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.)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Vydání zprávy finančně podpořilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.): **Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu.**

Vydala **Česká psychiatrická společnost o. s.,** Ke Karlovu 11, 128 00 Praha 2

Autorský kolektiv:

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, dále v textu PS), vedoucí projektu

MUDr. Irena Zrzavecká (sekce ústavní psychiatrie PS)

Mgr. Barbora Wenigová (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví)

MUDr. Erik Herman (sekce ambulantní psychiatrie PS, Sdružení ambulantních psychiatrů)

MUDr. Ondřej Pěč (sekce sociální psychiatrie PS, Asociace komunitních služeb)

MUDr. Vladislav Žižka (Asociace psychiatrických léčeben)

MUDr. Zdenka Drlíková (PL Jihlava)

Doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý (Vysoká škola ekonomická Praha)

MUDr. Lucie Kališová, PhD. (Psychiatrická klinika Ke Karlovu, Praha)

MUDr. Martin Hollý (Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha)

MUDr. Juraj Rektor (PS)

Mgr. Pavla Šelepová (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví)

RNDr. Tomáš Raiter (STEM/MARK)

MUDr. Jan Stuchlík (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Fokus Mladá Boleslav)

Za odbornou sekci dětská a dorostová psychiatrie: MUDr. Iva Hodková (Psychiatrická léčebna Opařany), MUDr. Jaroslav Matýs (psychiatrická ambulance pro děti a dorost, Ostrava), MUDr. Petra Uhlíková (Psychiatrická klinika 1. LF UK), MUDr. Jiří Koutek (Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK), doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc. (Psychiatrická klinika 1. LF UK)

Za Společnost pro návykové nemoci a adiktologickou sekci Psychiatrické společnosti: MUDr. Jiří Dvořáček (Psychiatrická léčebna Červený Dvůr), MUDr. Petr Popov (Adiktologická klinika 1. LF UK, Praha), Doc. PhDr. Michal Miovský, CSc. (Adiktologická klinika 1. LF UK)

Za odbornou sekci gerontopsychiatrie: Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc. (Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha)

Za Sexuologickou společnost ČLS JEP: Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina (Sexuologický ústav, 1. LF UK, Praha)

© Jiří Raboch a Barbora Wenigová, 2012

© Česká psychiatrická společnost, o. s., 2012

Obsah

O projektu 5

1 Úvod 8

2 Situace v zahraničí 10
2.1 Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví 10
2.2 Zelená kniha – strategický dokument pro duševní zdraví v EU 13
2.3 Evropský pakt duševního zdraví a wellbeingu 13

3 Situace v České republice 15
3.1 Úvod 15
3.2 Koncepce oboru psychiatrie a související dokumenty 20
3.3 Zmapování snah o vytváření regionálních modelů péče o duševně nemocné 27
3.4 Stávající legislativní úprava 28
3.5 Stigma duševně nemocných v České republice 30
3.6 Výdaje na duševní zdraví v České republice a jeho financování 31

4 Lůžková psychiatrická péče 41
4.1 Závěry 42
4.2 Doporučení 44

5 Průchodnost systémem lůžkové psychiatrické péče 45
5.1 Vybraná pracoviště a jejich charakteristiky 46
5.2 Výsledky – příjem pacientů 47
5.3 Výsledky – propouštění pacientů 52
5.4 Závěr 58
5.5 Doporučení 59

6 Popis stavu ambulantní psychiatrické péče v České republice se zaměřením na dospělou psychiatrii 60
6.1 Popis stavu ambulantní psychiatrické péče v České republice 60
6.2 Doporučení pro ambulantní psychiatrickou péči – dospělá psychiatrie 61

7 Komunitní péče 62
7.1 Intermediární péče 63
7.2 Mezirezortní multiprofesní týmy 65
7.3 Psychiatrická rehabilitace zabezpečovaná sociálními službami 66
7.4 Závěr 68
Příloha 1: Orientační definice rehabilitačních služeb 71

8 Hodnocení kvality péče o nemocné pomocí dotazníku QUIRC 83
8.1 Úvod 83
8.2 Metody 84
8.3 Výsledky 84
8.4 Diskuze 91

9 ***Návrh scénářů transformace psychiatrických léčeben…….*** 93
9.1 Kontext tvorby scénářů……. 93
9.2 Varianty transformace psychiatrických léčeben……... 94

