



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Zápis z jednání

Název projektu:	Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné		
Příjemce:	MZ ČR		
Číslo zápisu:	03/2021	Ze dne:	08.09. 2021
Tým:		Téma:	Odborná rada
Zapsal:	Marek Šíma	Upravil:	Prof. MUDr. Pavel Mohr
Datum příštího jednání:	08.12. 2021		Webex, online

Seznam účastníků :	Nepřítomni
Prof. MUDr. Pavel Mohr; MUDr. Martin Hollý; MUDr. Martin Anders; Ing. Jiří Horecký; PhDr. Karel Koblíček; Bc. Blanka Novotná; Mgr. Tomáš Petr; MUDr. Jiří Dvořáček; MUDr. Jan Tuček; RNDr. Dana Chrtková; MUDr. Ondřej Pěč; MUDr. Juraj Rektor; Mgr. Pavel Říčan; PaedDr. Blanka Veškrnová,	Omluveni: Mgr. Jana Poljaková; MUDr. Jan Pfeiffer; MUDr. Simona Papežová; PhDr. Petr Winkler; Prof. MUDr. Hana Papežová; MUDr. Michal Goetz; MUDr. Jiří Konrád; Hosté: Bc. Zbyněk Roboch, Ing. Jiří Mrázek (VZP), Mgr. Tereza Palánová, Mgr. Ivana Svobodová, MUDr. Tomáš Turek (Ostrov) ; PhDr. Ing. Pavel Mička; Jiří Štefan, Petra Kompánková, Marek Šíma;

Číslo	Text:
1	<p>KARLOVARSKÝ KRAJ - NASMLOUVÁNÍ LŮŽEK AKUTNÍ A NÁSLEDNÉ PÉČE (prof. MUDr. Pavel Mohr, MUDr. Tomáš Turek, primář nemocnice v Ostrově; Ing. Jiří Mrázek, VZP)</p> <ul style="list-style-type: none">Ing. Mrázek: Jedním z cílů reformy je snížení počtu lůžek dlouhodobé péče a navýšení lůžek akutní péče, což probíhá formou transformačních plánů. Chci si ujasnit, jestli jsme v tomto ve shodě. Protože u nemocnice v Ostrově je tomu nyní naopak – ze 77 akutních lůžek dochází k redukci na 52 a těch 25 lůžek se přetváří na lůžka následné péče, která v Karlovarském kraji chybí. Řeší to Komise VZP, která s tím souhlasí, ale chce vyjádření za reformu, zde tato změna není v rozporu čerpáním EU financí, s cíly a strategií Reformy. MUDr. Turek: V Karlovarském kraji chybí lůžka následné péče. Pokud pacienti vyžadovali tento typ péče, pak museli být přesouváni do jiných krajů, tzn. vyloučení z prostředí (rodina, prostředí). V kraji chybí lůžka pro pacienti starší 65 let. Nejedná se o chronické pacienty, je předpoklad, že se budou vracet do domácího prostředí. Dlouhodobě dojde k úspoře nákladů. V rámci reformy pracujeme na projektu zakládání CDZ. Prof. Mohr: Dochází k redukci akutních lůžek. MUDr. Turek: Nasmlouváno 75 akutních lůžek, nebyla všechna využívána z důvodu nedostatku personálu (v dlouhodobém provozu ale bylo 53 akutních lůžek). Mgr. Svobodová: V NAPDZ je cílem navýšení počtu akutních lůžek a snižování následných lůžek o 2/3. Chápu, že se řeší aktuální situace v regionu. Jedná se o dlouhodobé řešení nebo dočasné? MUDr. Turek: Aktuálně nejsou



	<p>v regionu žádné lůžka následné péče, tím se nejedná o rozpor s NAPDZ, protože by měla být v každém regionu. Jedná se o službu regionu pacientům – prodloužení relativní soběstačnosti v místě původního prostředí. MUDr. Tuček: Chci ten záměr podpořit. I když na první pohled jdeme proti cílům reformy, ale tady se jedná o lůžka následné péče o geronto pacienty, nikoliv SMI. Kraj nemá lůžka následné péče, lůžka byla poskytována mimo region v PN Dobřany, což bylo nevýhodné. Potřebu chápu a reforma by měla být posuzována individuálně v návaznosti na potřeby regionu. RNDr. Chrtková: Chápu důvody, ale mělo by se to projevit úbytkem lůžek v PN Dobřany, kde nebude využita kapacita. Prof. Mohr: Tím si nejsem jistý. Ing. Mrázek: Z diskuze nevidím problém, dám doporučení komisi, aby se tento záměr zrealizoval. Pro naplnění globálního cíle je to případně otázka restrukturalizačních plánů v PN Jihlava a Dobřany. PhDr. Mička: Z časového hlediska to vnímám, že by se měla i v Ostrově rozvíjet cesta využití komunitních služeb - v návaznosti na plánované založení CDZ a dalších komunitních služeb. MUDr. Tuček: Vše budeme uzpůsobovat potřebám v regionu. Ing. Mrázek: Protože nikdo z členů OR není proti, tak doporučí komisi VZP odsouhlasení záměru.</p>
