služby (např. peer konzultanti). Podpora svépomocných organizací je však malá. **Programy pro pečující** jsou v malé míře, poskytují je NNO a PNB. Občas se rozvíjejí **inovativní programy** (např. program Slyšení hlasů, pacientských důvěrníků, Studio 27, České Galerie, kreativní program Kulturně komunitní centrum Letná, které jsou založeny na potenciálu lidí se zkušeností a které výraznou měrou destigmatizují téma psychiatrie, ale nemají systematickou podporu.

Budoucí stav:

- Je vybudována síť CDZ. CDZ by měla pokrývat celou Prahu a nejbližší spádové území. Předpoklad je 14 CDZ (162 úvazků soc.prac.). Síť CDZ spolu s vybudovanými kapacitami komunitních služeb a kapacit bydlení umožní redukci lůžek v PNB a postupné přesunutí dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do komunity.

- Psychiatrická nemocnice Bohnice výrazně redukovala počet lůžek. K 2030 zde zůstávají lůžka akutní pro nejbližší spád (P7, 8, 9 a spádové obce severně od Prahy) – cca 120 lůžek. Alternativně budou tato akutní lůžka přesunuta do všeobecné nemocnice na severu Prahy (Bulovka). Tento výhled aktuálně není sladěn s Transformačním plánem PNB. Deinstitucionalizace PNB se odehrává na základě transformačního plánu a spolupráce všech zúčastněných aktérů. Je zaveden standard funkčního napojení lůžek na komunitní služby, tedy obligátní postupy předávání klientů a společného komplexního plánování péče. *(V Transformačním plánu PNB z listopadu 2020 je plánovaný stav akutních lůžek na 320 a následných lůžek na 515 k roku 2030. To znamená celkem 835 lůžek).* Redukce až zrušení lůžek následné péče bude předcházet vybudování kapacit v komunitě nejen pro osoby s SMI, ale také pro další cílové skupiny, zejména pro osoby žijící s demencí, osoby se závislostí a s mentálním postižením.

- Celková lůžková kapacita psychiatrické péče pro lidi s duševním onemocněním v Praze: 400 – 600 lůžek, včetně případných lůžek v CDZ (maximální počet vychází z přepočtu 40 lůžek na 100.000 obyvatel). Tato lůžka by měla být akutní v rámci všeobecné nemocnice a dislokována po Praze. Předpokladem je existence takových oddělení pro Prahu jih, západ, východ, sever a střed, z toho pro jih a západ by to znamenalo nové psychiatrické oddělení, v ÚVN Střešovice přesné vymezení spádu. Jih Prahy – pravděpodobně Thomayerova nemocnice, západ – ve Vinohradské nemocnici. A také saturace spádových oblastí Prahy-východ a Praha–západ zařízeními v rámci SK.

- Kapacita různých forem bydlení pro cílovou skupinu je dostatečná jak pro klienty opouštějící PNB po dlouhodobé hospitalizaci, s výraznými obtížemi a potřebou intenzívní podpory, tak pro klienty čerpající komunitní služby a opakovaně hospitalizované, kteří nemají vhodné zázemí a bydlení i pro klienty, potýkající se s absencí přístřeší a žijící de fakto na ulici. Vedle kapacit chráněného bydlení či individualizovaného domova se zvl. Režimem tak bude pro

osoby s duševním onemocněním dostupné (zejména finančně) i běžné bydlení, příp. sociální bydlení, ve kterém bude poskytována podpora terénních služeb. Dostatečné kapacity podpory bydlení (předpokládáme 600 – 700 míst s postupným budováním) v Praze umožní také postupnou transformaci stávajících domovů se zvláštním režimem zřizovaných Hl. m. Prahou a dislokovaných mimo Prahu. Bude potřeba 118 - 140 pracovníků přímé práce v oblasti bydlení pro chronicky duševně nemocné klienty.

- Fungují rehabilitační týmy (107 úv.), které jsou funkčně úzce propojené s CDZ a mohou se věnovat též podpoře bydlení a podpoře zaměstnávání i dalším denním programům

- V oblasti podpory zaměstnávání bude existovat dostatečná kapacita služeb (25 - 30 úv.), které napomáhají lidem zaměstnání na běžném trhu práce (služby IPS) i návazných služeb, jako jsou rehabilitační aktivity (např. kavárny, dílny), ale také efektivní podpora sociálně integračních podniků.

- Síť psychiatrických ambulancí je systémově provázána s vytvořenými CDZ a je zajišťována dostatečná kapacita a dostupnost klinicko-psychologické a psychoterapeutické péče. Krizové služby jsou provázány s lůžkovými zařízeními i CDZ a spolupracují s IZS Počítáme s 20 úv. a 12 krizovými sociálními lůžky. V Praze jsou psychiatrické ambulance s rozšířenou působností (alespoň 1 na 100.000 obyvatel).

- Existují preventivní programy, včetně programů včasné detekce a intervence (early detection and intervention) duševních onemocnění na školách, u praktických lékařů, dětských a dorostových lékařů se zapojením preventivně psychologických poraden. V Praze existuje alespoň 6 týmů včasné intervence, provázaných na CDZ i další služby.

- Existují a jsou průběžně podporovány programy uživatelů a rodinných příslušníků (advokační, poradenské, vzdělávací, svépomocné).

- Existují a jsou podporovány vzdělávací programy pro všechny zúčastněné (poskytovatele, veřejnou správu, IZS, školy, ostatní služby – praktičtí lékaři, sociální služby, ad.). Zároveň existují způsoby, které posilují personální kapacity oboru psychiatrie profesí lékařů a sester a které zatraktivňují práci v komunitních službách.

- Existují a jsou podporovány destigmatizační a edukační aktivity zaměřené na odbornou veřejnost, uživatele a rodinné příslušníky, širokou veřejnost.

- Transformace péče by tak měla vytvořit efektivní a účinný systém na sebe navazujících a dostupných služeb, podpory a péče s fungující vzájemnou spoluprací, multidisciplinárním přístupem a orientací na zotavení uživatelů, včetně jejich zplnomocnění. Systém by měl podporovat, aby služby respektovaly a chránily (lidská) práva lidí s duševním onemocněním a pomáhat v boji proti stigmatu spojeném s duševním onemocněním ve službách pro duševní zdraví i ve zbytku společnosti.

- Jsou podporovány inovativní programy, jako recovery house, kulturní komunitní centra, dobrovolnictví, ad.

Prioritní je rozvoj terénních MD týmů, a to tak, aby postupně pokryly všechny správní obvody Hl.m.Prahy – v první fázi alespoň 7 úvazky SR. Bude tím zároveň splněn předpoklad pro vznik plnohodnotných CDZ, tedy včetně zdravotní části. *(K lednu 2021 již existuje vedle 5 CDZ 9 komunitních terénních týmů s alespoň 4 úvazky sociálních pracovníků).*

Vzhledem k tomu, že MHMP nyní uvolňuje využití svých bytů pro sociálně potřebné a osoby v bytové krizi, byl plán budovat MD týmy prioritně v místech, kde MHMP poskytne sociální byty – Praha 14, Praha 17, ad. *(leden 2021 – v těchto lokalitách již fungují komunitní týmy zatím jako sociální služba).*

Paralelně chceme podpořit naplnění plné kapacity nyní pilotních CDZ na 9 úvazků.

Téměř 730 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji **potřebuje bydlení a podporu v bydlení.** Tento předpoklad vychází z celkového počtu klientů dlouhodobě hospitalizovaných v PN (včetně tzv. mimopražských klientů hospitalizovaných v PNB, u nichž se nedá očekávat opuštění Hl.m.Prahy), klientů umístěných aktuálně v DZR u nichž se připravuje plán transformace. Potřebnost bydlení zvyšuje také vysoký počet klientů v bytové krizi, resp. ohrožené bezdomovectvím.

Předpokládáme, že z tohoto počtu bude cca 120 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebovat intenzívní podporu v **pobytové sociální službě** (pravděpodobně chráněném bydlení, či pobytové SR, výjimečně individualizovaném DZR) a více než 600 osob bude potřebovat podporu v méně intenzívní **podporu terénní služby v sociálním bytě či běžném bytě v běžné zástavbě.**

Podpora bydlení bude probíhat posilováním týmů bydlení pro přechod pacientů z PNB i klientů z DZR – postupně budování kapacit. Předpokládáme, že velkou část podpory budou poskytovat terénní služby SR, pro klienty v náročnější situaci bude poskytováno intenzívní CHB, příp. DZR.

Strategické cíle:

<u>Strategický cíl 3A.1:</u>
V Praze působí 14 týmů CDZ (cca 1 CDZ na 100.000 obyvatel).
CDZ se budou rozvíjet postupně, některé prostřednictvím podpory MZ v rámci pilotních projektů CDZ. K 2028 budou naplňovat personální standard CDZ. Každé CDZ bude personálně zahrnovat i pracovního konzultanta a 1 – 2 peery.
Opatření :

- Podpora alespoň 4 pilotních CDZ 2021
- Rozvoj týmů duševního zdraví ve všech oblastech Prahy - TDZ = alespoň 7 úvazků soc.pracovníků na 100.000) 2022
- Vybudování zdravotních kapacit zrcadlově k sociálním úvazkům TDZ 2022 - 2028
- Plný stav 14 CDZ v plné kapacitě 2028

<u>Strategický cíl 3A.2:</u> BYDLENÍ
Velký počet lidí s duševním onemocněním je v bytové tísni. Z dlouhodobě hospitalizovaných v PNB až 60% osob nemá kam se vrátit. Obdobně hodně klientů využívajících komunitní služby bydlí v nevyhovujícím bydlení (ubytovny, sdílený podnájem, nefukční nebo konfliktní prostředí v rodině) nebo přechodně v sociální službě. Velký počet klientů žije velkokapacitních DZR mimo Prahu. Vedle těchto osob je vysoký počet lidí s duševním onemocněním mezi osobami bez domova, přespávajících venku nebo na noclehárnách. Odhadujeme, že aktuálně celkem skoro 730 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v Praze potřebuje bydlení a podporu v bydlení. Tento předpoklad vychází

z celkového počtu klientů dlouhodobě hospitalizovaných v PN (včetně tzv. mimopražských klientů hospitalizovaných v PNB, u nichž se nedá očekávat opuštění Hl.m.Prahy), klientů umístěných aktuálně v DZR, v nichž se připravuje plán transformace. Vedle těchto osob je vysoký počet lidí s duševním onemocněním mezi osobami bez domova, přespávajících venku nebo na noclehárnách (odhaduje se cca 40% z počtu kolem 4 000 osob, tedy až 1.600). Část z těchto osob bude moci bydlet samostatně ve svém bytě s podporou terénních služeb, část bude vyžadovat intenzívnější podporu, příp. i bydlení v komunitním programu charakteru individualizované služby chráněného bydlení, příp. DZR. Část z těchto osob bude moci bydlet samostatně ve svém bytě s podporou terénních služeb, část bude vyžadovat intenzívnější podporu, příp. i bydlení v komunitním programu charakteru individualizované služby chráněného bydlení, příp. DZR. Problémem návratu klientů do běžného bydlení je také nedostatek bytových jednotek v Praze a malá kapacita bytů v majetku HMP a MČ.