10 ***Transformační scénáře PL a jejich dopady na kapacity a náklady psychiatrické péče v ČR……..*** 103
10.1 Výchozí předpoklady…….. 103
10.2 Dopady na počty klientů (kapacit)…… 104
10.3 Dopady na náklady psychiatrických služeb……... 107
10.4 Model se zvýšením průměrných nákladů…… 109
10.5 Diskuse výsledků……..... 111
10.6 Financování…… 111

11 ***Sazebník výkonů……..*** 113

12 ***Regionální standardy sítě psychiatrických služeb……..*** 115

13 ***Doporučení……..*** 118

Přílohy

14 ***Dětská a dorostová psychiatrie – základní data, nejdůležitější výsledky výzkumu a praxe……*** 121

15 ***Popis stavu adiktologické péče v ČR……...*** 147

16 ***Popis stavu sexuologické péče v ČR…….....*** 157

17 ***Popis stavu gerontopsychiatrické péče…….....*** 158

18 ***Zápisy z pracovních skupin……..*** 163

19 ***Výstupy z vytváření regionálních modelů péče o duševně……..*** 183

20 ***Koncepce oboru psychiatrie (revize 2008)***

O projektu

Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)

Obsah projektu

Obsahem projektu bylo především zmapování současného stavu lůžkové, ambulantní a komunitní/intermediární psychiatrické péče v České republice. Bylo využito dat a spolupráce se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, Ústavem zdravotnických informací a statistky, Asociací psychiatrických léčeben, Sdružením ambulantních psychiatrů, Asociace komunitních služeb a Asociací denních stacionářů a krizových služeb. V projektu byla popsána všeobecná psychiatrická péče, a později byli přizváni také zástupci specializovaných segmentů péče o duševně nemocné (dětská a dorostová psychiatrie, adiktologie, sexuologie, gerontopsychiatrie). Do zprávy byly tedy přidány i části popisující specializovanou péči. Pro zjištění průchodnosti a provázanosti systému psychiatrické péče byly ve vybraných sedmi lůžkových psychiatrických zařízeních, která poskytují akutní lůžkovou péči pro dospělé pacienty, pomocí dotazníku zjišťovány údaje o způsobech příjmu a propouštění pacientů do a z lůžkového zařízení. Zhodnocena byla i kvalita poskytované péče v zařízeních pro dlouhodobou hospitalizaci vážně duševně nemocných (psychiatrické léčebny), a to s použitím mezinárodního nástroje – dotazníku QUIRC. Na základě zahraničních zkušeností a předchozích studií byla pro pět možných scénářů (resp. osm podscénářů) transformace psychiatrických léčeben vypracována analýza dopadů na kapacity a náklady psychiatrické péče v ČR. Z uvedených materiálů byla vypracována doporučení pro transformaci psychiatrické péče v ČR včetně vzniku nových zařízení alternativních k dlouhodobé lůžkové péči.

Cíle projektu:

Hlavním cílem projektu bylo vypracovat doporučení pro změnu struktury lůžkové psychiatrické péče, jak po stránce kvantitativní, tak kvalitativní a pro rozvoj mimolůžkové (komunitní) péče včetně vzniku nových zařízení alternativních k dlouhodobé ústavní péči. K formulaci doporučení se dospělo pomocí pasportizace (zmapování) stavu lůžkové, ambulantní a komunitní psychiatrické péče v České republice; analýzy scénářů transformace

psychiatrických léčeben a zhodnocení dopadu scénářů na kapacity a náklady psychiatrické péče; a analýzou provázanosti a průchodnosti systému péče. Dalšími cíly bylo vytvořit doporučení vzhledem ke kvalitě poskytované péče v psychiatrických lůžkových zařízeních a provázat cíle a ideu projektu se strategickými dokumenty a stávajícími evropskými trendy.

Výstupy projektu

Výstupem projektu je obsáhlá odborná zpráva zahrnující popis a grafické zpracování zkoumané problematiky, která je v úvodu uvedena do mezinárodního a českého kontextu problematiky duševního zdraví ve vztahu ke strategickým dokumentům, stávajících legislativních úprav a nákladovosti a financování psychiatrické péče. Pro úplnost je doplněna zprávami za jednotlivé odborné sekce PS. V přílohách lze nalézt:

1. Zprávy odborných společností o situaci v jejich oboru
2. Zápisy z pracovních skupin
3. Příklady regionálních modelů (výstupy)
4. Koncepce oboru psychiatrie

