

SWOT analýza pro osoby s SMI

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.

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 prostředků 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	ŘÍZENÍ, TVORBA SYSTÉMU A JEHO KOORDINACE • Téma duševního zdraví není na úrovni HMP mezíresortně 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)

- Je ustavena Krajská řídicí 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 metodik multidisciplinarity při navazování pacientů hospitalizovaných v PNB (zejména z odd. následné péče) na komunitní služby s cílem jejich plánovitěho 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. Doplnkové 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 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.	• 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 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 přiznanou výplatu invalidního důchodu. Tato skutečnost významně snižuje možnost návratu těchto osob z dlouhodobé hospitalizace do běžného života.¹
---	--

¹ Výstup ze škálování v PNB, 2020

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 - 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	- Cílová skupina SMI má významně nízké finanční příjmy a jsou ohroženi chudobou – to jim často neumožňuje nakoupit si další podpůrné služby – např. právní pomoc, často jim to neumožňuje zapojení do dobrovolných a kulturních aktivit, cestování (nemohou využívat výhody osob s TZP), apod.² - 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 MČ³. - 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 - 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 hranic 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 ohlašovací 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 - 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 bytů nastavené jako tréninkové, není vzhledem k nedostupnosti návazného bydlení dostupné (klienti zde zůstávají i několik let, protože nemají kam jít) Naplněná kapacita sociálních služeb chráněného bydlení neumožňuje přijímat klienty z hospitalizace - Nedostatek míst v chráněném bydlení, případně podpory v individuálním bydlení pro klienty s duální diagnózou či
--	--

² Výzkum NÚDZ

³ Přehled výsledků grantových programů HMP a MČ v období 2018, 2019

- 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 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 proškolení veřejné správy, sociálních a zdravotních služeb v rámci projektu Destigmatizace - Dobrá praxe destigmatizačních programů v oblasti kultury	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 %⁴, 73% klientů služeb CDZ je zcela bez práce či dobrovolnické činnosti.⁵) - 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. 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.
---	--

⁴ Výzkum NÚDZ

⁵ Hodnocení pilotních projektů CDZ

- 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 VZDĚLÁVÁNÍ - V Praze je poměrně dostatek pregraduálního vzdělávání profesí, které se uplatňují v péči o duševní zdraví (psychiatrii, 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)	- 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 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 osob⁶ 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 zotavení⁷. 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.
---	---

⁶ Data z šetření 2018, Příloha Národního akčního plánu, MZ, 2020

⁷ Výstupy z hodnocení podle WHO toolkitu prováděného v psychiatrických nemocnicích v roce 2018

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.	Výkon opatrovnictví nezohledňuje principy ochrany práv opatrovanců zejm. opomíjením jejich vůle a preferencí. • U veřejných opatrovníků v mimopražských DZR existuje střet zájmů, který de facto 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 • 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)
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
ŘÍZENÍ, TVORBA SYSTÉMU A JEHO KOORDINACE • Národní akční plán pro duševní zdraví dá rámec pro tvorbu systému na úrovni kraje. • Novelu 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.	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 službách 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

• 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 • 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 mezesektorové 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.	• 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.
---	--

• 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 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	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 obtížné 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.) 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.
--	---

• 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. • Využití 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 trhu⁸. • Zavést alternativní online podporu tam, kde je to vhodné nebo nevyhnutelné a zajistit pro to finanční příp. organizační a legislativní podporu. • Využití 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 respektu 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 • Využití zahraničních know how a dobrých kontaktů na evropské síť 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. • 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 • Využití výzvy 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	• 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, sebevraždnosti povede ne k posílení primární prevence a krizových služeb, ale k navyšování kapacit psychiatrických lůžkových zařízení
---	---

⁸ Platforma IPS

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, Itálie, 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,

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 iniciativa informativních, preventivních a destigmatizačních aktivit a partner HL.m.Prahy**
- Obnovení akreditací programů primární prevence na MŠMT
- **Průběžně aktualizovat informační portál (www.psychportal.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.

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 dovedností při 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 spolupráci se zahraničím

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

• Ochota představitelů HMP zaštitit a prezentovat 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) 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	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 • Nepodaří se motivovat dostatek uživatelů a rodinných příslušníků pro aktivní zapojování do Reformy a do advokačních aktivit. • Nespolečné lidskoprávních organizací a svépomocných organizací • Uzavřenost poskytovatelských organizací nepodpoří větší rozvoj svépomocných uživatelských organizací • Vyčerpanost a vyhoření leaderů uživatelského hnutí
--	--

• Větší využívání pro bono právních služeb • Větší angažovanost a podpora ze strany patientské rady při MZ • Propojení a spolupráce různých organizací pečujících (nejen v oblasti duševního zdraví)	
--	--