V Praze existuje dostatek služeb, které poskytují takovou podporu v oblasti bydlení, že lidé s duševním onemocněním mohou bydlet v běžných podmínkách. Téměř 730 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebuje bydlení a podporu v bydlení. Podpora v běžných či sociálních bytech je zajištěna zejména formou sociální rehabilitace. V případě, že je nezbytné poskytovat intenzívnější podporu, je zajišťována formou rezidenční sociální služby (zejména formou chráněného bydlení) na území Hl.m.Prahy. Vzhledem k počtu osob dlouhodobě hospitalizovaných v PNB a počtu osob v mimopražských DZR je třeba navýšit individualizované pobytové služby s intenzívní podporou o 120 lůžek a 210 míst v chráněných bydleních a bytech.
Praha podporuje samostatné bydlení prostřednictvím dostupné a dostatečné nabídky běžných i sociálních bytů. Navýšení by mělo být o 400 míst v samostatném (příp. sociálním) bydlení. V oblasti bydlení je nastavena efektivní spolupráce mezi organizacemi i s CDZ a akutními lůžkovými zařízeními. Je důležité přinášet inovativní řešení, proto je v plánu i pilotní ověření modelu „recovery house“ pro 12 osob.
Opatření :

- Vytvoření společné pracovní skupiny pro bydlení a systému přijímání klientů do služeb bydlení 2019
- Podpora poskytování sociálních bytů pro cílovou skupinu od MHMP i MČ (bude poskytnuto 300 bytů) a hledání bytů na běžném trhu (100). 2019 - 2030
- Navýšení úvazků týmů podpory bydlení, zaměřené na zabydlování a podporu v sociálních bytech a běžném bydlení formou terénní sociální rehabilitace celkem o 34 přímých úvazků (podpora 400 klientů) 2019 - 2030
- Vytvoření kapacit pro klienty vyžadující intenzívní podporu v individualizovaných pobytových zařízeních (jedno zařízení max. pro 3 osoby) celkem 126 míst, včetně zajištění financování. 2019 - 2030
- Příprava a plotní ověření modelu "recovery house" pro 12 osob. 2021 - 2023
- Vytvoření kapacit chráněného bydlení individualizovaného charakteru příp. terénní podpory pro bydlení v běžných bytech pro 210 osob. 2019 - 2030
- Převádění klientů z hospitalizace v PNB do běžného bydlení 2019 - 2026 průběžně

Strategický cíl 3A.3:
ZAMĚSTNÁVÁNÍ
Bude zajištěna variabilní a individuální podpora při návratu na pracovní trh. Celkem cca 720 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebuje **podporu při nalezení a udržení práce**. Jako velmi efektivní pro skupinu osob s SMI je model IPS. Zároveň jev rámci Reformy nezbytné podpořit všechny formy podpory práce - tréninkového zaměstnávání a přípravných pracovních aktivit (chráněné dílny / chráněná místa, STD) a služby podpory zaměstnávání na běžném trhu práce) a vytvořit vějíř

podpůrných programů. Je důležité vytvořit v rámci Prahy strategie podporu zaměstnávání osob s SMI – ve spolupráci s ÚP, poskytovateli, ad.
V podpoře sociálního podnikání může MHMP napomoci formou systémového zadávání veřejných zakázek se sociálním dopadem (MHMP i jednotlivé MČ), vytvořením projektu podpory sociálního podnikání obecně včetně podpory „startupů sociálních podniků".
Opatření :

- Ve spolupráci s ÚP, MHMP a dalšími stakeholdery bude připravena strategie pro podporu osob s SMI 2022
  nejvíce ohrožených nezaměstnaností, včetně sběru a vyhodnocení dat.
- Podpora IPS – součástí CDZ / TDZ 2019 - 2026
- Podpora pracovního tréninku formou programů tréninkových zaměstnání /např. kaváren 2021 - 2026
- Podpora sociálního podnikání 2020 - 2023

Strategický cíl 3A.4:
AKTUNÍ PÉČE/PODPORA V KRIZI
Akutní péče bude geograficky rovnoměrně rozložena tak, aby se zvýšila dostupnost péče pro všechny Pražany, zároveň bude počet psychiatrických lůžek na jednom místě omezen (120 lůžek max.) tak, aby se necentrovala psychiatrická péče na jednom místě a nevytvářela určité ghetto. Celkový počet lůžek v Praze bude v rozsahu 400 – 600 lůžek. Akutní péče spolu s krizovými a preventivními službami budou mít dostatečnou kapacitu pro řešení krizových situací. Plánujeme navýšení o 8 krizových lůžek a 16 úvazků sociálních krizových služeb.

- Bude vytvořena pracovní skupina pro restrukturalizaci akutní lůžkové péče a krizové péče v Praze 2021
- Bude připravena a projednána koncepce krizové pomoci v oblasti duševního zdraví v Praze.

  Do přípravy budou zahrnuti relevantní stakeholdeři (akutní psychiatrická péče, ZZS HMP, CDZ, stávající krizová centra, ad.). Budou využity zkušenosti u pilotního projektu early detection a early intervention. Bude vytvořen systém krizové pomoci zahrnující krizové služby, CDZ, akutní lůžková oddělení 2021
- Bude připraven a vyjednán plán přerozdělení lůžkové psychiatrické péče v Praze a zajištěno financování těchto služeb. 2022
- Vznik nových psychiatrických oddělení na základě plánu přerozdělení lůžkové psychiatrické péče v Praze 2024 - 2030
  a zajištěno financování těchto služeb
- Bude nastaven systém podpory krizových služeb v návaznosti na akutní lůžková oddělení a CDZ dle připravené koncepce. 2022
- Zajištění krizové podpory prostřednictvím služby MHMP - rozvoj terénní služby vedle RIAPS a LD (saturace nepokrytých potřeb a cílových skupin). 2021 - 2022

Strategický cíl 3A.5:
NÁSLEDNÁ LŮŽKOVÁ PÉČE

- Transformace psychiatrické nemocnice Bohnice umožní postupné zrušení lůžek následné péče, a to v návaznosti na budování komunitních služeb. V horizontu do roku 2030 lze plánovat redukci na 330 lůžek následné péče, ze stávajícího počtu 998 (k 1.8.2018) tedy na

cca 30%. Následná lůžka pro osoby s SMI by však v návaznosti na budování kapacit komunitních služeb mohla být zrušena úplně. Tento výhled není v tuto chvíli sladěn s Transformačním plánem PNB. *(V Transformačním plánu PNB z ledna 2021 je plánovaný stav akutních lůžek 320 a následných lůžek 515 k roku 2030. To znamená celkem 835 lůžek. Nesoulad je tudíž i v následujících plánech konkrétní redukce lůžek).*

Kapacita komunitních služeb a služeb bydlení umožňuje přebírání klientů / redukci lůžek v následujícím časovém horizontu:

Do konce roku 2019:	redukce : 0 – 50 lůžek
Do konce 2020:	redukce o dalších 50 lůžek
Do konce roku 2021:	redukce o dalších 50 lůžek

V souhrnu za roky 2019 a 2020 byl plán redukce lůžek splněn na spodní hranici 75 lůžek.

- Pokud by v následujících letech redukce probíhala tak, že by se ročně snížila kapacita o 70 lůžek, zůstalo by v PNB v roce 2030 kolem 200 lůžek následné péče. Ukazuje se však jako nezbytné zpracovat společný plán PNB (a MZ jako zřizovatele) a MHMP na přesun kapacit lůžek následné péče do komunity (tvorba kapacit v sociálních a sociálně zdravotních službách a souběžná redukce lůžek v PNB), a to nejen klientů s SMI, ale i dalších cílových skupin.
- V rámci projektu Multidisciplinarity budou nastaveny postupy a způsoby spolupráce při předávání klientů z PNB do komunitních služeb. Tyto postupy budou určující i po ukončení projektu Multidisciplinarita. 2021

Strategický cíl 3A.6:

AMBULANTNÍ PÉČE

Síť psychiatrických ambulancí je systémově provázána s vytvořenými CDZ a je zajišťována dostatečná kapacita a dostupnost klinicko-psychologické a psychoterapeutické péče.

Opatření :

- Je nastavena spolupráce mezi psychiatrickými ambulancemi a CDZ / TDZ 2022
- V Praze jsou pilotovány psychiatrické ambulance s rozšířenou působností (alespoň 1 na 100.000 obyvatel). 2020 - 2022
- Po vyhodnocení pilotního projektu je naplánován rozvoj psychiatrických ambulancí s rozšířenou působností (1 na 100.000 obyvatel). 2022
- Vyjednání výraznější podpory psychoterapie 2022

Strategický cíl 3A.7:

SELF PODPORA/PODPORA PEČOVATELŮ

Programy podpory svépomoci umožňují uživatelům i jejich rodinným příslušníkům dostatečnou sebepéči a vzájemnou podporu i jejich osobní zotavení.

Opatření :

- Vzdělávání uživatelů služeb a rodinných příslušníků zejména v orientaci v problematice duševního zdraví, systému služeb, zotavení, advokačních aktivitách. 2020 - 2030
- Podpora pečujícím formou poradenství a konzultací a respitní péče 2022 - 2030
- Vybudování pilotní „kamenné“ Recovery college jako inspirace pro rozvíjení modelu zotavení. 2022 - 2023

Strategický cíl 3A.8:
VOLNÝ ČAS/REKREACE/
Praha podporuje využívání běžných programů v komunitě lidmi s duševním onemocněním, cíleně podporuje programy umožňující jejich sebeuplatnění a seberealizaci (např. formou výtvarných aktivit).

Opatření :

- Podpora komunitních, kreativních a kulturních projektů, které organizují nebo jsou v nich aktivně zapojeni lidé se zkušeností. 2021 - 2030
- Podpora programů klubů a vzdělávacích aktivit, zejména v běžném komunitním prostředí a v online prostoru. Propojování s komunitními centry pro veřejnost či jinou cílovou skupinu. 2021 - 2030

Strategický cíl 3A.9: OSTATNÍ
Je nastavená spolupráce se službami, které jsou primárně pro jiné cílové skupiny, ale zároveň mají ve službách také osoby s SMI. Služby péče o duševní zdraví jsou schopny poskytovat těmto službám odpovídající podporu, aby byla zajištěna kvalitní a odborná služba.

Opatření :

- Spolupráce s poskytovateli služeb pro lidi s mentálním postižením – nastavení spolupráce pro přechod.
  Obdobně i pro další cílové skupiny (hraniční poruchy osobnosti, organické poruchy, ad.) pacientů z PNB. 2021 - 2024
- Domluvit systém podpory CDZ, příp. PNB v DOZP, DS a DZR, aby nebylo nutné při zhoršení stavu překládat na PNB. 2022
- Řešit problematiku lidí s tzv. duálními diagnózami. 2021 - 2024
- Podpora programů pro lidi s duševním onemocněním, kteří jsou zároveň bez přístřeší. 2020 - 2024
- Podpora dobrovolnických programů 2022 - 2023

Popis problému	**Strategický cíl – budoucí stav - řešení**	**Opatření – kroky**	**Kdo odpovědnost / součinnost**	**Termín**	**Náklady Provozní V tis.Kč.**	**Náklady Investiční V tis.Kč.**	**Indikátory** Služba/klienti[x]
Nedostatečné kapacity nebo zcela chybějící služby mají za následek, že není poskytována komplexní dlouhodobá podpora lidí s duševním onemocněním v regionu. Nedostatečné nebo chybějící kapacity tak znemožňují snižování hospitalizací a rehospitalizací v psychiatrické nemocnici, neumožňují zlepšování kvality života a zotavení z duševní nemoci.	**<u>Strategický cíl 3A.1: CDZ</u>** V Praze působí **14 týmů CDZ** (cca 1 CDZ na 100.000 obyvatel). CDZ se budou rozvíjet postupně, některé prostřednictvím podpory MZ v rámci pilotních projektů CDZ. Plný stav 14 CDZ v těchto SO Prahy: • Praha 9, 18 • Praha 10, 11, 15 • Praha 6 • Praha 1,2,10 • Praha 8 • Praha 4 • Praha 14, 19, 20 • Praha 3 • Praha 13, 17 • Praha 5 • Praha 15, 21, 22 • Praha 12, 16 • Praha 7 • Praha 11 celkem v sociální části CDZ 126 přímých úvazků v sociálních službách	**Opatření 3A.1.1.** Podpora pilotních CDZ (pro uvedené SO Prahy): • Praha 9, 18 • Praha 10, 11, 15 • Praha 6 • Praha 1,2,10 • Praha 8 /mimo pilotní projekt MZ/	poskytovatelé/ MZ, MHMP, VZP	2019 *Splněno* *3 pilotní projekty CDZ ukončeny, 4.projekt probíhá*	58 000 Zdroj: ESF prostřednictvím MZ	0	4/800 klientů[x]
		Opatření 3A.1.2. Rozvoj týmů duševního zdraví po celé Praze (rozdělené SO podle počtu obyvatel a dostupnosti)	MHMP / poskytovatelé	2022 *1.2.2021*		Cca 5 000 Rekonstrukce prostor	Celkem: 9/1 250[x]

		TDZ = alespoň 7 úvazků soc.pracovníků na 100.000) • Praha 4 • Praha 14, 19, 20 • Praha 3 • Praha 13, 17 • Praha 5 • Praha 15, 21, 22 • Praha 12, 16 • Praha 7 • Praha 11 • Sociální části CDZ 6, CDZ 8, CDZ 9, CDZ Eset, CDZ Podskalí (mimo financování v průběhu pilotního projektu) celkem v sociální části CDZ a TDZ 108 přímých úvazků v sociálních službách Navyšování úvazků SP v přímé péči: • 21,3 úvazky • 21,5 úvazků • 17,3 úvazků		*Částečně splněno: existence všech 9 TDZ s minimálně 4 úvazky)* 2020 2021 2022	 14 500 15 000 12 110	ESF, MPSV	(Každá služba 150 klientů)
		Opatření 3A.1.3. Vybudování zdravotních kapacit zrcadlově k TDZ pro celou Prahu (1 tým na 100.000 obyvatel) – 9 CDZ • Praha 3 • Praha 4 • Praha 13, 17 • Praha 14, 19, 20	VZP, ZP / poskytovatelé	2022–2025 2021 2022 2022 2023	54 000 ročně celá síť 9 CDZ (zdr.části)	Cca 5 000 Rekonstrukce prostor Zdroje: ESF, poskytovatelé	Celkem: 9/1 250[x]