Koordinace pracovní skupiny, akce a publicita projektu

V první řadě se v průběhu projektu scházela pracovní skupina složená ze zástupců žadatele (Česká psychiatrická společnost o. s.), dodavatele (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví), Psychiatrické společnosti (PS) ČLS JEP, Asociace psychiatrických léčeben, Sdružení ambulantních psychiatrů, a dalších expertů (ekonom, metodik). Na některá setkání byli přizváni i zástupci zdravotního výboru Parlamentu ČR (MUDr. Boris Šťastný), Ministerstva zdravotnictví ČR (MUDr. Pavel Horák, CSc., Mgr. Irena Köhlerová), Všeobecné zdravotní pojišťovny (JUDr. Lenka Havlasová, MUDr. Hana Šustková) či kanceláře Světové zdravotnické organizace v České republice (MUDr. Alena Šteflová).

Setkání pracovní skupiny se uskutečnily v těchto termínech:

11. července, 25. července, 8. srpna, 5. září, 3. října a 7. listopadu, 30. listopadu 2012. (Zápisy z jednotlivých setkání jsou součástí přílohy).

Dále probíhalo několik akcí, na kterých byl projekt prezentován a připomínkován:

8. - 9. června 2012 - diskuse o stavu psychiatrické péče v ČR za účasti ředitele VZP MUDr. Pavla Horáka, Mgr. Ireny Köhlerové, výboru Psychiatrické společnosti ČLD JEP, ředitelů psychiatrických léčeben a primářů psychiatrických oddělení

5. září 2012 - představení projektu na jednání výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP – Prof. MUDr. Jiří Raboch

2. října 2012 - výjezdní zasedání zdravotního výboru Parlamentu ČR do PL Horní Beřkovice – prezentace projektu - Prof. MUDr. Jiří Raboch

18. a 20.října 2012 - symposia na Mezinárodní konferenci Světové psychiatrické společnosti v Praze za účasti prof. Helen Killaspy, University of London (specialista na kvalitu psychiatrické péče), MUDr. Livie Vavrušové, předsedkyně Slovenské psychiatrické společnosti, MUDr. Janusze Heitzmana, předsedy Polské psychiatrické společnosti a MUDr. Lucie Kališové, PS, v rámci kterých byly prezentovány předběžné výsledky projektu a konzultovány se zahraničními experty.

15. až 17. listopadu 2012 - celostátní Konference sociální psychiatrie – prezentace v rámci bloku „Transformace psychiatrické péče“ – Mgr. Barbora Wenigová, Mgr. Pavla Šelepová, MUDr. Ondřej Pěč

5. prosince 2012 – prezentace výstupů projektu na Vědecké schůzi Psychiatrické společnosti ČL JEP – Prof. MUDr. Jiří Raboch, MUDr. Erik Herman, MUDr. Irena Zrzavecká, MUDr. Ondřej Pěč, Doc. Ing. Martin Dlouhý, diskutující za Kancelář WHO v ČR MUDr. Alena Šteflová.

1. Úvod

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Lidé trpící duševními nemocemi byli dlouhodobě vyřazováni ze společnosti a někdy dokonce za projevy svých chorob trestáni. Ve středověku charakterizovala věta "Fame plagiis, vinculis, coercendus est insanus" (volně přeloženo: duševně nemocný musí být zkrocen hladem, bitím nebo okovy) péči o jedince s duševní poruchou. Teprve později díky rozvoji poznání lidstva o přírodě i o sobě samém, díky změnám filozofických postojů v období renesance a osvícenství a díky enormnímu úsilí lékařů jako byli např. Johan Weyer (1515 - 1588), William Tuke (1732 - 1822), Filip Pinel (1745 - 1826) a dalším, se podařilo opět probojovat původní Hippokratovu myšlenku, že duševní poruchy jsou způsobeny dysfunkcí mozku a patří k poruchám zdraví.

Psychiatrie se ve 20. století plně medicinizovala. Došlo k obrovskému rozvoji poznatků o mozku a jeho funkci. Jsou popisovány geny (genom), které podmiňují abnormní chování a myšlení duševně nemocných. Byl prokázán vliv faktorů ze zevního prostředí (envirom) na expresi genů, a tím i na rozvoj a persistenci duševních poruch. Nová psychofarmaka již nejsou nacházena náhodně či produkována jako analogie přírodních látek, ale jsou syntetizovány molekuly, které cíleně ovlivňují některé oblasti CNS podle předpokládaného mechanismu účinku. Objevují se další biologické prostředky ovlivňující lidskou psychiku, jako je působení světla, magnetické energie, spánková deprivace apod. Psychoterapeutické postupy se stávají kratší, strukturovanější a v kontrolovaných studiích prokazují svoji účinnost. Někdy tento vývoj bývá souhrnně popisován jako 3. psychiatrická revoluce. Jistě není náhodou, že Nobelova cena za fyziologii a lékařství byla v roce 2000 udělena společně A. Carlssonovi, P. Greengardovi a E. Kandelovi za výzkum v oblasti přenosu informací v mozku.