2	<p>CHYSTANÁ AKUTNÍ LŮŽKA V PN - OTÁZKA ODPOVÍDAJÍCÍHO PERSONÁLNÍHO ZAJIŠTĚNÍ (PaedDr. Blanka Veškrnová, MUDr. Martin Hollý, MUDr. Martin Anders, MUDr. Jan Tuček)</p> <ul style="list-style-type: none">PaedDr. Veškrnová: Práh v Jihomoravském kraji spolupracuje s PN Brno, kde se chystají přiznat akutní lůžka. Ředitel PN bude od listopadu 2021 vedle pozice ředitele vykonávat také pozici primáře dvou oddělení akutní péče v PN. V JM kraji žádné jiné zařízení neposkytuje akutní péči. Otázka je: Mají zástupci MZ přehled o možnostech personálního zajištění u chystaných akutních lůžek? Pokud ano, jak se MZ postaví k nedostatku lékařů? U akutních lůžek je potřeba více personálu než u lůžek následné péče. Jak budou ostatní PN schopny naplnit personální standard. Jak dlouho bude tolerováno nenaplnění počtu a to zejména atestovanými lékaři? Prof. Mohr: MZ tyto informace má. V některých nemocnicích je situace kritická, chybí dostatečně kvalifikovaných lékařů pro naplnění pozic primariátů. Odborná společnost žádala o stanovisko ČL komoru, která odmítá spojování úvazků. MUDr. Hollý: Jednání probíhají na různých úrovních, ale OR k tomu nemůže zaujmout jiné stanovisko než relevantní orgány – jde o Personální vyhlášku MZd (definuje akutní péči obecně) a Stavovské předpisy Komory, mluvící o minimálních úvazcích. V roce 2020 jsme se snažili relevantní subjekty a požádat o specifický přístup na přechodnou dobu – nebylo přijato. Řešení je hledat mezi vlastním personálem, popřípadě ambulantními lékaři. Nedokážu si představit, že by se obecné předpisy navzdory snaze změnily. Pojišťovna musí respektovat obecně závazné předpisy. Situace v krátkém horizontu neumíme změnit. Je to řešitelné pouze získáním personálu odjinud. Prof. Mohr: O problému víme, i MZd. Není to v naší kompetenci. Navzdory dvouleté snaze ten problém nemá žádné řešení. Ing. Mrázek: Poznatky a stav měly být vidět v podobě transformačních plánů. Pokud je nedostatek lékařů, pak ředitel nemusí být lékař. Sdílení primariátu (je otázka, kolik primariátů musí v rámci PN být, poměr akutních a následných lůžek (VZP tlačila na razantnější snížení počtu následných lůžek) a další. Existují 4 entity, dávající různé možnosti řešení, jak zabezpečit péči. Poslední entita je, že připustíme změkčování definované normy pracovníků na počet pacientů čímž porušíme kvalitu péče. Ale myslím si, že v naznačených možnostech je to řešitelné. PaedDr. Veškrnová: V Transformačních plánech PN je vznik akutních lůžek uveden, díky covid je začátek poskytování akutní péče odložen. Otázka je, jakým způsobem pojišťovny zaplatí/nezaplatí akutní lůžka. Ing. Mrázek: Nejedná se o problém pojišťoven. Ať na pozici ředitele nastoupí manager a pan ředitel jako lékař jde na primariát. Taktéž mi nepřijde nutné rozdělení na dva primariáty – takže existují jiná řešení a za pojišťovny určitě nechceme ošidit otázku kvality péče.