		• Praha 5 • Praha 11 • Praha 12, 16 • Praha 7 • Praha 15, 21, 22		2023 2024 2024 2025 2025			
Velký počet lidí s duševním onemocněním je v bytové tísni. Z dlouhodobě hospitalizovaných v PNB až 60% osob nemá kam se vrátit. Obdobně hodně klientů využívajících komunitní služby bydlí v nevyhovujícím bydlení (ubytovny, sdílený podnájem, nefukční nebo konfliktní prostředí v rodině) nebo přechodně v sociální službě. Velký počet klientů žije velkokapacitních DZR mimo Prahu. Vedle těchto osob je vysoký počet lidí s duševním onemocněním mezi osobami bez domova, přespávajících venku nebo na noclehárnách. Odhadujeme, že aktuálně celkem skoro 730 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v Praze potřebuje bydlení a podporu v bydlení. Část z těchto osob bude moci bydlet samostatně ve svém bytě s podporou terénních služeb, část bude vyžadovat intenzívnější podporu, příp. i bydlení v komunitním programu charakteru individualizované služby chráněného bydlení, příp. DZR.	**<u>Strategický cíl 3A.2</u>: BYDLENÍ** Vytvořit v Praze příležitosti pro bydlení i zabezpečit dostatečnou podporu takovou, aby lidé s duševním onemocněním mohli bydlet v běžných podmínkách. Téměř 730 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji potřebuje bydlení a podporu v bydlení.	**Opatření 3A.2.1.** Vytvoření společné pracovní skupiny pro bydlení a systém přijímání klientů do služeb bydlení		2019 *splněno*	0	0	PS se setkává, zápisy

Problémem návratu klientů do běžného bydlení je také nedostatek bytových jednotek v Praze a malá kapacita bytů v majetku HMP a MČ.							
		Opatření 3A.2.2. Podpora poskytování sociálních bytů pro cílovou skupinu od MHMP i MČ (bude poskytnuto 300 bytů) a hledání bytů na běžném trhu (100). Dílčí kroky: • od MHMP i MČ bude poskytnuto 80 bytů a na běžném trhu 30 bytů. • od MHMP i MČ bude poskytnuto 100 bytů a na běžném trhu 30 bytů. • od MHMP i MČ bude poskytnuto 120 bytů a na běžném trhu 40 bytů.	MHMP, MČ / poskytovatelé	2030 2019–2022 2023–2026 2027-2030	0	0 Příp. rekonstrukce – MHMP, MČ	400 klientů bydlí v samostatném bytě
		Opatření 3A.2.3. Navýšení úvazků týmů podpory bydlení, zaměřené na zabydlování a podporu v sociálních bytech a běžném bydlení formou terénní sociální rehabilitace celkem o 34 přímých úvazků (podpora 400 klientů) • Navýšení úvazků týmů podpory bydlení o 10 přímých úvazků • Navýšení úvazků týmů podpory bydlení o 12 přímých úvazků • Navýšení úvazků týmů podpory bydlení o 12 přímých úvazků	MHMP / poskytovatelé	2023-2026 2019-2022 2023-2026 2027-2030	 6 880 8 400 8 400	0	400 klientů bydlí v samostatném bytě

		Opatření 3A.2.4. Příprava a pilotní ověření modelu "recovery house" pro 12 osob.	RK, poskytovatelé / zahr.experti	2019-2022	6 000 Dotace soc.služby, ESF, úhrady klientů	Bude záviset na objektu	Vyhodnocení z pilotního projektu
		Opatření 3A.2.5. Vytvoření kapacit chráněného bydlení nebo DZR individualizovaného charakteru příp. intenzívní sdílené terénní podpory v běžných bytech pro 210 osob. • Vybudování kapacit 70 míst • Vybudování kapacit 70 míst • Vybudování kapacit 70 míst	Poskytovatelé, MHMP	2023-2026	112 110 Dotace DZR/CHB + úhrady klientů (+úhrady ZP)	Bude záviset na objektech	210 klientů bydlí v CHB nebo běžných bytech
		Opatření 3A.2.6. Převádění klientů z dlouhodobé hospitalizace v PNB do běžného bydlení	RK, Metodik MD / PNB, poskytovatelé	2019-2028	0	0	Klienti s SMI nejsou v PNB na lůžkách následné péče
Lidé s vážným duševním onemocněním mají ztížený přístup na volný trh práce nejen v důsledku onemocnění, ale také z důvodu stigmatizace a nedostatečné diverzity v oblasti zaměstnávání. Nezaměstnanost lidí s duševním onemocněním, propuštěných z PN přesahuje 75 %, a u mnoha z nich i navzdory stabilnímu zdravotnímu stavu a schopnosti pracovat. Kromě toho, že přicházejí o sociální vazby a společenský status, tak jsou ohroženi chudobou.	**<u>Strategický cíl 3A.3:</u> ZAMĚSTNÁVÁNÍ** Bude zajištěna variabilní a individuální podpora při návratu na pracovní trh. Předpokládáme, že celkem 726 osob s dlouhodobým duševním onemocněním v kraji bude potřebovat podporu při nalezení a udržení práce.	**Opatření 3A.3.1.** Ve spolupráci s ÚP, MHMP a dalšími stakeholdery bude připravena strategie pro podporu osob s SMI nejvíce ohrožených nezaměstnaností, včetně sběru a vyhodnocení dat.	RK, ÚP, poskytovatelé služeb podpory zaměstnanosti, soc.podniky, MHMP	2022	0	0	Dokument strategie

		Opatření 3A.3.2. Podpora IPS – pracovní konzultant je součástí každého CDZ / TDZ. Zároveň existují týmy, které pracují s klienty, kteří nepřicházejí z CDZ / TDZ. Navýšení kapacity úvazků o 31, ročně cca o 4,5 úvazku.	Poskytovatelé, MHMP	2020-2026	21 328 dotace na soc.služby	0	Nárůst zaměstnaných klientů (10 úspěšně zaměstnaných na 1 pracovníka)
		Opatření 3A.3.3. Na úrovni města Prahy zachovat a podpořit široké spektrum dalších služeb pro podporu zaměstnávání (s jasně definovaným rozsahem). Jedná se o služby tréninkového zaměstnání (kavárny), přípravy na práci, chráněných pracovišť. Optimální navýšení kapacity je 10 úvazků.	MHMP / poskytovatelé	2020-2026	6 880	0	Postupně zadávání veřejných zakázek se sociálním dopadem (MHMP i jednotlivé MČ), podpory „startupů sociálních podniků“.
		Opatření 3A.3.4. Podpora sociální podnikání na území HMP - Nastavit systém veřejných zakázek se sociálním dopadem na úrovni HMP i MČ, což by mělo pomoci sociálním firmám a obecně zaměstnavatelům OZP (osob se zdravotním postižením).	MHMP, MČ / sociální podniky, TESSEA, AKS, MPSV, zahr.experti	2021-2023	0	0	Od roku 2023 alespoň 3 veřejné zakázky se soc.dopadem ročně
Poskytování krizové intervence v Praze je fragmentované, rozdělené mezi několik subjektů, jak zdravotních, tak sociálních služeb a ty nejsou dostatečně propojené. Každá služba má poměrně úzce vymezenou	**<u>Strategický cíl 3A.4:</u>** **PODPORA V KRIZI / AKUTNÍ PÉČE** Lidem, které tíží krizová situace v oblasti duševního zdraví bude poskytnuta kvalitní, efektivní, neprodlená podpora cílená na charakter jejich problémů. Bude	**Opatření 3A.4.1.** Bude vytvořena pracovní skupina pro restrukturalizaci akutní lůžkové péče a tvorbu systému krizové péče v Praze.	MHMP, MZ, RK, ADSKC, AKS, PS ČLK JEP, zástupci uživatelů	2021	0	0	Existující skupina, zápisy ze setkání

cílovou skupinu (většinou diagnosticky). Existující kapacity akutních lůžek jsou často využívány neefektivně a jsou dislokovány pouze na několika místech v Praze (PN Bohnice, Psychiatrická klinika VFN na Praze 2 a ÚVN ve Střešovicích. Velmi často pak osoby v krizové akutní situaci zůstávají bez pomoci (velká zátěž je pak na rodinách) do té doby, kdy se situace dramatizuje a osoba je přijata do lůžkové péče. Národní akční plán pro duševní zdraví předpokládá posilování systému krizové pomoci, obdobně Národní akční plán prevence sebevražd. Důležité je vytvářet propojený systém služeb, schopných pružně a rychle reagovat a rychle předávat klienty do běžných služeb.	zajištěn systém triage a dobrá kooperace zapojených služeb tak, aby byla zajištěna kontinuita péče. Krizová pomoc bude zajišťována vhodnou formou (telefonická, terénní, ambulantní či stacionární, konciliární, příp. lůžková. Péče bude geograficky rovnoměrně rozložena tak, aby se zvýšila dostupnost péče pro všechny Pražany, počet psychiatrických lůžek na jednom místě bude omezen (120 lůžek max.) tak, aby se necentrovala psychiatrická péče na jednom místě a nevytvářela určité ghetto.						
		Opatření 3A.4.2. Bude připravena a projednána koncepce krizové pomoci v oblasti duševního zdraví v Praze. Do přípravy budou zahrnuti relevantní stakeholdeři (akutní psychiatrická péče, ZZS HMP, CDZ, stávající krizová centra, ad.). Budou využity zkušenosti u pilotního projektu early detection a early intervention.	MHMP, RK, AKS, ADSKC, ZZS HMP, VZP, zástupci uživatelů a rodičů, poskytovatelé	2021/2022	0	0	Dokument, záznamy z jednání
		Opatření 3A.4.3. Bude připraven a vyjednán plán přerozdělení lůžkové psychiatrické	MHMP, MZ, RK, PS ČLK JEP, VZP,	2022	0	0	Dokument, záznamy z jednání

		péče v Praze a zajištěno financování těchto služeb.	zástupci uživatelů a rodičů				
		Opatření 3A.4.4. Bude nastaven systém podpory krizových služeb v návaznosti na akutní lůžková oddělení a CDZ dle připravené koncepce.	MHMP, RK, poskytovatelé krizových služeb, ZZS HMP	2022	V návaznosti na Opatření 3.4.2 a 3.4.3. Zdroje: MZ, VZP, MHMP	V návaznosti na Opatření 3.4.2 a 3.4.3.	navýšení 8 krizových lůžek a 16 úvazků sociálních krizových služeb.
		Opatření 3A.4.5. Vznik nových psychiatrických oddělení na základě plánu přerozdělení lůžkové psychiatrické péče v Praze a zajištěno financování těchto služeb.	Poskytovatelé zdr.služeb / VZP, ZP	2026 - 2030			Celkový počet psych. lůžek v Praze bude v rozsahu 400 – 600 lůžek.
		Opatření 3A.4.6. Zajištění krizové podpory prostřednictvím služby MHMP - rozvoj terénní služby vedle RIAPS a LD (saturace nepokrytých potřeb a cílových skupin).	MHMP / VZP, ZP	2021/2022	Zdroje: ZP, MHMP		Registrace ZZ, smlouva s VZP, ZP
Následná psychiatrická péče je poskytována ve velkém areálu PN Bohnice. K 31.8.2018 měla celkem 1181 psychiatrických lůžek *(k listopadu 2020 je to 1143 lůžek),* dále 63 lůžek LDN a 48 lůžek zdravotně sociálních. Nyní prochází PNB transformací, zároveň převádí část lůžek následné péče na lůžka *akutní (k 30.6.2020 je to 195 akutních lůžek a 940 následných lůžek).* Ostatní nemocnice v Praze neposkytují	**<u>Strategický cíl 3A.5:</u>** **NÁSLEDNÁ LŮŽKOVÁ PÉČE** Transformace psychiatrické nemocnice umožní postupné zrušení lůžek následné péče, a to v návaznosti na budování komunitních služeb. V horizontu do roku 2030 lze plánovat redukci na 330 lůžek následné péče, ze stávajícího počtu 998 tedy na cca 30%.	**Opatření 3A.5.1.** Postupné rušení lůžek následné péče pro osoby s SMI (lůžka všeobecné psychiatrie) v PNB. • Redukce o 30 – 50 lůžek • Redukce o dalších 50 lůžek • Redukce o dalších 50 lůžek	PNB, MZ / komunitní služby	2019 2020 2021			Kapacita komunitních služeb a služeb bydlení umožňuje přebírání klientů / redukci lůžek

následnou psychiatrickou péči. Je zřejmé, že kapacita lůžkové péče je zbytečně robustní, dle doporučení WHO je odpovídající počet 40 lůžek na 100 tisíc obyvatel a rozložené po regionu, ne v jednom areálu. Redukce lůžek následné péče, deklarované i v NAPDZ je možná postupně za paralelního budování kapacit v komunitě a sociálních či sociálně zdravotních zařízeních. Zároveň je nezbytné navazovat dlouhodobě hospitalizované pacienty na komunitní služby, což se nyní děje systematicky u cílové skupiny SMI.							
		Opatření 3A.5.2. Zpracování společného plánu PNB (a MZ jako zřizovatele) a MHMP na přesun kapacit lůžek následné péče do komunity (tvorba kapacit v sociálních a sociálně zdravotních službách a souběžná redukce lůžek v PNB).	MHMP, PNB, MZ, RK	2021	0	0	Dokument plánu
		Opatření 3A.5.3. Budou nastaveny postupy a způsoby spolupráce při předávání klientů z PNB do komunitních služeb (v rámci projektu Multidisciplinarity). Tyto postupy budou určující i po ukončení projektu Multidisciplinarita.	Metodici MD, RK / PNB, komunitní služby	2021	0	0	
		Opatření 3A.5.4. Realizace plánu uvedeného pod opatřením 3.5.2. Stav lůžek následné péče se v roce 2030 bude blížit 330 lůžkům.	PNB / MHMP, MZ	2022-2030	Bude teprve vyčísleno	Bude teprve vyčísleno	Vznik nových kapacit v komunitě. Redukce lůžek následné péče v PNB