Velká studie organizovaná v 90. letech Světovou zdravotnická organizace, Světovou bankou a Harvardskou univerzitou pod názvem Global Burden Disease prokázala, že neuropsychiatrické choroby přinášejí především rozvinutým zemím největší ztráty pracovní schopnosti. Podíl neuropsychiatrických poruch na celkovém množství let ztracených předčasnou mortalitou a morbiditou (DALY) je v Severní Americe, Západní a Střední Evropě 22,0 %, což představuje první místo ještě před kardiologickými (20,4 %) a onkologickými (13,7 %) onemocněními! Nejvýznamnějšími jednotlivými chorobami zde byly ischemická choroba srdeční, rekurentní depresivní porucha a cerebrovaskulární choroby.

Ve vyspělých státech, jako je Holandsko či Velká Británie je dle WHO více než 10 % zdravotního rozpočtu věnováno péči o duševní zdraví. Obrovský rozvoj poznatků o duševních poruchách a duševním zdraví, a doporučení Světové zdravotnické organizace jistě vytvářejí prostor pro to, aby naše snahy o probojování lepšího postavení a podmínek pro naše pacienty, pro naši práci a tím i pro náš obor byly úspěšnější než v minulosti.

2 Situace v zahraničí

Mgr. Barbora Wenigová, MUDr. Ondřej Pěč

2.1 Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví

Duševní choroby představují v rozvinutých státech dle údajů Světové zdravotnické organizace a Světové banky největší společensko-ekonomickou zátěž (22,0 % ztrát, kardiovaskulární choroby 20,4 %, nádorová onemocnění 13,7 %). Počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí v ČR se od roku 2000 do roku 2007 zvýšil z 361 931 na 464 836, tj. o 22 % (zdroj ÚZIS) (zhruba 5 % obyvatel je aktuálně léčeno), nejvíce v oblasti poruch nálady (z 62 532 na 93 277, nárůst o 109 %), neurotických obtíží (z 133 079 na 182 911 nárůst o 53 %) a demencí (z 34 229 na 50 791 o 64 %). Daleko větší důraz je kladen na práva psychiatrických pacientů, ale pozornost přitahuje i ochrana před agresivním chováním. Způsob a formu poskytování psychiatrické péče je těmto faktům třeba přizpůsobit.

Graf ukazuje na přední místo, které zaujímá unipolární deprese mezi příčinami pracovní neschopnosti. Podle dosavadního vývoje lze předpokládat, že v počtu let strávených v pracovní neschopnosti se v roce 2030 deprese posune ze třetího místa (2004) na místo první.

Graf. č 1 - Disability Adjusted Life Years – Počet let strávených v pracovní neschopnosti

Disability Adjusted Life Years

	2004	2030
1	Resp. infekce	Unipolární deprese
2	Střevní infekce	ICHS
3	Unipolární deprese	Dopravní nehody
4	ICHS	Cerebrovaskulární
5	HIV/AIDS	Obst. chor. plicní
6	Cerebrovaskulární	Ztráty sluchu
7	Nízká porodní váha	Vrozené vady
8	Perinatální poškození	HIV/AIDS
9	Dopravní nehody	Cukrovka
10	Cukrovka	neonatální infekce

WHO: Global Burden of Disease 2004

Podpora duševního zdraví a prevence a terapie poruch duševního zdraví spolu s odpovídající péčí se pro Světovou zdravotnickou organizaci a její členské státy, Evropskou unii a Radu Evropy stávají prioritou, jak to dokládají rezoluce přijaté Světovým zdravotnickým shromážděním a Výkonnou radou Světové zdravotnické organizace, Regionálním výborem Světové zdravotnické organizace pro Evropu a Radou Evropské unie. Tyto rezoluce se naléhavě obracejí na členské státy, Světovou zdravotnickou organizaci a EU, aby podnikly kroky ke zmírnění zátěže spojené s poruchami duševního zdraví a ke zlepšení pocitu duševní pohody. Vychází přitom z již dříve schválených rezolucí a důležitých dokumentů. V tomto směru zatím nejdůležitější mezinárodní iniciativou jsou závěry přijaté na Evropské konferenci

ministrů k otázkám duševního zdraví, pořádané Světovou zdravotnickou organizací v Helsinkách v lednu 2005.

Ministři zdravotnictví členských států v Evropském regionu SZO se ve své Deklaraci duševního zdraví pro Evropu zavázali k realizaci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu v souladu s potřebami a zdroji každé z jednotlivých členských zemí. Svými podpisy ministři požádali Regionální úřadovnu SZO pro Evropu, aby podnikla nezbytné kroky a zajistila, že se plně podpoří příprava a realizace politiky duševního zdraví, a že aktivity a programy budou mít odpovídající prioritu a zdroje ke splnění požadavků této Deklarace.

Výzva je formulována tak, že v průběhu příštích pěti až deseti let (2010 – 2015) se mají připravit, realizovat a vyhodnotit politické koncepce a legislativa, jež pomohou vyvíjet aktivity duševního zdraví, schopné zlepšit pocit zdraví a duševní pohody v celé populaci a začlenit do společnosti jako funkceschopné jedince s psychickými problémy. Prioritami příštího desetiletí jsou tyto kroky:

- zdůrazňovat a podporovat povědomí důležitosti pocitu duševní pohody;
- kolektivně řešit stigmatizaci, diskriminaci a nerovnost, a zmocnit a podpořit jedince s psychickými problémy a jejich rodiny, aby se aktivně zapojili do tohoto procesu;
- navrhnout a zavést komplexní, integrované a výkonné systémy duševního zdraví, zahrnující podporu, prevenci, léčbu a rehabilitaci, péči a rekonvalescenci;
- řešit potřebu kvalifikovaných pracovních sil, efektivních ve všech těchto oblastech;
- uznat zkušenosti a poznatky uživatelů služby a opatrovníků jako platformu pro plánování a rozvoj služeb.

Akční plán duševního zdraví pro Evropu poukazuje na to, že mnohé z aspektů politiky a služeb v oblasti duševního zdraví procházejí napříč celým evropským regionem procesem transformace. Politika a služby usilují o dosažení sociálního zařazení a rovnosti, s komplexním pohledem na rovnováhu mezi potřebami a přínosy různých aktivit duševního zdraví, zaměřených na populaci jako celek, ohrožené skupiny a jedince s psychickými problémy. Služby se poskytují v rámci širokého spektra komunitních zařízení, a ne již výlučně v izolovaných a velkých institucích.

Akční plán rovněž klade důraz na zajištění zastoupení uživatelů a opatrovníků ve výborech a skupinách, odpovědných za plánování cestou následujících aktivit:

- organizování uživatelů, kteří jsou zapojeni do přípravy svých vlastních aktivit, včetně zakládání a činnosti svépomocných skupin a školení v dovednostech v oblasti rekonvalescence;
- zmocnění zranitelných a marginalizovaných jedinců a prosazování jejich zájmu;
- poskytování komunitních služeb s účastí uživatelů;
- rozvíjení dovedností při péči a zvládání situace včetně zdatnosti rodin a opatrovníků, a jejich aktivní účasti na programech péče;
- vypracování programů ke zlepšení rodičovství, vzdělávání a tolerance a k řešení poruch v souvislosti s užíváním alkoholu a jiných drog, násilí a zločinu;

- rozvoj místních služeb, zaměřených na potřeby marginalizovaných skupin;
- provozování linek pomoci a internetového poradenství pro jedince v krizových situacích, jedince, kteří se stávají obětmi násilí, nebo mají sebevražedné tendence;
- vytváření pracovních míst pro handicapované.

Důležitým zdrojem umožňujícím mezinárodní srovnání a rozvoj jednotlivých zemí v oblasti duševního zdraví je vydání publikace WHO Mental Health Atlas – 2005, navazující na další již vydané publikace Mental Health Resources in the World 2001; Country Profiles on Mental Health Resources 2001. Kapitola týkající se České republiky byla vytvořena se supervizí prof. Hoschla, který je zároveň odborným zástupcem České republiky pro tuto oblast pro spolupráci s WHO. Novější publikací srovnávající péči o duševní zdraví v různých zemích Evropy je publikace „Politika a praxe duševního zdraví v Evropě“ (Policies and Practices for Mental Health in Europe – Meeting the Challenges), vydaná Regionální kanceláří pro Evropu SZO v roce 2008.