3

PODPORA PSYCHIATRICKÝCH SESTER V TÝMECH SOC. SLUŽEB (Mgr. Tomáš Petr, PaedDr. Blanka Veškrnová)

- **Prof. Mohr:** na MZ jsou žádosti z Práh Jižní Morava a Trigon Ostrava – jedná se o Žádosti o podporu na výběrová řízení na terénní psychiatrickou sestru. Psychiatrické sestry se v projektech osvědčily. Některé projekty končí a je potřeba, aby týmy měly tuto pozici nasmlouvanou. **Mgr. Petr:** Psychiatrické sestry se podařilo zakomponovat do CDZ, ambulancí s rozšířenou péčí. Existují týmy, postavené na sociální bázi, které v rámci dalšího rozvoje chtějí přijímat psychiatrické sestry, aby později byly základem pro budoucí CDZ nebo rozšířené ambulance. Pojišťovny neví, jak se k tomu postavit. Já považuji postupné rozšiřování o sestry, následně psychiatra a podobně, za přirozený vývoj. MZ potřebuje stanovisko OR, jak se k tomu bude stavět a zda to bude doporučovat. **Ing. Mrázek:** „Za pojišťovny to vidíme jako velice problematické. Struktura je lékař, který obecně indikuje péči, stará se o pacienty a sleduje jejich stav. Pak výkonný personál (sestry) a následně sociální část. Jednoznačně preferujeme týmy, kde je lékař, jako CDZ a rozšířené praxe – tato shoda je dlouhodobá s PS pro financování a další, když se tvořila pravidla pro doporučení ke smluvním politikám pojišťoven. Tento prvek, kdy to budeme „torpédovat“ ze sociální oblasti, kde budou figurovat sestry a bude zde chybět lékař, je pro nás nepřijatelný. Tento trend/názor ostře odmítám – bez lékaře, řídicího péči, je to pro nás nemožný a zárodky jsou hezké, ale bez řízení to vede k malignitě a to určitě nechceme.“ **Mgr. Petr:** Dovolím si reagovat – „kapitán/lékař je v týmu zachován, protože péče je stále indikována psychiatrem. A se sestrou, která je sice členem jiného týmu, je v kontaktu a sdílí péči o pacienta. Potom se ta jeho kapitánská funkce ztrácí, psychiatr využívá služeb sestry, která má přesah do domácího prostředí, může zkontrolovat pacienta. Nejedná se o nějakou anarchii, je zde stále zachována indikační role lékaře. **PaedDr. Veškrnová:** Psychiatrické nebo všeobecné sestry v týmech byly většinou placeny z EU projektů a vždy šlo o spolupráci s ambulantním psychiatrem nebo několika ambulantními psychiatry v oblasti. Nejlepší je samozřejmě situace, když je kompletní CDZ (psychiatr, klinický psycholog, psych. sestry a sociální pracovníci). Ale toto vnímáme jako možnost zkvalitnění poskytovaných služeb lidem s psych. onemocněním v ORP ve spolupráci s ambulantním psychiatrem, protože sociální pracovníci nemohou podávat léky, depotní injekce a podobně. Při komunikaci s VZP v Jihomoravském kraji mi bylo řešeno, že v JM kraji nic takového není, že VZP nikdy neuzavřela s organizací/nestátním zdravotnickým zařízením smlouvu, a že o tom musí rozhodnout ústředí. Jedná se o zkvalitnění péče, o prodloužení ruku psychiatra – může využívat nejen služby psychiatrické sestry, tak sociální péče. **Ing. Svobodová:** Připomíná to systém domácí péče. **PhDr. Mička:** Názor pojišťovny je důležitý, ale je to pouze jedna strana. Důležitý je názor/postoj OR – pokud OR schválí doporučující usnesení, pak lze návrhy posoudit z pozice vedoucího ORDZ ve vztahu k doporučení OR. **MUDr. Hollý:** Pokud chceme jít reformní cestou, měli bychom podpořit budování zdravotně-sociálního pohledu v terénních týmech. Potom je implementace psychiatrické sestry do týmů nejrealizovanější cestou. Rozumím i pojišťovně, že po zkušenostech, kdy se z toho stane nároková složka, mají obavy. Pomohlo by, kdyby bylo specifikováno, jak a do čeho má být sestra zakomponována. Jestli to má být podpořeno smluvním ujednáním s regionálními ambulantními psychiatry, kteří by měli být těmi „kapitány“. Chce to najít kompromis, aby nedošlo k rozporu mezi názorem OR a zdrav. poj. Zkusil bych udělat vstřícný krok, abychom definovali podmínky, dříve než budou sestry schvalování. Podobně jako v případě ambulancí – indikace nemůže být pouze formální, psychiatr musí spolupracovat s týmem, nebo ze strany psychiatra nasmlouvání kódů konzultace s CDZ a podobně. **RNDr. Chrtková:** Chápu krok podpory psychiatrických sester v týmech, ale jako uživatel bych byla ráda, kdyby tam bylo navázání na ambulantního „mého“ psychiatra. Abych věděla, že tým s „mým“ psychiatrem spolupracuje. Jde o bezpečí a jistotě, že o všem psychiatr



	<p>ví. Ing. Mrázek: Jednalo se o jednoznačný výstup z PS. Musí být silná vazba na ošetřujícího lékaře, jinak to není v zájmu pacienta. Za VZP byla jednoznačně učiněna dohoda o systémovosti a komplexnosti, a pokud bychom jí měli přehodnotit, potom jsou potřeba argumenty, širší diskuze a zjištění, jaká je přidaná hodnota. Je potřeba jednat v rámci stávajících platforem, kde jsou zastoupeni všichni členové - v rámci PS k udržitelnému financování. Prof. Mohr: V tuto chvíli nemá cenu na OR hlasovat o nějakém usnesení bez toho, aniž bychom definovali jednoznačný postoj OR. Je potřeba hledat nějaké kompromisní řešení. Na jaké platformě? MUDr. Hollý: Předložit na PS udržitelné financování přes MUDr. Simonu Papežovou.</p>
4	<p>VZDĚLÁVÁNÍ KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ (PhDr. Karel Koblic)</p> <ul style="list-style-type: none">• PhDr. Koblic: Bod zařazen z podnětu MUDr. Papežové na základě reakcí při návštěvách v léčebnách a nemocnicích – zjištění personální nouze klinických psychologů. Odkazují na text z OR v roce 2019, kde jsou nějaké návrhy a výstupy. Další jsou v prezentaci MUDr. Krále, šéfa katedry klinické psychologie IPZ z jara 2020 (rozesláno členům OR).• Co by pomohlo klinickým psychologům v lůžkových zařízeních? Může OR podpořit zlepšení podmínek práce klinických psychologů v lůžkových zařízeních? Poznatek - kde je primariát klinické psychologie, tam jsou podmínky snáze sjednatelné než v zařízeních, kde jsou KlinPsych. rozptýlení na jednotlivých odděleních. Primariát je teda nejen nástroj pro vyjednání lepších podmínek, ale také jsou přínosnější pro širší spektrum pacientů. Mezi podmínky patří také finanční podmínky – OR by mohla podpořit návrh klinických psychologů na změnu v seznamu výkonů, která by pomohla – probíhá připomínkové řízení. Účelné by bylo, kdyby OR měla nástroj, jak podpořit aktivitu vyjednávání o platových tabulkách (jednání MUDr. Protopopové s MPSV) o zařazení platu klinického psychologa v přímo řízených státních organizacích