Praha má poměrně hustou síť psychiatrických ambulancí. V rámci Reformy péče o duševní zdraví se posiluje segment psychiatrických ambulancí o psychiatrické ambulance s rozšířenou působností (ARP) a o ARP adiktologické. Po pilotní fázi a vyhodnocení bude plánovat jejich rozvoj. Zároveň bude třeba nastavit spolupráci PA s CDZ / TDZ. Obdobně je poměrně hustá síť psychologických ambulancí, nicméně ze strany uživatelů zaznívá požadavek na větší dostupnost psychologické a psychoterapeutické péče.	**<u>Strategický cíl 3A.6:</u>** **AMBULANTNÍ PÉČE** Síť psychiatrických ambulancí je systémově provázána s vytvořenými CDZ a je zajišťována dostatečná kapacita a dostupnost klinicko-psychologické a psychoterapeutické péče. Je nastavena spolupráce mezi CDZ / TDZ a praktickými lékaři.	**Opatření 3A.6.1.** Je nastavena spolupráce mezi CDZ / TDZ a psychiatrickými ambulancemi a praktickými lékaři	RK / CDZ, TDZ, PA, PL	2022	0	0	Vzájemná informovanost
		Opatření 3A.6.2. V Praze jsou pilotovány 2 psychiatrické ambulance s rozšířenou působností a 2 adiktologické ARP.	ARP, MZ	2020-2022	ESF prostřednictvím MZ	0	Vyhodnocení pilotního provozu ARP
		Opatření 3A.6.3. Po vyhodnocení pilotního projektu je naplánován rozvoj psychiatrických ambulancí s rozšířenou působností (1 na 100.000 obyvatel).	VZP	2022/2023	0	0	Plán rozvoje ARP
		Opatření 3A.6.4. Vyjednání podpory rozvoje psychoterapie v rámci poskytování ambulantní zdravotní péče, odborného sociálního poradenství a psychoterapeutického poradenství.	RK / VZP, ZP, MHMP	2022		0	Kratší čekací doby na psychoterapii

Programy podpory svépomoci a uživatelských či rodičovských programů umožňují uživatelům i jejich rodinným příslušníkům dostatečnou sebepéči a vzájemnou podporu i jejich osobní zotavení. V Praze je několik uživatelských a rodičovských organizací, nicméně potřebují větší podporu odborných kompetencí, informacemi i stabilní finanční. Rodinní příslušníci / pečující potřebují výraznou podporu, aby zvládli pomoci svým blízkým.	**Strategický cíl 3A.7:** **SELF PODPORA/PODPORA PEČOVATELŮ** Zajistit podporu pro uživatelské a rodičovské programy a aktivity.	**Opatření 3A.7.1.** Vzdělávání uživatelů služeb a rodinných příslušníků zejména v orientaci v problematice duševního zdraví, systému služeb, zotavení, advokačních aktivitách.	RK / MHMP, poskytovatelé služeb, peeři, uživatelské a rodičovské organizace AKS, NÚDZ	2020-2030	800 ročně Granty, nadace	0	Proběhlé semináře, besedy (alespoň 2 měsíčně)
		Opatření 3A.7.2. Podpora pečujících formou poradenství a konzultací. (návaznost na informační středisko Reformy a Pacientskou radu MZ) Připravit koncept odlehčovací služby.	RK / poskytovatelé, rodičovské organizace, MHMP, Pacientská rada	2022-2030 2023	500 ročně Granty, nadace (mimo odlehčovací služby)	0	Proběhlá podpora
		Opatření 3A.7.3. Vybudování pilotní „kamenné“ Recovery college jako inspirace pro rozvíjení modelu zotavení.	RK / uživatelské organizace, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví poskytovatelé	2022/2023	Není naceněno	Není naceněno	Existence Recovery college, vyhodnocení pilotního provozu
Programy „volnočasové“ nejsou pouze o volném čase, ale také o sociální komunikaci, rehabilitaci a kreativním sebeuplatnění a seberealizace. V Praze je několik velmi kvalitních programů zaměřených např. na kulturní	**Strategický cíl 3A.8:** **VOLNÝ ČAS/REKREACE/** Praha podporuje využívání běžných programů v komunitě lidmi s duševním onemocněním, cíleně podporuje programy umožňující jejich	**Opatření 3A.8.1.** Podpora komunitních, kreativních a kulturních projektů, které organizují nebo jsou v nich aktivně zapojeni lidé se zkušeností.	MHMP, MČ / poskytovatelé, uživatelské a rodičovské organizace, NNO	2021-2030	5 000 Granty, nadace, MZ, Úřad Vlády	0	Počet programů, výstav a jiných kulturních akcí ve veřejném

programy. Bohužel nemají zajištěnu stabilitu. Důležitým trendem je propojování těchto aktivit do běžných aktivit komunity.	sebeuplatnění a seberealizaci (např. formou výtvarných aktivit).						prostoru se zvyšuje
		Opatření 3A.8.2. Podpora programů klubů a vzdělávacích aktivit, zejména v běžném komunitním prostředí a v online prostoru. Propojování s komunitními centry pro veřejnost či jinou cílovou skupinu.	MHMP, MČ / poskytovatelé, uživatelské a rodičovské organizace, NNO	2021-2030	5 000 Granty, nadace, MZ, Úřad Vlády	Není naceněno	Počet klubů a vzdělávacích aktivit se zvyšuje.
V Praze je velká segmentace služeb pro jednotlivé cílové skupiny či diagnostické skupiny. Často pak vypadávají z péče lidé, kteří jsou na rozhraní těchto skupin nebo patří do dvou cílových skupin. To se týká zejména osob s SMI, kteří mají zároveň problémy v adiktologické oblasti nebo jsou bez přístřeší. Zároveň je potřeba najít podporu pro dlouhodobě nebo opakovaně hospitalizované pacienty v PNB, pacient s mentálním postižením, PAS+, organickým postižením, apod. Jako důležitou formu pomoci se ukazuje dobrovolnická pomoc, která je v Praze systematicky poskytována pouze Diakonií ČCE a PNB.	**<u>Strategický cíl 3A.9:</u>** OSTATNÍ Je nastavená spolupráce se službami, které jsou primárně pro jiné cílové skupiny, ale zároveň mají ve službách také osoby s SMI. Služby péče o duševní zdraví jsou schopny poskytovat těmto službám odpovídající podporu, aby byla zajištěna kvalitní a odborná služba.	**Opatření 3A.9.1.** Spolupráce s poskytovateli služeb pro lidi s mentálním postižením – nastavení spolupráce pro přechod pacientů z PNB. Obdobně i pro další cílové skupiny (hraniční poruchy osobnosti, organické poruchy, ad.)	RK / metodici MD, PNB, komunitní sociální služby	2021	0	0	Počet pacientů PNB navázaných na komunitní sociální službu
		Opatření 3A.9.2. Domluvit systém podpory CDZ, příp. PNB v DOZP, DS a DZR, aby nebylo nutné při zhoršení stavu překládat na PNB.	RK / CDZ, pobytové sociální služby	2022	0	0	Počet intervencí / počet klientů, kteří nebyli hospitalizová ni

		Opatření 3A.9.3. Řešit problematiku lidí s tzv. duálními diagnózami. • Nastavení spolupráce mezi poskytovateli pro SMI a poskytovateli adiktologických služeb (semináře) • Podpora specializovaného programu v rámci sociálních služeb	MHMP, RK / poskytovatelé, adikt.služby	2021-2023	50 Granty, nadace Není naceněno	0	Počet společných setkání, seminářů Počet společných klientů
		Opatření 3A.9.4. Podpora programů pro lidi s duševním onemocněním, kteří jsou zároveň bez přístřeší. • Nastavení spolupráce mezi poskytovateli pro SMI a poskytovateli služeb pro osoby bez domova • Podpora specializovaného programu pro osoby s SMI, kteří žijí dlouhodobě bez přístřeší	MHMP, RK / poskytovatelé, bezdomoveck é služby	2020-2023 *2021 – vznik terénního týmu AS*	0 2 057 v r.2021	0	Počet společných setkání, seminářů Počet společných klientů Počet klientů v programu
		Opatření 3A.9.5. Podpora dobrovolnických programů pro osoby s SMI - Zvýšit podporu stávajících programů, aby se mohly rozšířit - Příprava pilotního projektu se zapojením zdravotnických zařízení i sociálních služeb	MHMP / MPSV, MZ Poskytovatelé, Diakonie CCE, PNB, VFN	2022 2023	2 300 ročně	0	Počet dobrovolníků i klientů se zvýšil Dobrovolnictv í probíhá i v psychiatrick ých lůžkových zařízeních

4. LIDSKÉ ZDROJE A ODBORNÁ PŘÍPRAVA

Vize (klíčová myšlenka):
Je dostatek pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví. Všichni jsou nejen dostatečně vzdělaní a erudovaní ve své profesi, ale také jsou vzděláni v tématech jako je multidisciplinární přístup, recovery přístup, v měkkých dovednostech (práce se vztahem, respektující komunikace apod.), ve znalosti lidských práv a jejich uplatňování v praxi, ve znalosti konceptu patient-centered care, ve znalosti komunitní péče.
Odborník v péči o duševní zdraví má nejen odborné kompetence, ale je to i člověk otevřený novým myšlenkám a přístupům, který reflektuje moderní přístupy a dobrou praxi ze zahraničí, je orientovaný na podporu zotavení a podporu silných stránek osob s duševním onemocněním. Poskytuje podporu s respektem a s ohledem na lidskou důstojnost osoby s duševním onemocněním a to zejména ve fázích akutního zhoršení psychického stavu.

Současný stav: / popis problému, potřeby lidí / /

I v Praze se potýkáme s nedostatkem odborníků v oblasti psychiatrické péče, a to prakticky pro všechny cílové skupiny. Pro budování multidisciplinárních týmů včetně CDZ chybí psychiatři s atestací, kliničtí psychologové, sestry se specializací v psychiatrii, dětští psychiatři, geriatři.
Praktičtí lékaři nemají přiznané dostatečné kompetence k poskytování odborných zdravotních služeb pro osoby ohrožené duševním onemocněním. Pregraduální vzdělávání zatím neodráží reformní snahy a moderní směry v péči o duševní zdraví, jen okrajově obsahuje vzdělávání v komunitní péči,, multidisciplinárním přístupu, orientaci na zotavení.
Nepříliš se pamatuje na vzdělávání a základní edukaci v oblasti péče o duševní zdraví pro další odborné profese, které přicházejí do styku s lidmi s duševním onemocněním. Ti často nemají odborné kompetenci v práci s lidi s duševním onemocněním, s lidmi s demencí i s dětmi, u kterých se objevují psychické problémy.
V Praze jsou všechny odborné školy pro profese, pracující v oblasti duševního zdraví, některé mají velmi dobrou spolupráci s poskytovateli služeb.