Ministerstvo zdravotnictví ČR podepisuje pravidelně od roku 2004 s Kanceláří WHO v České republice smlouvy o spolupráci na dvouletá období. Obsahem smluv je podpora zkvalitňování péče o pacienty s duševní poruchou s důrazem na podporu komunitní péče. Náplní spolupráce jsou různá témata.

Zde jsou některé obsahy smluv s WHO:

- Indikátory pro vyhodnocování kvality intervencí v rámci péče o duševní zdraví
- Vyhodnocení destigmatizačních aktivit v ČR
- Podpora zavedení komunitní péče o duševním zdraví ve vybraném pilotním regionu
- Podpora rozvoje komunitní regionální péče v ČR
- Hodnocení současných vzdělávacích potřeb sester v oblasti rehabilitace a komunitní psychiatrické péči a vytvoření vzdělávacího programu
- Definice kompetencí jednotlivých profesí pro systém komunitní péče
- Národní plán duševního zdraví ČR

Ministerstvo zdravotnictví určuje jako hlavního koordinátora projektu Psychiatrickou kliniku VFN a 1. LF UK v Praze a jako spoluřešitele Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Prostřednictvím projektů byla zmapována situace rozvoje péče o duševně nemocné pacienty a vznikl základní informační materiál o psychiatrické péči v České republice.

Závěrem lze říci, že i přes výše uvedená, a na ministerské úrovni odsouhlasená mezinárodní doporučení není akceptace šířeji pojatého přístupu péče o duševní zdraví v ČR dosud uplatňována.

Literatura:

Thornicroft G., Tansella M. Better Mental Health Care. Cambridge University Press, London, 2009

Světová zdravotnická organizace: Deklarace o duševním zdraví pro Evropu. Helsinky, 2005.

Světová zdravotnická organizace: Akční plán duševního zdraví pro Evropu. Helsinky, 2005.

World Health Organization, Regional Office for Europe: Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. Kodaň, 2008. ISBN 978 92 890 4279 6

2.2 Zelená kniha – strategický dokument pro duševní zdraví v EU

Odhadem 27 % Evropanů dospělého věku trpí v rozmezí jednoho roku některou z duševních poruch; očekává se, že deprese se v roce 2020 stane nejvýznamnější příčinou nemocí v rozvinutém světě; v důsledku sebevražd umírá v EU více lidí než v důsledku dopravních nehod, vražd nebo AIDS; náklady související se ztrátou produktivity duševně nemocných, invalidních důchodů, nákladů na sociální, vzdělávací, soudní a trestní systém činí odhadem 3 až 4 % HDP; přetrvává stigmatizace a diskriminace duševně nemocných – toto je situace, na kterou zareagovala v říjnu 2005 Komise evropských společenství vydáním tzv. Zelené knihy, obsahující strategie duševního zdraví pro Evropskou unii. Předtím již v lednu 2005 se naše ministryně zdravotnictví připojila k Akčnímu plánu a Deklaraci duševního zdraví pro Evropu, obsahující obdobné principy.

Nepříznivou situaci nevyřeší podle Zelené knihy jen lékařská péče, ale jde o komplexní přístup, na kterém by se měly podílet organizace pacientů a občanská společnost. Členské státy se dosti liší jak ve zdravotních charakteristikách duševního zdraví, tak i ve výdajích na duševní zdraví. Alarmující zprávou je, že v podílu finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví je Česká republika na předposledním místě v EU: v ČR jde asi o 3,5 %, přičemž v ostatních členských zemích se tyto prostředky pohybují většinou mezi 5 až 10 %.

Zelená kniha proto vybízí k výměně a spolupráci mezi členskými státy. Řešení doporučuje Zelená kniha jednak v oblasti prevence: podpora duševního zdraví u dětí, mládeže, pracujícího obyvatelstva, lidí staršího věku, marginalizovaných skupin obyvatel. Zvláštní pozornost je věnována prevenci deprese, užívání alkoholu, drog a prevenci sebevražd. Druhá část řešení se zabývá zařazením duševně nemocných do společnosti a ochranou jejich práv. Zde Zelená kniha zcela jednoznačně doporučuje deinstitucionalizaci služeb v oblasti duševního zdraví, neboť velké psychiatrické léčebny mohou napomoci vzniku stigmatu. Dokument se staví za reformy v těch zemích, kde péče přechází ke službám zajišťovaných komunitou, které poskytují příležitosti pro lepší kvalitu života postižených lidí. Tento apel zcela jistě míří i do českého systému péče, kde 87 % lůžkové péče akutní i následné se odehrává v psychiatrických léčebnách a zařízení poskytující péči blíže komunitě jsou rozvinuta jen nepatrně. Na závěr dokument vybízí k lepší informovanosti o duševním zdraví a ke spolupráci a dialogu jak mezi politiky, odborníky a zástupci občanské společnosti, mezi politiky a výzkumníky, tak mezi členskými státy vzájemně.

