

Pro	Komise pro rozvoj komunitní péče		
Přítomni	PhDr. Tomáš Klinecký, Mgr. Terezie Hradilková - Muchová, Mgr. David Kocman, M.A. PhD, MUDr. Zdeněk Kalvach CSc., RNDr. Dana Chrtková, CSc., Jan Desenský, DiS, Ing. Alfred Richter, František Bradáč, DiS		
Omluveni	Mgr. Pavla Baxová, Pavel Novák, Věra Bechyňová, DiS, Bc. Jan Kadlec		
Hosté	Mgr. Milena Johnová, Mgr. Aleš Lang		
Věc	Zápis z jednání Komise pro rozvoj komunitní péče, které se konalo 16. 5. 2019 od 9,30 v budově MHMP, Mariánské náměstí 2, Praha 1, zasedací místnost 349		
Zpracovala	PhDr. Tereza Eichlerová	Počet stran 6	Datum 17. 5. 2019

Program jednání:

1. Úvodní slovo
2. Reforma psychiatrické péče na území HMP
3. Geriatrická péče
4. Různé

1. **Úvodní slovo** předsedy komise PhDr. Tomáše Klineckého a Mgr. Mileny Johnové, Radní hl. m. Prahy pro oblast sociální politiky a zdravotnictví.

Představení jednotlivých členů komise.

Tato komise bude projednávat zejména témata ukončování bezdomovectví, reformu psychiatrické péče, reformu péče o ohrožené děti, transformaci mimopražských a pražských zařízení a péči o důstojné stárnutí. Konkrétní úkoly budou rozpracovávány v dílčích pracovních skupinách.

Dotaz: Jan Desenský, DiS - Lze materiály v komisi schvalovat i jinak než osobním projednáním?

Odpověď: PhDr. Tomáš Klinecký - Materiály lze schvalovat i formou per rollam, tedy oběžníkem (s výjimkou schvalování dotačních a grantových titulů).

Dotaz: Mgr. Terezie Hradilková – Muchová - Jakým způsobem lze zařazovat témata do programu
Odpověď: PhDr. Tomáš Klinecký - Program se dojednává s předsedou komise, materiály k prostudování stačí zasílat přibližně týden před termínem setkání.

Doplnění informací od paní Radní – Mgr. David Kocman, M.A.,Ph.D

V současné době funguje několik pracovních skupin – skupina k ukončování bezdomovectví, skupina pro ohrožené děti, tvoří se pracovní skupina pro transformaci mimopražských zařízení a začíná se pracovat na koncepci důstojného stárnutí (k tomuto tématu je ustanovena samostatná komise). Krajská koordinační skupina pro reformu psychiatrické péče, která funguje již od roku 2017.

Všechny výše zmíněné aktivity přímo navazují na počty volných bytů na území Hlavního města Prahy (dále jen HMP).

V současné době se připravují projekty zaměřující se na rozvoj komunitních služeb. Jedná se o projekt Transformace vybraných příspěvkových organizací HMP a Rodiny a děti sociálně vyloučené a ohrožené sociálním vyloučením a institucionalizací, který je určený zejména rodinám s dětmi na ubytovnách a v azylových domech.

Za účelem naplnění aktivit vyplývajících z priorit programového prohlášení vzniká Doplnková síť sociálních služeb, díky které bude možné operativně a flexibilněji zajistit nárůst kapacit terénních služeb. Doplnková síť by měla být schválena červnovým Zastupitelstvem HMP a bude součástí Střednědobého lánu rozvoje sociálních služeb na území HMP pro období 2019-2021.

Dotaz: Mgr. Aleš Lang - Jsou známy cílové skupiny prioritní pro Doplnkovou síť?

Odpověď: PhDr. Tomáš Klinecký - Doplnková síť naplňuje potřeby výše zmíněných prioritních aktivit. Rozvojové kapacity pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním jsou zahrnuty v Krajské síti tak, jak bylo schváleno v SPRSS v prosinci 2018.

2. **Reforma psychiatrické péče na území HMP** – Mgr. Aleš Lang, doplnění RNDr. Dana Chrtková, CSc., prezentace je přílohou zápisu

Reforma psychiatrické péče v současné době běží díky několika Evropským projektům a dává si za cíl nastavit funkční systém komunitní péče.

V současné době jsou komunitní služby rozvinuté ve větší míře převážně ve větších městech. Není jasně nastavené propojení sociálního a zdravotního sektoru. Není funkční záchranný systém pro tuto cílovou skupinu. Není jasné zapojení MPSV a vyjasňuje se zapojení a financování ze strany pojišťoven.

Dlouhodobé hospitalizace se často dějí ze sociálních a bytových důvodů.