Budoucí stav:

- Podpora vzdělávání pracovníků služeb (v přístupu recovery, specializované vzdělávání podle druhu a zaměření služby) – využití grantových programů a EU fondů, spolupráce s pracovníkem na kvalitu a odbornými společnostmi.
- Podpora metodické činnosti a zvyšování kvality služeb formou podpory vzdělávání, auditů či sebehodnocení – využití EU fondů a spolupráce s MZ.
- Podpora vzdělávání praktických lékařů v oblasti péče o duševní zdraví a způsobu spolupráce se specializovanými službami – se zapojením odborné společnosti.
- Existují a jsou podporovány vzdělávací programy pro všechny zúčastněné (poskytovatele, veřejnou správu, IZS, školy, ostatní služby – praktičtí lékaři, lékaři specialisté i další zdravotní služby, sociální služby, ad.). Zároveň existují způsoby, které posilují personální kapacity oboru psychiatrie profesí lékařů a sester a které zatraktivňují práci v komunitních službách.
- Do vzdělávání pregraduálního i postgraduálního jsou také aktivně zapojeni lidé z praxe z komunitních služeb a také tzv. peer lektoři (lidé s vlastní zkušeností s nemocí) včetně pečujících rodinných příslušníků.
- Vzdělávání uživatelů služeb a rodinných příslušníků - zajistit financování z grantových programů.
- Vzdělávání úředníků, pracovníků, využít systém financování z ESF.

- Formulovat grantové tituly pro vzdělávání veřejných opatrovníků, jejich metodické vedení, zajistit financování jejich supervize, využít systém financování z ESF.

Strategický cíl 4.1: Je připravena a realizována strategie zajištění dostatku pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví
Opatření:

- Spolupráce s pražskými školami, zaměřenými na vzdělávání profesí pro oblast péče o duševní zdraví
- Zajištění odpovídající finanční motivace pro sociální pracovníky příp. další chybějící odborníky ve službách i na úřadech MČ, MHMP.
- Podpora MHMP pro získání odborných pracovníků požadovaných profesí a na požadované pozice (benefity, byty)

Strategický cíl 4.2: Všichni odborní pracovníci ve službách pro duševní zdraví jsou vzdělávání v tématech jako je multidisciplinární přístup, recovery přístup, v měkkých dovednostech (práce se vztahem, respektující komunikace apod.), ve znalosti lidských práv a jejich uplatňování v praxi, ve znalosti konceptu patient-centered care, ve znalosti komunitní péče.
Opatření:

- Pražské komunitní služby se podílejí na předatestační přípravě lékařů psychiatrů
- Existují akreditované vzdělávací programy ve výše uvedených tématech. Ty využívají při vzdělávání lektory se zkušeností s duševní nemocí
- Je zajištěna finanční podpora pro vzdělávání pracovníků ve službách (ESF)
- Je k dispozici dostatek kvalifikovaných peer lektorů

Strategický cíl 4.3: Pracovníci spolupracujících služeb (praktičtí lékaři, pracovníci IZS, škol, úřadů veřejné správy, ad. Jsou vzděláváni v základních znalostech a přístupech v oblasti péče o duševní zdraví
Opatření:

- Existují a jsou podporovány vzdělávací a podpůrné konzultační programy pro všechny zúčastněné (poskytovatele, veřejnou správu, IZS, školy, ostatní služby – praktičtí lékaři, sociální služby, ad.).
- Vzdělávání uživatelů služeb a rodinných příslušníků
- Vzdělávání úředníků, pracovníků, využít systém financování z ESF.

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav – řešení	Opatření – kroky	Kdo odpovědnost / součinnost	Termín	Náklady Provozní V tis.Kč.	Náklady Investiční V tis.Kč.	Indikátory
I v Praze se potýkáme s nedostatkem odborníků v oblasti psychiatrické péče, a to prakticky pro všechny cílové skupiny. Pro budování multidisciplinárních týmů včetně CDZ chybí psychiatři s atestací, kliničtí psychologové, sestry se specializací v psychiatrii, dětští psychiatři, geriatři. Praktičtí lékaři nemají přiznané dostatečné kompetence k poskytování odborných zdravotních služeb pro osoby ohrožené duševním onemocněním. Pregraduální vzdělávání zatím neodráží reformní snahy a moderní směry v péči o duševní zdraví, jen okrajově obsahuje vzdělávání v komunitní péči, multidisciplinárním přístupu, orientaci na zotavení. Nepříliš se pamatuje na vzdělávání a základní edukaci v oblasti péče o duševní zdraví pro další odborné profese, které přicházejí do styku s lidmi s duševním onemocněním. Zároveň pracovníci v oblasti péče o duševní zdraví, zejména v sociálních službách nemají dostatečné finanční ohodnocení.	**Strategický cíl 4.1:** Je připravena a realizována strategie zajištění dostatku pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví (nastavení oboustranně výhodné spolupráce, stáže, apod.)	**Opatření 4.1.1.** Spolupráce s pražskými školami, zaměřenými na vzdělávání profesí pro oblast péče o duševní zdraví.	RK, garanti / odborné školy a university	2022-2030	0	0	Počet absolventů v oblasti duševního zdraví
		Opatření 4.1.2.	MHMP / MPSV	2022-2030	Není naceněno	0	Přehled benefitů

		Zajištění dostatečné finanční motivace pro sociální pracovníky příp. i jiné chybějící odborníky ve službách i na úřadech MČ, MHMP (formou dostatečně vysoké mzdy, příp. jinými benefity (např. byty od HMP, apod.)					
	Strategický cíl 4.2: Všichni odborní pracovníci ve službách pro duševní zdraví jsou vzdělávání v tématech jako je multidisciplinární přístup, recovery přístup, v měkkých dovednostech (práce se vztahem, respektující komunikace apod.), ve znalosti lidských práv a jejich uplatňování v praxi, ve znalosti konceptu patient-centered care, ve znalosti komunitní péče.	**Opatření 4.2.1.** Pražské komunitní služby se podílejí na předatestační přípravě lékařů psychiatrů	MZ, PS ČLK JEP, AKS / poskytovatelé	2023-2030	0	0	Počet absolventů předatestační přípravy v komunitních službách
		Opatření 4.2.2. Existují akreditované vzdělávací programy ve výše uvedených tématech. Ty využívají při vzdělávání lektory se zkušeností s duševní nemocí	vzdělávací organizace/peer lektoři	2022	40 Na vzdělávání peera granty	0	akreditace
		Opatření 4.2.3. Je zajištěna finanční podpora pro vzdělávání pracovníků ve službách (ESF)	MHMP, MPSV, granty	2023	Není naceněno	0	Výroční zprávy
	Strategický cíl 4.3: Pracovníci spolupracujících služeb (praktičtí lékaři, pracovníci IZS, škol, úřadů veřejné správy, ad. Jsou vzděláváni	**Opatření 4.3.1.** Existují a jsou podporovány vzdělávací programy pro všechny zúčastněné (poskytovatele, veřejnou	RK / MHMP, vzdělávací organizace/pe	2021-2030	Není naceněno	0	Přehled vzdělávacích programů

	v základních znalostech a přístupech v oblasti péče o duševní zdraví	správu, IZS, školy, ostatní služby – praktičtí lékaři, sociální služby, ad.).	er lektoři poskytovatelé		Granty, ESF, MZ		
		Pro některé skupiny odborníků (například pedagogy, pracovníky IZS, sociální pracovníky obcí, ad.) jsou cíleně připraveny konzultační programy podpory (intervize, supervize, případové konference, ad.). Tyto programy jsou podporovány HMP.	RK / MHMP, vzdělávací organizace/per lektoři poskytovatelé	2022-2030	Není naceněno Granty, ESF, MZ	0	Počet poskytnutých podpor
		Opatření 4.3.2. Vzdělávání uživatelů služeb a rodinných příslušníků a pečujících.	RK, NUDZ / MHMP uživat.org., NUDZ, ČALS, vzdělávací organizace poskytovatelé	2022	0	0	Počet edukovaných osob
		Opatření 4.3.3. Vzdělávání úředníků, pracovníků, využít systém financování z ESF	RK, NUDZ / MHMP uživat.org., NUDZ, vzdělávací organizace poskytovatelé	2020-2030	Není naceněno ESF, MZ	0	Počet edukovaných osob

5. DESTIGMATIZACE, INFORMOVANOST A PREVENCE

Vize (klíčová myšlenka):
V odborné i laické veřejnosti, tak jako u lidí s duševním onemocněním a jejich rodin, jsou zaujímány takové postoje k duševnímu zdraví, které vedou k otevřenému dialogu na téma duševního zdraví a nemoci. Vnímání problémů v oblasti duševního zdraví i samotného duševního onemocnění není nepřekonatelnou bariérou pro uplatnění potenciálu ve společnosti.
Praha si uvědomuje svou odpovědnost a ve spolupráci s odborníky, uživateli služeb i jejich rodinných příslušníků cíleně a systematicky podporuje destigmatizaci lidí s duševním onemocněním, informovanost a prevenci v duševním zdraví i oblast péče o duševní zdraví jako takovou.

Současný stav: / popis problému, potřeby lidí /
Podle dostupných údajů každý pátý člověk v ČR má natolik závažné duševní problémy, aby se daly diagnostikovat jako duševní onemocnění. Tito lidé čelí nesnázím nejen zdravotní, ale i sociální povahy. Jedním z nejzávažnějších problémů sociální povahy je právě stigmatizace, která vede k diskriminaci, tj. vyloučení a znevýhodnění v mnoha oblastech.

Podle nejnovějších vědeckých poznatků tkví stigmatizace v nedostatku znalostí, které vedou k negativním postojům, a ty dále mohou vést k diskriminujícímu jednání. Stigmatizace je často vnímána jako tíživější než samotné zdravotní problémy, jelikož vede k výraznému snížení kvality života.

V důsledku stigmatizace dochází u lidí s duševním onemocněním ke zhoršení přístupu k péči o fyzické i duševní zdraví, ke zhoršení ekonomické situace a možností vzdělávání a uplatnění na trhu práce i ke ztížení navazování a udržování sociálních vztahů. Strach ze stigmatizace je také důvodem, proč velká část lidí s duševními problémy nevyhledá odbornou pomoc, nebo se jí nedostane adekvátní zdravotní péče (což přispívá k tzv. treatment gap). V důsledku toho pak často dochází k prohloubení duševních problémů jedince a následně k větším finančním a společenským nákladům. Specificky sebestigmatizace (tj. internalizace stigmatizujících společenských postojů samotnými lidmi s duševním onemocněním) pak nepříznivě ovlivňuje jejich pocit naděje, sebedůvěru, proces úzdravy, produktivitu a sociální začleňování těchto lidí. V ČR je stigmatizace vysoká, a to jak v obecné populaci, tak mezi profesionály poskytujícími zdravotní a sociální péči. Stigmatizace často začíná a probíhá už ve škole, se zvýšenou mírou stigmatizace se potýkají také lidé žijící s demencí a jejich rodinní příslušníci.

Zbytek populace neprochází přímo duševním onemocněním, nicméně jejich kvalita života je významně ovlivněna jejich duševním zdravím, což je integrální komponenta nejen zdraví jako takového, ale také celkové schopnosti prožívat v životě naplnění, štěstí, radost, chuť do života, smysluplné vztahy a naplňující role v komunitě i v zaměstnání. Gramotnost a kompetence v oblasti duševního zdraví jsou ovšem v ČR nízké, což negativně ovlivňuje kvalitu života celé společnosti.

Nicméně v Praze se pořádá množství různých informačních a destigmatizačních kampaní a akcí. Tyto akce pořádají většinou poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb. Některých akcí se zúčastňuje více poskytovatelů, některé jsou naopak bez vzájemné koordinace.
Některé akce mají již letitou tradici, některé jsou nové, některé s širokým záběrem, některé zaměřené na místní komunitu. Některé akce se konají přímo v areálu psychiatrického zařízení.
Konkrétní kampaně, akce, iniciativy: např. Týdny pro duševní zdraví, Týden paměti, Babí léto v Bohnicích, Čistá duše, Nevypusť duši, Čarodějnice na Pankráci, Fashion for Fokus, Prolomit stigma, expozice Fokusu Praha na Designbloku, fotbalový turnaj EASI CUP, Oko fest, Mezi ploty, Na rovinu, slet motorových veteránů Grand Veteran, Mezinárodní den Alzheimerovy choroby, ad. Mimo to

poskytovatelé služeb pořádají množství různých seminářů, vzdělávání dny otevřených dveří, akce pro veřejnost, které mají za cíl zvyšovat povědomí o problematice duševního zdraví. Ne všechny tyto akce však respektují kritéria destigmatizace, naopak některé programy utvrzují své návštěvníky a posluchače ve škodlivých stereotypech a mýtech v oblasti duševního zdraví.

Na děti a mládež jsou zaměřeny specielně program zaměřený na studenty středních škol Blázníš, no a? a besedy pro školy organizované spolkem Nevypusť duši.