Literatura:

Evropská komise: Zelená kniha (Green Paper) „Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva“, 2005.

2.3 Evropský pakt duševního zdraví a wellbeingu

Dalším novějším dokumentem EU k duševnímu zdraví je „Evropský pakt duševního zdraví a wellbeingu“ (European Pact for Mental Health and Well-being) přijatý na konferenci na nejvyšší úrovni v Bruselu ve dnech 12. - 13. června 2008, které se účastnili ministři zemí EU a někteří komisaři EU.

V úvodu kapitoly je zdůrazněn význam duševního zdraví z hlediska lidských práv. Konstatuje se, že v EU jsou duševní poruchy na vzestupu, téměř 50 milionů občanů EU má či mělo zkušenost s duševní poruchou (11% populace); dokonané sebevraždy zůstávají významnou příčinou úmrtí; duševní poruchy jsou podkladem postižení, která se ovlivňují řadu

společenských sfér. Je vyslovena shoda na potřebě rozhodných politických kroků, které by učinily duševní zdraví a wellbeing klíčovou prioritou. Aktivity podporující tuto oblast je zapotřebí vyvinout v mnoha oblastech (zdravotnictví, školství, sociální péče, justice).

Dokument vyzývá k aktivitě v pěti prioritních oblastech:

1) prevence deprese a sebevražd (zlepšení vzdělávání zdravotníků a pracovníků sociální péče; zamezení přístupu k prostředkům umožňujícím spáchaní sebevraždy; zvýšit povědomí o duševním zdraví mezi zdravotníky a v dalších relevantních oblastech; redukovat rizikové faktory suicidií, jako je abusus alkoholu a drog, sociální exkluze, deprese a stres; poskytovat podporu po spáchaných suicidálních pokusech).
2) duševní zdraví mládeže a vzdělání (včasné intervence ve školství; programy podporující přístup rodičů; vzdělávání profesionálů činných v péči o mládež; integrace přístupů podporujících emoční a sociální učení; prevence zneužívání, šikany a násilí vůči mládeži a prevence jejího vystavení sociální exkluzi; podpora zapojení mládeže do vzdělávání, kultury, sportu a zaměstnání).
3) duševní zdraví na pracovištích (zlepšení organizace, organizační kultury a způsobu řízení vedoucí k podpoře duševní spokojenosti v práci; vývoj programů minimalizující nežádoucí efekty na duševní zdraví pracovníků – stres, zneužívání, násilí, „harassment“, alkohol, drogy; podpora začleňování, udržení a návratu do zaměstnání u lidí, kteří trpí duševními problémy a poruchami).
4) duševní zdraví u starších lidí (aktivní zapojování starších lidí do společenského života, včetně tělesné aktivity a vzdělávání; flexibilní způsoby započetí důchodu – umožnění delšího pracovního zapojení na plný či částečný úvazek; podpora duševního zdraví u starších lidí, kteří jsou příjemci zdravotní či sociální péče – komunitní či institucionální).
5) boj se stigmatem a sociální exkluzí (destigmatizační kampaně v médiích, školách, pracovištích; rozvoj služeb duševního zdraví, které jsou náležitě integrovány ve společnosti; jedinec musí být v centru zájmu a má s ním být nakládáno způsobem vylučujícím stigmatizaci a exkluzi; podpora aktivního zapojování lidí s duševními problémy do společnosti, včetně zaměstnání a vzdělávání; zapojení lidí s duševními problémy, včetně jejich rodin a pečovatelů, do relevantních politických a dalších rozhodovacích procesů).

Primární zodpovědnost za aktivity v těchto oblastech leží na členských státech. Tento pakt spíše vytváří možnosti informací, podpory dobrých praxí, společných výzev, měl by také facilitovat monitoring trendů a aktivit u členských států a vydávat doporučení. Výsledky této práce by se měli sdělovat na řadě konferencí věnovaných jednotlivým prioritním oblastem paktu v následujících letech.

Literatura:

European Commission: European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels, 2008.