V ČR je cíl redukovat dlouhodobá lůžka v psychiatrických nemocnicích na 10% ze stávajícího objemu (např. PL Bohnice – z cca 1200 lůžek na 120.) Výsledný stav reformy je nahrazení psychiatrických nemocnic Centry duševního zdraví (CDZ), kde bude poskytována sociálně – zdravotní péče a podpora zaměstnávání v komunitě. Ideálně s podporou akutních lůžek na odděleních všeobecných nemocnic.

V tuto chvíli je 99 osob připravených opustit PL Bohnice, pokud budou mít zajištěny bydlení a podpůrné služby.

Příkladem nedokončené reformy psychiatrické péče je Holandsko, kde vytvořili komunitní služby, ale nezrušili lůžka v psychiatrických nemocnicích.

Ideálním příkladem transformace je psychiatrická nemocnice v italském Terstu, kde reforma v průběhu čtyřiceti let proměnila areál nemocnice v kulturní a komunitní centrum a lidé s duševním onemocněním, žijí v bytech v rámci celého města.

Klíčový je přístup RECOVERY (zotavení) – zaměření na osobnost člověka, nikoliv na jeho nemoc.

Dotaz: Mgr. Terezie Hradilková – Muchová - Jak se mají SMI k číslům diagnóz a počtech hospitalizovaných v prezentaci?

Odpověď: Mgr. Aleš Lang - SMI (Severe mental illness) je skupina diagnóz schizofrenní onemocnění, afektivní poruchy nebo těžší formy poruch osobnosti (viz prezentace dg. F2, F3, F6)

Stávající kapacity terénních a ambulantních služeb v HMP – komunitní týmy – cca 700 klientů, podpora v bydlení cca 190 klientů a další kapacity v rámci podpory zaměstnávání (IPS – Individual placement and support) a svépomocných programů.

Výhledově se připravuje transformace psychiatrie i pro oblast dětí, seniorů a závislostí. V současné době se tvoří Akční plán reformy psychiatrické péče v Praze a Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (vládní dokument)

Dotaz: Jan Desenský, DiS - Jak se HMP a služby pro osoby s duševním onemocněním staví ke krizovým intervencím pro osob bez dg. nicméně v krizi?

Odpověď: Mgr. Aleš Lang - Pokud je to kapacitně možné, služby pro osoby s duševním onemocněním poskytují krizovou intervenci a následné síťování návazných služeb dle potřeby.

Odpověď: Tomáš Klinecký - Je důležité vyjasnit rámec v jakém režimu jsou služby poskytovány (sociální či zdravotní) a s ohledem na konkrétní data lze plánovat jejich případný rozvoj.

Odpověď: Mgr. David Kocman, M.A., PhD - Na Ministerstvu zdravotnictví bude možné žádat na projekt Nové služby – CDZ pro děti, pro osoby 65+ a pro osoby se závislostí a forenzní oblast.

3. Geriatrická péče – aktuální trendy a vývoj – MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Zásadní problémy současné péče o křehké seniory jsou:

Podfinancování následné a dlouhodobé péče.

Nízká absorpční schopnost komunity pro křehké seniory.

Zdravotně sociální rozdílnost.

Geriatrická negramotnost u odborníků i laiků.

Enabling geriatrics – Přestože se celkový stav stárnoucí populace zlepšuje, prakticky zde neexistuje možnost krátkodobé intervence, rovnou se hledají dlouhodobá lůžka

Deinstitutionalizace a transformace služeb do komunitní péče trvalo ve Švédsku 20let

Je nezbytné, aby si HMP ujasnilo priority ve vztahu k péči o křehké seniory, a to zejména v následujících otázkách:

Obecné mediální povědomí o stárnutí populace. Lze a je vhodné HMP zapojovat do mezinárodních projektů pro tuto cílovou skupinu?

Jak uchopit problematiku dlouhodobé péče pro lidi s omezenou, či ztracenou soběstačností. Léčebny pro dlouhodobě nemocné a domovy pro seniory nemají v současné době dostatečnou kapacitu a je otázkou, kde tito lidé v současné době jsou. Stávající realita nabízí tři modelové situace. Senior je nezabezpečený doma. Senior je v zařízení dlouhodobé péče mimo území HMP. Senior putuje mezi různými institucemi - nemocnicí, zařízením následné péče a domovem, kde se bez adekvátní podpory vrací zpět do nemocnice. Je otázkou, jakou skutečnou kapacitu HMP bude potřebovat, a jak zvýšit absorpční schopnost komunity, domovů pro seniory a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Zde dochází k etickému problému při průniku dlouhodobé a paliativní péče, zejména v návaznosti na další potřebné léčebné postupy. Je nutné vyjasnění přístupu paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Řešením může být dostatečná kapacita mobilních hospiců, otázka možnosti zapojení tohoto druhu služby např. do Doplnkové sítě – pro HMP se jedná optimálně o pět až šest zařízení.