V Praze neexistuje oficiální komunikační strategie Reformy na krajské úrovni. Tzn., že o reformě v Praze nejsou dostupné informace na internetu a sociálních sítích, ani v tištěných médiích. Veřejnost nedostává ucelené informace o službách v oblasti duševního zdraví. Informovanost o službách pro duševní zdraví je spíše nízká, navíc se situace dynamicky proměňuje v souvislosti s rozvojem komunitních služeb v rámci probíhající Reformy.

Poskytovatelé také vydávají publikace pro odbornou i širokou veřejnost, např. Ona, on a deprese, Nahoru, dolů, blázinec, Jde to bez léků, Blázinec na vlastní kůži, ad. (Vida), Cesty zotavené, Mezi zdmi (Fokus Praha), Newsletter Vážka, ad., osvětové letáky o problematice duševního zdraví i návodů, jak řešit konkrétní situace a problémy. Specifickou roli sehrávají webové portály jako např. www.drogy-info, www.alzheimer.cz, www.psychoportal.cz, příp. www.ohrozenedite.cz, ad.

Financování těchto kampaní, aktivit, publikací, letáků je nesystémové, ad hoc ke každé akci. Financovatelem bývají grantové programy veřejné správy, např. MZ ČR, MK – ale obě ministerstva poskytuje velmi omezený objem prostředků, částečně a spíše výjimečně MHMP – MHMP nevypisuje speciální granty, pouze je možné využít tzv. grantové výzvy celopražského významu. Programy jsou proto často financované z prostředků EU fondů, nadací a nadačních fondů, apod.

Jiná situace je u primární prevence (rizikového chování). Ta má již letitou tradici a zpracovaný systém akreditace programů *(proces akreditace na MŠMT je stále od roku 2019 pozastaven).* A také financování těchto programu běží přes MHMP a případně jednotlivé MČ (program Primární prevence ve školách
a školských zařízení a dále Program prevence kriminality. Dotace přes MŠMT byly zastaveny. Nicméně tyto programy jsou stále zaměřeny převážně na prevenci rizikového chování, kam patří např. šikana, kyberšikana, situace spojené s násilím, záškoláctví, závislostní chování, ad. Již se obdobně uvažuje o problémech poruchy příjmu potravy, nicméně zatím tam nejsou řazeny problémy v oblasti duševního zdraví jako pocity úzkosti, emoční problémy, nesoustředivost, potíže se spánkem, vtíravé myšlenky, apod. Ale v Praze je v této oblasti aktivní Pražské centrum primární prevence a organizace poskytující programy primární prevence (převážně NNO adiktologického zaměření).

Budoucí stav:
V oblasti duševního zdraví dochází ke zvýšení gramotnosti a informovanosti společnosti, což eliminuje negativní postoje vůči lidem s duševním onemocněním. To přispívá ke snížení jejich stigmatizace a diskriminace a tím pádem ke zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Zlepšuje se jejich uplatnění na trhu práce, mají rovný přístup ke vzdělávání a bydlení stejně jako zdravá populace a tím pádem nedochází ke zhoršení jejich ekonomické situace. Lidé s duševním onemocněním, včetně dětí ohrožených problémy v duševním zdraví a lidí žijících s demencí dostávají adekvátní péči o fyzické i duševní zdraví a nemají problém v případě jakýchkoli zdravotních problémů vyhledat odbornou pomoc. Lidé bez duševních onemocnění mají větší povědomí a kompetence v duševním zdraví a rozvíjí vlastní kvalitu života prostřednictvím péče o své duševní zdraví; umějí v této oblasti lépe komunikovat

a základně pomoci. Veřejnost je informována o službách pro lidi, kteří potřebují podporu v oblasti duševního zdraví.

Existují a jsou podporovány destigmatizační a edukační aktivity zaměřené na odbornou veřejnost, uživatele a rodinné příslušníky, širokou veřejnost. Hl.m.Praha se přihlašuje k tématu destigmatizace a aktivně ho podporuje, jak finančně, tak prostřednictvím záštity a verbální podpory svých představitelů i zapojením do organizací a institucí zřizovaných Hl.m.Prahou či MČ do samotných destigmatizačních aktivit.

Hl.m.Praha napomáhá v edukaci pracovníků. Pracovníci MHMP, MČ, policie a IZS přistupují ve své praxi k lidem s duševním onemocněním bez předsudků a stigmatizace.

Hl.m.Praha zviditelňuje a podporuje programy prevence v oblasti duševního zdraví.

Hl.m.Praha podporuje vydávání informačních aktivit pro veřejnost, podporuje informování o Reformě péče o duševní zdraví, podporuje informování o službách v oblasti duševního zdraví.

Existuje pražská komunikační strategie Reformy péče o duševní zdraví. Destigmatizační kampaně a akce jsou společně plánovány tak, aby jejich dopad byl významný a docházelo k synergickému efektu.

Strategický cíl 1: Je zajištěno systematické informování odborné i laické veřejnosti o problematice duševního zdraví, o službách v oblasti duševního zdraví i o průběhu Reformy.
Opatření:

- Zpracování komunikační strategie Reformy s aktivním zapojením Hl.m.Prahy a jejich představitelů, poskytovatelů služeb, uživatelů a rodinných příslušníků
- Připravení informačního hubu Reformy a zajištění jeho fungování
- Zajištění informačního portálu pro služby v oblasti duševního zdraví (pro Prahu a Středočeský kraj) s využitím již stávajících informačních materiálů
- Podpora ambasadorů, tj. lidí s duševním onemocněním, kteří se podílí na destigmatizačních aktivitách

Strategický cíl 2: Existuje a realizuje se každoroční plán destigmatizačních kampaní a akcí.
Opatření:

- Vznik pracovní skupiny pro destigmatizační akce s účastí pořadatelů jednotlivých akcí, specialisty destigmatizace projektu NÚDZ, ad.
- Vznik plánu klíčových destigmatizačních akcí v Praze.

Strategický cíl 3: Existují a jsou podporovány programy prevence v oblasti duševního zdraví pro děti a mládež.
Opatření:

- Akreditace programů prevence v oblasti duševního zdraví vedle PPRCH pro školy (např. BNA)
- Dobrá spolupráce mezi MHMP a programy destigmatizace a prevence umožní průběžnou realizaci preventivních a destigmatizačních programů na školách.
- Je zřízena grantová podpora MHMP pro preventivní a destigmatizační programy pro děti a mládež na středních, vysokých i základních školách

Strategický cíl 4: Každoročně probíhají destigmatizační a edukační aktivity pro jednotlivé cílové skupiny - pracovníci veřejné správy včetně IZS, pracovníci zdravotních a sociálních služeb, školství, lidé s duševním onemocněním a jejich rodinní příslušníci, novináři a pracovníci médií, místní komunity.
Opatření:

- Proběhnou edukační kursy pro pracovníky MHMP, MČ, policie a IZS
- Budou osloveni novináři, seznámeni s Media Guidem a nastavena průběžná spolupráce
- CDZ i ostatní komunitní služby realizují programy pro místní komunitu.

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo odpovědnost / součinnost	Termín	Náklady Provozní V tis.Kč.	Náklady Investiční V tis.Kč.	Indikátory
V Praze se pořádá množství různých destigmatizačních kampaní a akcí. Tyto akce pořádají většinou poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb. Některých akcí se zúčastňuje více poskytovatelů, některé jsou naopak bez vzájemné koordinace. Některé akce mají již letitou tradici, některé jsou nové, některé s širokým záběrem, některé zaměřené na místní komunitu. Některé akce se konají přímo v areálu psychiatrického zařízení. Ne všechny tyto akce však respektují kritéria destigmatizace, naopak některé programy utvrzují své návštěvníky a posluchače ve škodlivých stereotypech a mýtech v oblasti duševního zdraví.	**Strategický cíl 5.1:** Je zajištěno systematické informování odborné i laické veřejnosti o problematice duševního zdraví, o službách v oblasti duševního zdraví i o průběhu Reformy.	**Opatření 5.1.1.** Zpracování komunikační strategie Reformy s aktivním zapojením Hl.m.Prahy a jejich představitelů, poskytovatelů služeb, uživatelů a rodinných příslušníků	RK / MHMP, poskytovatelé, uživatelé, rod.příslušníci, Praha duševní	2021	50	0	Existence strategie

Na děti a mládež jsou zaměřeny specielně preventivní programy zaměřené na studenty středních škol Blázníš, no a? a besedy pro školy organizované spolkem Nevypusť duši. V Praze neexistuje oficiální komunikační strategie Reformy na krajské úrovni. Tzn., že o reformě v Praze nejsou dostupné informace na internetu a sociálních sítích, ani v tištěných médiích. Veřejnost nedostává ucelené informace o službách v oblasti duševního zdraví. Informovanost o službách pro duševní zdraví je spíše nízká, navíc se situace dynamicky proměňuje v souvislosti s rozvojem komunitních služeb v rámci probíhající Reformy. *V roce 2020 byla založena iniciativa Praha duševní, která si klade za cíl koordinovat a zastřešit tyto aktivity.*							
		Opatření 5.1.2. Připravení informačního střediska / hubu Reformy a zajištění jeho	RK / MHMP, AKS, poskytovatelé	2021-2022	50 v 2021	0	SPRSS, Přehled dotací

		fungování, a to spolu s využitím již stávajících informačních materiálů	uživatelské a rodičovské org.		850 ročně od 2022 granty		
		Opatření 5.1.3. Zajištění informačního portálu pro služby v oblasti duševního zdraví (pro Prahu a Středočeský kraj)	RK, AKS / MHMP , poskytovatelé	2020-2030	80 ročně od 2021 granty	0	Průběžné informace o službách, Reformě
		Opatření 5.1.4. Podpora ambasadorů, tj. lidí s duševním onemocněním, kteří se podílí na destigmatizačních aktivitách	NUDZ / RK	2020-2022	V rámci projektu NUDZ	0	Report projektu Na rovinu
	Strategický cíl 5.2: Existuje a realizuje se každoroční plán destigmatizačních kampaní a akcí.	**Opatření 5.2.1.** Vznik pracovní skupiny pro destigmatizační akce s účastí pořadatelů jednotlivých akcí, specialisty destigmatizace projektu NÚDZ, ad.	RK / poskytovatelé, pořadatelé dest.akcí	2019-2021 *V roce 2020 založena Praha duševní*	0	0	Existence Praha duševní
		Opatření 5.2.2. Vznik plánu a koordinace klíčových destigmatizačních akcí v Praze.	pořadatelé dest.akcí	2020-2028	Od 2022 450 ročně granty	0	Přehledy akcí Praha duševní
	Strategický cíl 5.3: Existují a jsou podporovány destigmatizační programy a programy prevence v oblasti duševního zdraví pro děti a mládež.	**Opatření 5.3.1.** Akreditace destigmatizačních programů a programů prevence pro školy (např. BNA)	MŠMT/ PCPP, experti programů prevence	2021	0	0	Získané akreditace
		Opatření 5.3.2. Dobrá spolupráce mezi MHMP a programy prevence a destigmatizace umožní průběžnou realizaci preventivních programů na školách.	MHMP / pořadatelé prog.prevence	1.1.2022	0	0	Počet absolvovaných programů, počet škol, počet účastnících se studentů

		Opatření 5.3.3. Je zřízena grantová podpora MHMP pro destigmatizační programy a pro programy prevence v oblasti duševního zdraví pro děti a mládež na středních, vysokých i základních školách	MHMP / RK	2022	1 800 alokace na programy ročně z grantových programů MHMP	0	Přehled podpořených programů
	<u>Strategický cíl 5.4:</u> Každoročně probíhají destigmatizační a edukační aktivity pro jednotlivé cílové skupiny - pracovníci veřejné správy včetně IZS, pracovníci zdravotních a sociálních služeb, školství, lidé s duševním onemocněním a jejich rodinní příslušníci, novináři a pracovníci médií, místní komunity.	**Opatření 5.4.1.** Proběhnou edukační kursy pro pracovníky MHMP, MČ, policie a IZS.	NUDZ/ RK	2021-2022	Financováno z prostředků ESF na Destigmatizaci	0	Počet kursů, počet účastníků
		Opatření 5.4.2. Budou osloveni novináři, seznámeni s Media Guidem a nastavena průběžná spolupráce	MHMP/ RK, Praha duševní, PCPP, NÚDZ	2022	0	0	Počet publikovaných článků
		Opatření 5.4.3. CDZ i ostatní komunitní služby realizují programy pro místní komunitu.	CDZ, RK / MČ	2021-2030	200 / ročně Postupný nárůst na 600 s nárůstem počtu CDZ a MDT	0	Počet akcí, počet účastníků

6. ADVOCACY – OBHAJOBA ZÁJMŮ KLIENTŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ – ZAPOJOVÁNÍ

Vize/klíčová myšlenka:

Lidé se zkušeností s duševním onemocněním i jejich rodinní příslušníci se podílejí na rozhodování o podobě systému služeb v oblasti duševního zdraví v Praze. Jsou vybaveni dovednostmi k prosazování svých práv a v rozhodovacích uskupeních jsou slyšeni, vnímáni a respektováni na rovnoprávném základě s ostatními aktéry. Počet zástupců v těchto rozhodovacích uskupeních je v rovnováze s počtem ostatních aktérů, větší než jeden.