o jednu skupinu výše. Dále by pomohla ze strany MZD podpora residenčních míst a honorování a podpora školitelů. Dále by pomohla součinnost státu při unikání mladých psychologů z profese (změna živnostenského zákona, nemožnost vykonávat živnost bez titulu Mgr.) a omezení poskytování psychoterapie lidmi bez odpovídajícího vzdělání. Dále by pomohlo zařazení klinických psychologů do dalších reformních orgánů. Prof. Mohr: O co se jedná v případě změny v sazebníku? PhDr. Koblic: Pro účely seznamu výkonů se klinický psycholog dříve považoval za lékaře. Později byly klinická vyšetření lékařů přeřazeny do indexu 3, zatím co klinická vyšetření klinických a dětských psychologů zůstaly v indexu 2 (hrazeny o cca 30% méně). AKS je přesvědčena, že vzhledem k délce a náročnosti studia, který je přibližně stejný jako u lékařů, potom by seznam výkonů měl být ve stejném indexu. MUDr. Rektor: Jedná se o nespravedlnost a tento požadavek podporuji, měli by mít K3. PhDr. Koblic: Ačkoliv to PS opakovaně podpořily, tak nakonec to MZ nikdy neschválilo. MUDr. Anders: Musí to projít oficiální cestou skrz PS k seznamu výkonů, jinak to nikdo neodsouhlasí.• Usnesení: OR jednohlasně podporuje stanovisko AKP ve věci změny zdravotních výkonů – přeřazená ve třídě – z indexu 2 do indexu 3.• MUDr. Hollý: Podpora by měla být širší. Podpora v oblasti financování pracovních úvazků. Podpora organizačního začlenění klinických psychologů do struktur v institucích. Podpora pro zlepšení pracovních podmínek. Podpora typu, že by si klinický psycholog měl vydělat více než sestry, které jsou tabulkově výše. Podpora emancipace klinických psychologů do partnerské role. PhDr. Koblic: Je důležité, abychom mohli při jednáních použít tvrzení, že to vše podporuje OR reformy.• Ve věci doporučení PN, aby zvážily samostatné oddělení klinické psychologie - MUDr. Rektor: Ředitelé psychiatrických a neurologických klinik se tomu brání, protože chtějí mít na klinice „svoje“ psychology. Mgr. Petr: Pro dlouhodobou spolupráci je z hlediska kontinuity péče lepší vlastní psycholog. Primariát nic zásadního nevyřeší. MUDr. Hollý: Zkušenosti z každého



	<p>pracoviště se různí. OR podporuje a doporučuje, aby organizační začlenění klinických psychologů podporovalo jejich stabilizaci a emancipovanost v systému. Neměli bychom vytvářet / diktovat nějaké jasné organizační doporučení, protože to musí být nastaveno managementem s respektem k lokálním podmínkám. PhDr. Kobic: Uvítal bych vztažení OR k nečinnosti státu, kdy psychologové unikají mimo zdravotnictví, což je spíše záležitost na PS pro psychoterapii. Prof. Mohr: OR doporučuje záležitost nechat na PS pro psychoterapii.</p>
5	<p>DOPORUČENÉ POSTUPY – VODÍTKA KVALITY (Mgr. Tereza Palánová)</p> <ul style="list-style-type: none">• V rámci aktivity KA2 bylo realizováno 18 hodnotících návštěv dle metodiky Quality rights WHO. Metodika vychází z naplňování úmluvy o právech osob se zdravotním onemocněním – byly vypracovány standardy, které by měly plnit jak PN tak i další instituce, kde by mohli dlouhodoběji pobývat lidé s dlouhodobým onemocněním. V rámci této skupiny pak byly vytvořeny níže uvedené vybrané doporučené