Dalším tématem pro rozvoj kapacit je zvýšení absorpční kapacit komunity. V současné době chybí koordinace a neexistuje dostatečné propojení služeb v lokalitě (praktický lékař, sociální služby, home care), koordinované komunitním case managerem s vazbou na obec. Jeho hlavními úkoly je depistáž, dispenzarizace, koordinace služeb a edukace a poradenství rodinám. Viz model SIPS – Systém integrovaných podpůrných služeb (podrobné informace v příloze zápisu).

Pojmenování a komunikování etického problému - tato cílová skupina lidí se nesmí být zpochybněna jako "životy nehodné života" např. problematickou dostupností lékařského ošetření. Příklad dobré praxe v poskytování služeb Domov Sue Ryder.

Nastavení ústavní podpory v komunitě. Někteří občané jsou nepropustitelní do domácí péče (zejm. kombinace syndromu demence a imobility). Má se služba proměňovat s nimi tak, aby mohli zůstat ve známém prostředí, nebo má člověk putovat po různých zařízeních? Má HMP zájem vytvářet v komunitách dostupná centra péče, kde bude paleta služeb od denních stacionářů, respitní péče, přes domovy pro seniory až po paliativu? Je potřeba zvýšit možnost zdravotně ošetrovatelské péče v zařízeních, tak, aby nemuselo docházet předčasně k hospitalizacím.

V současné době není zařízení, kam by bylo možné poslat křehkého dekompenzovaného seniora na krátký pobyt bez zatížení invazivními vyšetřeními. Příklad dobré praxe geriatrická ambulance Nemocnice pod Petřínem. Bylo by potřebné zřízení geriatrických lůžek na běžných odděleních v nemocnicích a zvýšení geriatrické gramotnosti zdravotnického personálu.

Diskuze:

Mgr. Milena Johnová – HMP v současné době jedná s VZP a bude předkládat zdravotní koncepci HMP. Pokud budou na pojišťovnu nějaké požadavky, je dobré je v současné době vznést.

MUDr. Zdeněk Kalvach CSc. – Tlak na rozvoj péče musí vycházet z komunity, která se stará. To naráží na koordinaci sociálně zdravotních služeb. Ve světě periodicky narůstá problém s otázkou euthanasie a asistovaných sebevražd u lidí s demencí, a také požadavky na euthanasii bez smrtící choroby pouze v důsledku obavy z nedůstojného stáří.

Mgr. David Kocman, M.A., PhD – HMP metodu SIPS potřebuje a chce a je na městských částech, aby se hlásili do projektové výzvy MPSV na rozvojové kapacity. Je nutné vydefinovat budoucí podobu služeb pro seniory – pobytových i terénních. Není jasný požadavek a standard pro vznik nových pobytových zařízení a jejich provázání s terénními službami.

Mgr. Terezie Hradilková - Muchová – v rámci projektu Deinstitutionalizace se tato problematika řeší a v současné době se řeší, zda podoba komunitních služeb bude mít jednotná kritéria pro všechny cílové skupiny, včetně seniorů.

František Bradáč, DiS. – Z pozice městských částí je potřeba upozornit na skutečnost, že bez ohledu na potřebnost neustále klesá finanční dotace na sociální práci na obcích. Financování

prostřednictvím Evropských projektů je řešením pouze po dobu trvání projektu, neboť není systémově nastavená následná udržitelnost.

4. Různé

S ohledem na časovou dotaci setkání bylo domluveno přesunutí dalších témat na jednání příští komise.

Na příštím setkání komise budou diskutovány příspěvky Mgr. Terezie Hradilkové - Muchové a iniciativy JDI, z.s., příspěvek k projektu Ministerstva zdravotnictví na vznik nových služeb v rámci reformy psychiatrické péče a Transformační plány vybraných zařízení HMP.

Přílohy zápisu:

Příloha č. 1 Prezentace – Reforma psychiatrické péče

Příloha č. 2 Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb

Příští termín setkání Komise pro rozvoj komunitní péče je **17. 6. 2019 od 15,00.**, v budově MHMP, Mariánské náměstí 2, Praha 1, zasedací místnost 430

Zapsala 17. 5. 2019: PhDr. Tereza Eichlerová, tajemnice komise

Ověřil 3. 6. 2019: PhDr. Tomáš Klinecký, předseda Komise pro rozvoj komunitní péče