Současný stav/popis problému, potřeby lidí/

Osoby s duševním onemocněním jsou obecně pouze v omezené míře zapojovány do rozhodování o poskytovaných službách a léčbě. Postupně začínají být lidé se zkušeností a jejich rodinní příslušníci začínají být zapojováni do pracovních skupin, zástupci jsou zapojeni do Krajské koordinační skupiny, probíhají pravidelná setkávání uživatelsko rodičovské skupiny SETUŽ. Na úrovni kraje jsou postupně zapojováni do tvorby a připomínkování Plánu, vznikajícího v souvislosti s projektem Deinstitucionalizace (sítě služeb). Nicméně k jednacímu stolu jsou stále zváni v malém počtu, nejsou přizýváni k tvorbě strategií, politik a jiných koncepčních dokumentů. Jsou-li zapojeni, pouze připomínkují. Zástupci dalších skupin (lidi žijící s demencí a jejich rodiny a děti s problémy v duševním zdraví a jejich rodiče) nebyli ještě zapojeni a osloveni.

Přestože v Praze působí uživatelské a rodičovské svépomocné organizace, nejsou dostatečně silné, nemají de fakto žádné organizační zázemí, jejich financování je (pokud vůbec nějaké) pouze z projektu na projekt, bez udržení stability financování alespoň pro minimální administrativní zázemí, natož pro rozvoj. Rodinní příslušníci mají nedostatečnou podporu v jejich roli neformálních pečovatelů včetně nedostatečné finanční podpory.

Uživatelé ani rodinní příslušníci, kteří se chtějí věnovat více činnosti hájení a prosazování zájmů často chybí dostatečné kompetence zejména v oblasti sebeprosazování, komunikace, presentačních a rétorických dovedností, komunikace s médii, často i obecné informace o širokém tématu duševního zdraví nejen úzkého výseku problémů či nemoci, ve kterých mají vlastní zkušenost. Jednou z překážek v rovnoprávném postavení zástupců lidí s duševním onemocněním je nejisté finanční zabezpečení pacientských organizací a jednotlivců, kteří se aktivně zapojují v rámci Reformy péče o duševní zdraví.

V samotných organizacích poskytující služby jsou zapojováni v pozicích peerů, ne však v kontrolních či řídících strukturách. Stížnosti uživatelů na péči proto často končí s odpověďmi odborníků, že nebyly porušeny právní ani odborné postupy, vše probíhalo lege artis.

Budoucí stav

- V Praze existují silné uživatelské a rodičovské organizace, které dokážou účinně prosazovat zájmy uživatelů a rodinných příslušníků.
- Účastníky setkání odborné veřejnosti v oblasti péče o duševní zdraví budou pravidelně zástupci cílových skupin (lidé se zkušeností s duševním onemocněním a rodinní příslušníci, včetně rodin lidí s demencí a rodičů dětí). Tato jednání budou vedena na partnerské úrovni všech zúčastněných.
- Lidé se zkušeností s duševním onemocněním jsou pravidelně vzděláváni v oblasti zotavení, zplnomocnění, začleňováním do společnosti a v oblasti lidských práv lidí se zkušeností s duševním onemocněním daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením.
- Role lidí se zkušeností s duševním onemocněním je systematicky integrována do vedení služeb pro uživatele psychiatrické péče.

Strategický cíl 6.1:

Lidé se zkušeností a rodinní příslušníci jsou zastoupeni ve všech orgánech Reformy na krajské úrovni, účastní se rozhodovacích procesů o Reformě v Praze.

Opatření:

- Zastoupení zástupců cílových skupin a jejich rodinných příslušníků v Krajské řídící skupině a dalších rozhodovacích orgánech
- Vytvoření fora uživatelů a rodinných příslušníků jako poradní skupiny radní pro sociálně věci a zdravotnictví
- Pravidelná setkávání uživatelů a rodinných příslušníků s regionálním koordinátorem Reformy

Strategický cíl 6.2:

Lidé se zkušeností a rodinní příslušníci se podílejí na kontrole a hodnocení sociálních a zdravotních služeb v Praze

Opatření:

- Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v radách CDZ
- Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v orgánech komunitních služeb (správní nebo dozorčí rady)
- Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v kontrolním orgánu PNB (vytvoření jakési role ombudsmana?)
- Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v nastaveném systému hodnocení služeb

Strategický cíl 6.3:

Lidé se zkušeností a rodinní příslušníci jsou podporováni a edukováni v tom, aby mohli plnit roli v rozhodovacích a kontrolních orgánech

Opatření:

- Vzdělávání zástupců uživatelských a rodičovských organizací a zajištění nezávislé podpory a edukace. Toto vzdělávání je financováno z grantové podpory.
- Je vytvořeno prostředí pro rozvoj uživatelských a rodičovských organizací a silného uživatelského hnutí
- Je zabezpečena podpora peerů (i peerů rodinných příslušníků), peerství – formou supervize a vzdělávání i náborů na další nově vzniklá místa.

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo odpovědnost / součinnost	Termín	Náklady Provozní V tis.Kč.	Náklady Investiční V tis.Kč.	Indikátory
Lidé s duševním onemocněním a jejich rodinní příslušníci jsou obecně pouze v omezené míře zapojováni do rozhodování o poskytovaných službách a léčbě. Postupně začínají být zapojováni do procesu Reformy - pracovních skupin, do Krajské koordinační skupiny, probíhají pravidelná setkávání uživatelsko rodičovské skupiny SETUŽ. Jsou zapojováni do tvorby a připomínkování Plánu sítě sužeb, nicméně stále v malém počtu, nejsou přizýváni k tvorbě strategií, politik a jiných koncepčních dokumentů. Jsou-li zapojeni, pouze připomínkují. Přestože v Praze působí uživatelské a rodičovské svépomocné organizace, nejsou dostatečně silné, nemají de fakto žádné organizační zázemí, jejich financování je (pokud vůbec nějaké) pouze z projektu na projekt, bez udržení stability financování alespoň pro minimální administrativní zázemí, natož pro rozvoj. Rodinní příslušníci mají nedostatečnou podporu v jejich roli neformálních pečovatelů včetně nedostatečné finanční podpory. Uživatelé ani rodinní příslušníci, kteří se chtějí věnovat více činnosti hájení a prosazování zájmů	**<u>Strategický cíl 6.1:</u>** Lidé se zkušeností a rodinní příslušníci jsou zastoupeni ve všech orgánech Reformy na krajské úrovni, účastní se rozhodovacích procesů o Reformě v Praze.	**Opatření 6.1.1.** Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v Krajské řídící skupině a dalších rozhodovacích orgánech	RK, MHMP / Uživatelské a rodičovské organizace	2020 *Splněno u cílové skupiny osob s SMI*	0	0	Zápisy z Krajské řídící skupiny

často chybí dostatečné kompetence zejména v oblasti sebeprosazování, komunikace, presentačních a rétorických dovedností, komunikace s médii, často i obecné informace o širokém tématu duševního zdraví nejen úzkého výseku problémů či nemoci, ve kterých mají vlastní zkušenost. Jednou z překážek v rovnoprávném postavení zástupců lidí s duševním onemocněním je nejisté finanční zabezpečení pacientských organizací a jednotlivců, kteří se aktivně zapojují v rámci Reformy péče o duševní zdraví. V samotných organizacích poskytující služby jsou zapojováni v pozicích peerů, ne však v kontrolních či řídících strukturách. Stížnosti uživatelů na péči proto často končí s odpověďmi odborníků, že nebyly porušeny právní ani odborné postupy, vše probíhalo lege artis.							
		Opatření 6.1.2. Vytvoření fora uživatelů a rodinných příslušníků jako poradní skupiny radní pro sociálně věci a zdravotnictví	RK, MHMP / uživatelské a rodičovské organizace	2021-2024	0	0	Přehled setkání, zápisy
		Opatření 6.1.3. Pravidelná setkávání uživatelů a rodinných příslušníků s regionálním koordinátorem Reformy	RK / uživatelské a rodičovské organizace	2019-2030	0	0	Přehled setkání, zápisy

	Strategický cíl 6.2: Lidé se zkušeností a rodinní příslušníci se podílejí na kontrole a hodnocení sociálních a zdravotních služeb v Praze	**Opatření 6.2.1.** Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v radách CDZ (a postupné zapojování i zástupců dalších cílových skupin do kontrolních orgánů služeb)	Provozovatelé CDZ /	2019-2021	0	0	Zápisy ze setkání rad CDZ
		Opatření 6.2.2. Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v orgánech komunitních služeb (správní nebo dozorčí rady)	poskytovatelé komun.služeb uživatelské a rodičovské organizace	2022-2024	0	0	Zápisy ze setkání rad komunitních služeb, Veřejné registry
		Opatření 6.2.3. Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v kontrolním orgánu PNB (vytvoření jakési role ombudsmana)	PNB, uživatelské a rodičovské organizace	2022-2024	0	0	Zápisy z jednání kontrol.org.
		Opatření 6.2.4. Zastoupení lidí se zkušeností a rodinných příslušníků v nastaveném systému hodnocení služeb	MHMP / uživatelské a rodičovské organizace	2025	Není naceněno	0	reporty
	Strategický cíl 6.3: Lidé se zkušeností a rodinní příslušníci jsou podporováni a edukováni v tom, aby mohli plnit roli v rozhodovacích a kontrolních orgánech.	**Opatření 6.3.1.** Je zajištěno vzdělávání zástupců uživatelských a rodičovských organizací a jejich nezávislá podpora a supervize	uživatelské a rodičovské organizace supervizoři a konzultanti	2022	0	0	Přehled uskutečněných supervizí a podpor
		Opatření 6.3.3. Je zabezpečena podpora peerů, peerství – formou supervize a vzdělávání i náborů na další nově vzniklá místa.	Poskytovatelé, supervizoři a konzultanti	2022	50 poskytovatelé	0	Přehled absolvovaného vzdělávání a supervize

7. KVALITA - Zlepšení kvality systému péče o duševní zdraví a lidská práva

Vize (klíčová myšlenka): Osoby s duševním onemocněním (bez ohledu na diagnózu, postavení, věk apod.) mají k dispozici systém dostupných a kvalitních zdravotních a sociálních služeb, které jim v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením umožňují naplňovat jejich lidská práva a v souladu s filosofií recovery jim umožní naplňovat jejich život.
Funkční systém služeb i samotná kvalitní služba z pohledu Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením podporuje člověka v tom, aby mohl žít v běžném prostředí, plnit své sociální role a mohl uplatňovat svoje dovednosti a svá práva.
Funkční systém služeb i samotná kvalitní služba z pohledu recovery podporuje klienta v jeho osobním a jedinečném procesu změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Podporuje jeho motivaci a pomáhá mu nalézt nový smysl, účel a způsob života, který je uspokojující, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. (s využitím definice Anthonyho, 1993).
Funkční systém podpory dětí a jejich rodin zabezpečí to, aby děti mohly harmonicky rozvíjet svou osobnost, seberealizovat se, zapojit se do společnosti a naplnit své aspirace i potřeby (viz Úmluva o právech dítěte).

Současný stav:
Níže v textu jsou v rámci použitého pojmu osob s duševním onemocněním myšleny vždy všechny osoby se zdravotním postižením, tedy osoby s rozlišnými diagnózami (SMI, mentální retardace/mentální postižení, demence apod.), či věkem (dospělí, senioři, děti apod.).

Část existujících sociálních, zdravotních a dalších služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Hlavního města Prahy nereflektují dle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením zejm. právo osob na přiměřenou životní úroveň, právo na nejvyšší možnou úroveň fyzického a duševního zdraví, právo na uplatnění právní způsobilosti a právo na svobodu a osobní bezpečnost, právo ochrany proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení, právo na nezávislý způsob života a zapojení do společnosti. Služby následné psychiatrické péče v PNB nedostatečně připravují pacienty k návratu do běžného prostředí, způsob poskytované péče, režim oddělení a zavedené procesy spíše uživatele zneschopňují a vyčleňují než zplnomocňují.

Některé pobytové služby se negativně vymezují vůči lidem s duševním onemocněním a odmítají jim poskytovat pobytovou službu.