postupy pro cílové skupiny projektu, tedy vodítka, jakým způsobem lze uvažovat o naplnění daného kritéria, uvedeného v nástroji WHO, v plné míře, popř. jak se k němu přiblížit. Jejich naplnění však v praxi bude výrazně limitováno i systémem úhrad v rámci zdravotního pojištění a personálním nastavením. Stejně tak rozdílností jednotlivých diagnóz, dále materiálně technické podmínky jednotlivých nemocnic apod. toto ovlivňují také. Přes nejasnosti je nicméně vhodné se k nastaveným vodítkům vztahovat např. v rámci strategie dalšího směřování služeb a péče nemocnice.• Vodítka, tak jak jsou nastavena, jsou určena pro psychiatrické nemocnice, a to zejména pro oblast poskytování dlouhodobé péče v rámci sítě psychiatrických nemocnic. Výběr pro oblast „pouze“ psychiatrických nemocnic reflektuje mimo jiné doporučení WHO, ale i dalších institucí včetně výběru nástroje ze strany MZ ČR.• Materiál je podkladovým materiálem pro realizovanou veřejnou zakázku na standardy, certifikace a metodiky hodnocení a vytváří metodiku hodnocení a standardy pro specializované externí hodnotitele kvality dle příslušného zákona a vyhlášky.• Jednotlivá vodítka jsou rozdělena na 5 kapitol – právo na přiměřenou životní úroveň; právo na největší možnou úroveň fyzického a duševního zdraví; právo na uplatnění právní způsobilosti, svobodu a bezpečnost; ochrana proti mučení, krutému ponižujícímu zacházení; právo na nezávislý život a zapojení do společnosti.• Diskuze: Prof. Mohr: Víím, že zástupce Psych. společnosti pan primář MUDr. Možný požádal o vyškrtnutí ze spoluautorství jako projev nesouhlasu s finální verzí. Mgr. Palánová: Pan primář Možný poskytl 20 stránek připomínek, přičemž některé z nich nebylo možno zapracovat. Na VV půjdou včetně připomínek MUDr. Možného. Do procesu byla zapojena mimo jiné MUDr. Hrníčarová (PN Nechanice) a by konzultován s Asociací sester (Mgr. Tomáš Petr). Plánujeme materiál zaslat zástupci Odborné společnosti. Prof. Mohr: Materiál bude předložen Výkonnému výboru. MUDr. Hollý: Co bude závěrem? OR se seznámila nebo OR schválila?• Závěr: Prof. Mohr: „Odborná rada se seznámila s materiálem „Doporučené postupy – vodítka kvality“.
6.	<p>SPOLUPRÁCE S REFORMOU PRIMÁRNÍ PÉČE (Doc. MUDr. Martin Anders)</p> <ul style="list-style-type: none">• Jedná se o zárodek vzájemné spolupráce. Lékaři primární péče dostali možnost provádět tzv. reformu. Vznikla PS ke spolupráci s jinými obory, kam byla přizvána gynekologie, stomatologie, onkologie, ale ne psychiatrie. Díky spolupráci s paní ředitelkou Šteflovou (Odbor zdravotní péče) se pokusíme nastavit nějaký rámec spolupráce s přímo s praktickými lékaři. Nastavení komunikace mezi specialistou a praktickým lékařem v návaznosti na aktuálním stavu pacienta. Doc. MUDr. Anders bude pokračovat v jednání – schůzka do konce měsíce s doc. Seifertem, případně s MUDr. Šonkou. Prof. Mohr: Jak je zajištěno financování? MUDr. Anders: Podle informací by na reformu primární péče měl být vyčleněn dostatek prostředků rozpočtu MZ. V



	<p>první fázi bychom si měli vyslechnou požadavky a až následně něco navrhnout.</p> <ul style="list-style-type: none">• Závěr: OR bere na vědomí informaci.
7.	<p>JAK DO BUDOUČNA ŘEŠIT GARANTSTVÍ (PaedDr. Blanka Veškrnová, PhDr. Ing. Pavel Mička)</p> <ul style="list-style-type: none">• PaedDr. Veškrnová: Problematika již byla otevřena na VV a Radě vlády. Reforma začínala jako reforma psychiatrie, ale za poslední 4 roky zaznamenala velký posun - nyní se jedná o reformu péče o duševní zdraví. Logicky byla na začátku jediným garantem Odborná společnost. Ale protože v reformě jde o přesun péče a pacientů z ústavní péče do komunity, je čas, aby byly dalšími guaranty zástupci patientských organizací a komunitních služeb. PhDr. Mička: Po skončení období je potřeba připravit nastavení spolupráce do budoucna. Z mého pohledu by v dalším období mělo být zástupců v řídicích strukturách více – kromě poskytovatelů služeb ze zdravotní a sociální části také uživatelé, pečující, zástupci krajů a obcí, zdravotních pojišťoven, ministerstev (MZd, MPSV). Je otázka počtu/parity, kdo všechno tam bude – je potřeba otevřít diskuzi. Druhým krokem je redefinice podoby řídicích orgánů v navazujícím období. Prof. Mohr: Reforma se posunuje – od SMI na další cílové skupiny. Idea multi stakeholderů je inspirativní a uvidíme, jaká bude role VV a OR a RVDZ do budoucna. PhDr. Koblic: Požadujeme nějak zařadit a počítat s Asociací klinických psychologů. MUDr. Rektor: Je potřeba rozlišovat mezi odborným garantstvím a účastí na řízení reformy. AKS je zájmové sdružení komunitních organizací, nikoliv odborný garant. Velmi nelibě nesu některé kroky ze strany AKS (viz Seminář v Senátu o ohrožení transformace psych. péče, zpochybňování spolupráce a roli Psychiatrické společnosti na webu AKS a podobně). Nejsem pro to, aby AKS byla spolugarantem reformy. PaedDr. Veškrnová: AKS je sdružuje mnoho komunitních služeb. Reforma začala odchodem psychiatrů z institucí a založili Fokus. Stejně tak my můžeme nesouhlasit s některými vyjádřeními zástupců Psychiatrické společnosti. AKS se snaží, aby byl počet lůžek v PN co nejnižší a co nejvíce lidí dostalo podporu v komunitních službách. Snažíme se vytvářet služby pro všechny cílové skupiny. Jsme rádi za spolupráci se zdravotními institucemi. Spolupráci chceme, i když ke střetům dochází. Prof. Mohr: je potřeba oddělit účast stakeholderů a odbornou garanci. RNDr. Chrtková: Důležité je, aby všechny snažení šla ve prospěch pacientů/klientů. Bude lobbovat za větší zapojení uživatelů. MUDr. Rektor: První koncepce reformy sahá až do roku 1975. Bc. Roboch: Spolupráce musí být multidisciplinární, je potřeba oddělit garanci a vedení reformy. Líbilo by se mi, kdyby garantem bylo MZ. Prof. Mohr: Garance odbornosti je nezbytná, MZ může být politická záštita, nikoliv odborná garance. Mgr. Petr: Odborným garantem reformy by měla být Odborná rada. PhDr. Koblic: Změna struktury koordinace reformy. Je potřeba odlišit garantství od funkce jednotlivých těles. Je potřeba najít funkční strukturu a následně obsadit zástupci skupin. Primárně by mělo jít o fungování a adekvátní provázání. PhDr. Mička: Shrnutí – spíše než o spolugarantech mluvíme o stakeholderech. Nejsou 1 nebo 2 garanti, ale jedná se o uskupení několika stakeholderů, kteří společně, v rámci diskuze/postojů/kompromisů, posouvají reformu dopředu. Víme, že někdy bude těžké hledat kompromisní řešení, ale já vnímám, že touto cestou bychom měli do budoucna jít. Je