Nejsou nastaveny dostatečné kapacity komunitních služeb, a to jak zdravotních, tak sociálních, kdy zejména existující velké institucionální kapacity v rámci psychiatrických nemocnic, ale i v pobytových sociálních službách (i mimo lokalitu Prahy zřizované Hlavním městem Prahou) výrazně deformují poptávku po komunitních službách a prohlubují nepříznivou sociální situaci osob s duševním onemocněním. Existující služby často nereflektují potřeby skupin, pro které jsou určeny (např. děti, senioři apod.). Nedostatečná kapacita komunitních služeb a nemožnost získat v Praze bydlení často vede k tomu, že pacienti jsou z PNB propouštěni do domovů se zvláštním režimem, dochází tak k transinstitucionalizaci.

Jednotliví aktéři (nejen veřejné služby, ale i sociální pracovníci, odborná veřejnost a další) nemají dostatečnou znalost o osobách s duševním onemocněním včetně jednotlivých specifik (diagnózy, věk, apod.), které by mohly být cílovou skupinou komunitních sociálních i dalších služeb.

V oblasti hodnocení sociálních služeb (inspekce kvality sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb.) nedochází k objektivnímu posouzení a reflexi praxe na základě odborné znalosti dané problematiky s ohledem na práva osob s duševním onemocněním. V oblasti zdravotnických služeb je pak hodnocení primárně vázáno zejm. na splnění odbornosti, hygieny, ošetřovatelské a další postupy, a oblast naplňování lidských práv není cíleně řešena.

V institucionálních službách je běžnou praxí omezování volného pohybu pacienta, jsou používána restriktivní opatření.

Ve službách není dostatečně uplatňován přístup zotavení. Zejména ve zdravotních službách nejsou zohledňovány jiné aspekty a důsledky duševního onemocnění než zdravotní. Institucionální péče přístup zotavení povětšinou neuplatňuje, většina personálu o přístupech a způsobech práce zotavení není informována.

Spolupráce lůžkových psychiatrických oddělení (včetně PNB) s komunitními službami se až v poslední době systematizuje, nicméně pacienti v lůžkových zařízeních stále často nedostávají informace o dostupných komunitních službách.

Uživatelé často nejsou podporováni ve svém vlastním rozhodováním, často jejich rozhodování není vůbec umožněno. Jako velký problém se ukazuje způsob práce veřejných opatrovníků, kteří často nerespektují vůli uživatele ani podporujících profesionálů a jednají v rozporu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením.

Budoucí stav:

Veřejné služby, a to zejména služby zdravotní a sociální v rámci Hlavního města Prahy budou poskytovány osobám s duševním onemocněním v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a přístupem zotavení.

Podpora osob s duševním onemocněním je komunitní, směřuje k maximálně běžnému způsobu života.

Kultura služeb sociálních, zdravotních i školských bude postavena na individualitě uživatelů, na podpoře posilování silných stránek a pozitivním motivování a zkompetentňování.

Ve strategických dokumentech Prahy bude zahrnuta oblast standardizace a hodnocení kvality služeb i se zohledněním lidských práv a principů zotavení.

Bude nastaven systém šetření zaměřený na hodnocení kvality služeb a potřeby lidí s duševním onemocněním za účasti těchto či dalších osob při hodnocení kvality. Zvláštní zřetel bude na hodnocení používání restriktivních opatření a celkově omezování svobody pohybu a na používání preventivních opatření takovému omezování. Uživatelé lůžkových psychiatrických zařízení jsou informováni o komunitních službách a zdrojích jejich podpory v komunitě, jsou podporováni v tom, aby se mohli rychle vracet do běžného prostředí.

Pobytové sociální služby nemají negativní vymezení vůči lidem s duševním onemocněním, existuje spolupráce se specializovanými službami (CDZ, PA, psychiatrické odd.).

Veřejní opatrovníci podporují uživatele v jejich vlastním rozhodování, podporují jejich zotavení a zplnomocňují je pro život v běžných podmínkách.

Praha bude systematicky podporovat kvalitu služeb na svém území a pro své občany (formou metodické podpory, kontroly i finanční podporou).

Strategický cíl 7.1: Přeměna systému existujících sociálních a zdravotních služeb na služby, které umožní na území Prahy naplňovat potřeby osob s duševním onemocněním (s ohledem na rozdílné diagnózy, věk apod.) v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením.

Opatření:

- Pracovníci zdravotních, sociálních a dalších veřejných služeb jsou vzděláni v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením a v oblasti standardů kvality WHO.
- Podpora změny způsobů práce v lůžkových psychiatrických odd. tak, aby zohledňoval naplňování práv, recovery přístup, zplnomocňování a podpora rozhodování.
- Změny v příjmových kritériích některých pobytových sociálních služeb vůči lidem s duševním onemocněním,
- PNB podnikne konkrétní kroky, které umožní výrazné snížení četnosti omezení svobody pohybu a používání restriktivních opatření na svých odd.
- MHMP zajistí finanční podporu pro systém hodnocení i zvyšování kvality služeb.
- Vytvoření role uživatelského ombudsmana na úrovni kraje se samozřejmou účastí uživatelů na řešení stížností na kvalitu služeb

Strategický cíl 7.2:

Nastavení systému hodnocení úrovně naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením ve zdravotnických a sociálních službách na území Hl.m.Prahy a v organizacích, které MHMP zřizuje (např.s využitím standardů WHO Quality Rights Tool Kit).

Opatření:

- Vytvoření pracovní skupiny a adaptování metodiky hodnocení, proškolení členů skupiny.
- Pilotní hodnocení služeb a příprava spuštění systému v rámci celé Prahy

Strategický cíl 7.3:

Systém opatrovnictví a samotný výkon prováděný veřejnými opatrovníky i rodinnými příslušníky v Praze bude respektovat Úmluvu o právech se zdravotním postižením i principy recovery.

Opatření:

- Veřejní opatrovníci jsou vzděláni v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením a v oblasti standardů kvality WHO a v recovery.
- Metodická podpora ze strany MHMP podporuje zlepšení výkonu veřejného opatrovnictví, řeší příp. stížnosti a vyhodnocuje kvalitu.
- Vzdělávání a podpora opatrovníků ze strany rodinných příslušníků
- Grantová podpora HMP na advokacii konkrétních klientů, litigaci, vzdělávání a zlepšení podmínek.

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo odpovědnost / součinnost	Termín	Náklady Provozní V tis.Kč.	Náklady Investiční V tis.Kč.	Indikátory
V PNB proběhlo hodnocení naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Obdobně jako v ostatních PN v ČR se ukázaly problémy v naplňování Úmluvy. Podobná situace je i v pobytových sociálních službách, zejména DZR a DOZP. Nicméně toto hodnocení bylo provedeno pouze v rámci projektu Reformy a není běžně využívané. Aktuálně není nastaven systém kontroly kvality služeb zdravotních i sociálních s ohledem na lidská práva ani nezávislé vyřizování stížností na kvalitu těchto služeb. Některé pobytové služby se negativně vymezují vůči lidem s duševním onemocněním a odmítají jim poskytovat pobytovou službu. Opatrovníci často nerespektují práva svých opatrovanců, neumožňují jejich zotavení. Metodická podpora a kontrola opatrovníků není dostatečná.	**Strategický cíl 7.1:** Přeměna systému existujících sociálních a zdravotních služeb na služby, které umožní na území Prahy naplňovat potřeby osob s duševním onemocněním (s ohledem na rozdílné diagnózy, věk apod.) v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením.	**Opatření 7.1.1.** Pracovníci zdravotních, sociálních a dalších veřejných služeb jsou vzděláni v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením a v oblasti standardů kvality WHO.	manažeři kvality / RK, poskytovatelé, MHMP, MZ,	2020-2022	Aktuálně hrazeno z prostředků ESF prostřednictvím MZ	0	Počet školení, počet proškolených pracovníků
		Opatření 7.1.2. Podpora změny způsobů práce v lůžkových psychiatrických odd. tak, aby zohledňovaly naplňování práv, recovery přístup, zplnomocňování a podpora rozhodování.	Manažeři kvality, lůžková psych.zařízení / RK, peer lektoři	2020-2024	Do roku 2021 hrazeno z projektu Deinstitucionalizace	0	Reflexe pacientů

		Opatření 7.1.3. Změny v příjmových kritériích některých pobytových sociálních služeb vůči lidem s duševním onemocněním.	MHMP	2021-2022	0	0	Počet přijatých klientů s duševním onemocnění m
		Opatření 7.1.4. PNB podnikne konkrétní kroky, které umožní výrazné snížení četnosti omezení svobody pohybu a používání restriktivních opatření na svých odd.	PNB, manažeři kvality / RK	2021-2023	Není naceněno	Není naceněno	Reflexe pacientů Snížení restriktivních opatření / evidence
		Opatření 7.1.5. Vytvoření role „uživatelského ombudsman“a na úrovni kraje se samozřejmou účastí uživatelů na řešení stížností na kvalitu služeb	MHMP, RK / uživatelské a rodičovské organizace	2022-2023	Není naceněno	0	Zpracován manuál Existence uživat.ombud smana
	<u>Strategický cíl 7.2:</u> Nastavení systému hodnocení úrovně naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením ve zdravotnických a sociálních službách na území Hl.m.Prahy a v organizacích, které MHMP zřizuje (např.s využitím standardů WHO Quality Rights Tool Kit).	**Opatření 7.2.1.** MHMP zajistí finanční podporu pro systém hodnocení i zvyšování kvality služeb.	MHMP / manažeři kvality, RK	2022-2023	Není naceněno	0	Metodika hodnocení
		Opatření 7.2.2. Vytvoření pracovní skupiny a adaptování metodiky hodnocení, proškolení členů skupiny.	MHMP / manažeři kvality, RK	2022-2023	56 000 z ESF celkem (1,5 roku) 30 000 ročně z prostředků ZP	0	Rozhodnutí o poskytnutí dotace Smlouvy o poskytování zdr.péče

	Strategický cíl 7.3: Systém opatrovnictví a samotný výkon prováděný veřejnými opatrovníky i rodinnými příslušníky v Praze bude respektovat Úmluvu o právech se zdravotním postižením i principy recovery.	**Opatření 7.3.1.** Veřejní opatrovníci jsou vzděláni v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením a v oblasti standardů kvality WHO a v recovery.	MHMP/ manažeři kvality, RK	2021-2023	Není naceněno	0	Počet školení, počet proškolených opatrovníků
		Opatření 7.3.2. Metodická podpora ze strany MHMP podporuje zlepšení výkonu veřejného opatrovnictví, řeší příp. stížnosti a vyhodnocuje kvalitu.	MHMP / manažeři kvality, RK	2022/2023	0	0	
		Opatření 7.3.3. Vzdělávání a podpora opatrovníků ze strany rodinných příslušníků	MHMP / manažeři kvality, RK	2022/2023	Není naceněno	0	Počet školení, počet proškolených opatrovníků
		Opatření 7.3.3. Je nastavena grantová podpora HMP na advokacii konkrétních klientů, litigaci, vzdělávání a zlepšení podmínek.	MHMP	2023	Není naceněno	0	Grantový program

	Seznam zkratek:
AKS	Asociace komunitních služeb
AP	Akutní péče
ARP	Ambulance s rozšířenou psychiatrickou péčí
CDZ	Centrum duševního zdraví
CS	Cílová skupina
DPN	Dětská psychiatrická nemocnice
DZR	Domov se zvláštním režimem
ESF	Evropský sociální fond
HMP	Hlavní město Praha
CHB	Chráněné bydlení
IPS	Model podporovaného zaměstnávání pro SMI (Individual placement and support
KoT	Komunitní tým
KS RPP	Koordinační skupina reformy psychiatrické péče
MDT	Multidisciplinární tým
MF	Ministerstvo financí
MHMP	Magistrát hlavního města Prahy
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NAPAN	Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020 - 2030
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030
NAPPS	Národní akční plán prevence sebevražd 2020 – 2030
NNO	Nestátní nezisková organizace
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSMS	Odbor školství, mládeže a sportu MHMP
OSV	Odbor sociálních věcí MHMP
OZDR	Odbor zdravotnictví MHMP
OZP	Osoba se zdravotním postižením
PA	Psychiatrická ambulance
PAS	Porucha autistického spektra
PN	Psychiatrická nemocnice
PNB	Psychiatrická nemocnice Bohnice
PPRCH	Primární prevence rizikového chování
SAS	Sociálně aktivizační služba
SK	Středočeský kraj
SMI	Severe /serious mental illness" neboli „závažné duševní onemocnění
SP	Sociální pracovník
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SPRSS	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SŠ	Střední školy

ÚP	Úřad práce
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VŠ	Vysoké školy
ZP	Zdravotní pojišťovny