potřeba se zamyslet nad strukturou a funkcí jednotlivých orgánů reformy a jejich složení z okruhu hlavních aktérů/skupin na základě principu proporcionalnosti. Jsme si vědomi, že zástupci těchto aktérů, reprezentují zájmy svých členů/zájmové skupiny. Každý v reformě hájí a prosazuje své vnímání problematiky. V ideálním případě bych požádal, abychom ty jednání do budoucna nezaplevelovali nějakými problémy a nevraživostmi z minulosti. Prof. Mohr: Odborný garant by měl hlídat, kam by reforma měla směřovat a s čím by měla být v souladu. PaedDr. Veškrnová: Dnešní jednání bereme jako začátek diskuze. Projekty končí na podzim 2022 a s nimi zanikne VV a OR, proto je to třeba začít řešit. Vyhovuje mi návrh PhDr. Mičky na zástupců skupin (kraje, obce, pojišťovny, Odborná společnost, AKS, zástupci patientského hnutí). Řídící orgán si přizývá v závislosti na tématu další



	<p>aktéry. Souhlasím s tím, abychom nevytahovali věci z minulosti. RNDr. Chrtková: Jsem ráda, že diskuze začala. Reforma psychiatrie přešla do reformy péče o duševní zdraví a proto je návrh PhDr. Mičky odpovídající vývoji reformy. Nemám problém, aby to těleso bylo garantem. Prof. Mohr: Reforma se posouvá od SMI a služby zahrnují od akutní krizové intervence, přes psychoterapii až po péči o závislé, děti, lidi v ochranné léčbě a podobně. Spektrum je mnohem širší a nelze to jenom zužovat na nějakou dlouhodobou péči komunitou, těch aspektů je mnohem více. Děkujeme za podnět. Všichni cítíme, že se blíží změna, že se názory různí, ale věřím, že dojdeme k nějakému konsensu. Nyní nebudeme o ničem hlasovat ani přijímat usnesení. K bodu se budeme vracet.</p>
8	<p>INFORMACE O REACTU (PhDr. Ing. Pavel Mička)</p> <ul style="list-style-type: none">• V průběhu se ukázalo (ze strany MMR) byla celá psychiatrie z REACTU vyřazena. Tzn. veškerá investiční pomoc k jakýmkoliv záměrům v psychiatrii byla zrušena. ORDZ to mrzí, protože u některých zařízení to bylo ze začátku stavěno „nežádejte o finance z národních zdrojů, počkejte si na REACT, kde bude finančních prostředků dost“ a nyní z toho nebude nic. I my jako ORDZ jsme vytvořili veškeré rozhodovací mechanismy pro co nejrychlejší procesování a podporu žádostí. Bohužel to nedopadlo. Aktuálně se soustředíme na jednání okolo IROP 2, tak aby tam zůstaly/byly peníze pro zařízení v psychiatrii. Prosím, sledujte a upozorňujte Prof. Mohr:Známe důvod, proč byla psychiatrie vyřazena z REACTU? PhDr. Mička: Chápu to tak, že důvod vyřazení byl údajně v tom, že zde byl problém s „klikáčkou“, na což si stěžovali zástupci krajů a MMR tak muselo hledat dodatečné zdroje, aby umožnilo saturovat poptávku stran dalších požadavků.
9	<p>INFORMACE O KONFERENCI JIHLAVA (PhDr. Ing. Pavel Mička)</p> <ul style="list-style-type: none">• V termínu 13.-14-10. 2021 připravujeme v Jihlavě další odbornou konferenci, tentokrát zaměřenou na spolupráci s jinými obory a profesemi ze strany duševního zdraví. Bude se jednat o kombinaci přednášek, panelových diskuzí a workshopů. Budeme rádi, pokud se zúčastníte. Program na internetových stránkách www.reformapsychiatrie.cz
10	<p>Různé:</p> <ul style="list-style-type: none">• RNDr. Dana Chrtková - Ve stejném termínu se koná online konference „Společně proti stigmatu“, zaměřená na destigmatizaci.
11.	<p>Další zasedání OR: 08.12. 2021</p>