3 Situace v České republice

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., Mgr. Barbora Wenigová, MUDr. Irena Zrzavecká,
MUDr. Ondřej Pěč, Doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr., MSc., MUDr. Jan Stuchlík

3.1 Úvod

Základní informace o péči o duševně nemocné v České republice

Populace (1. 1. 2011)	10 532 770
Počet krajů	14
Hustota obyvatel na km² 2009	135.8
Počet žen na 100 mužů	103.8

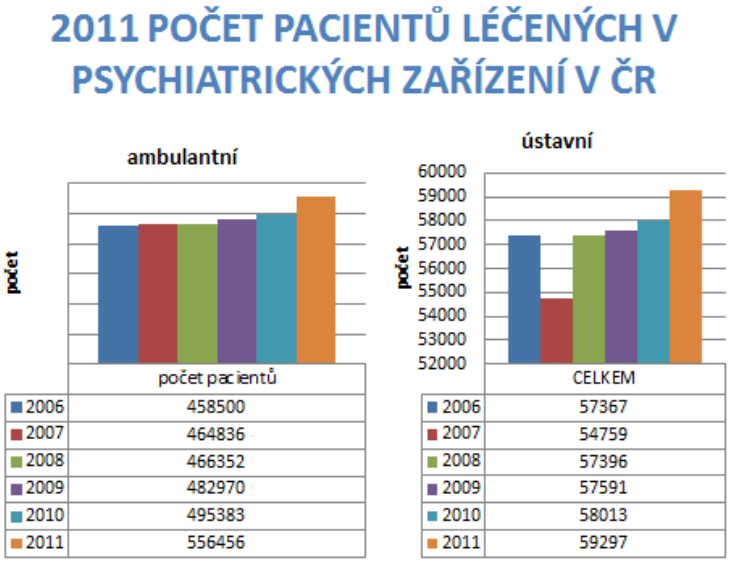
Psychiatrie je medicínský obor zahrnující psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a výzkumem duševních poruch. Psychiatrie je úzce propojena s oborem klinické psychologie, společnou funkční specializací je psychoterapie. Cílem je poskytování kvalitní diferencované péče, dle potřeb jednotlivce i společnosti.

Psychiatrická péče je realizovaná prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě péče o duševně nemocné. Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která je průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb.

Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. Mimo jiné i proto, že z principu věci psychiatrie nevykazuje množství drahých instrumentálních výkonů, a diagnostická i léčebná vysoce specializovaná a psychicky náročná práce v psychiatrii je podceněná. Toto zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové.

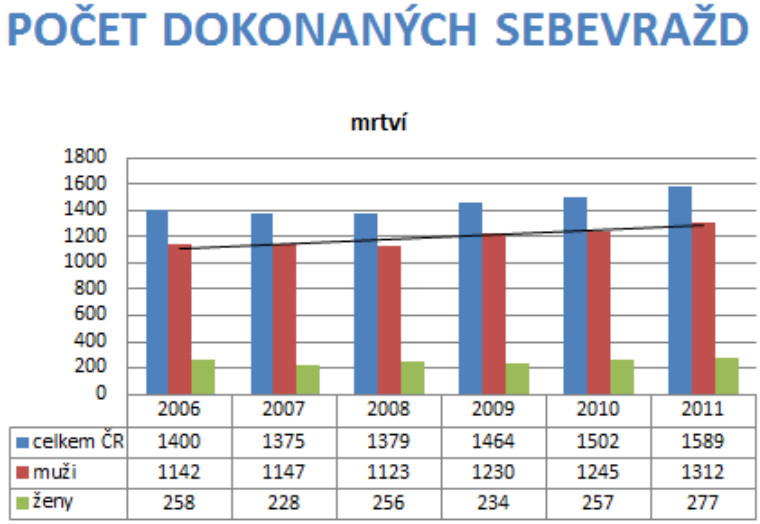
V posledních letech se neustále zvyšuje počet nemocných léčených jak v ambulantní, tak ústavní sféře.

Graf č. 1 Počet pacientů léčených v psychiatrických zařízeních v České republice



Zaznamenali jsme i nepříznivý trend v oblasti suicidálních aktivit našich občanů. ČR z tohoto pohledu zůstává zemí s průměrným počtem dokončených sebevražd. V souvislosti se společensko-ekonomickými podmínkami u nás stejně jako v mnoha jiných zemích došlo k ukončení poklesu sebevražd či dokonce k mírnému trendu v nárůstu násilného ukončení života u mužů.

Graf č. 2 Počet dokonaných sebevražd v České republice



Velmi nepříznivé mediální ohlasy vyvolávají nečetná, ale někdy závažná auto- či heteroagresivní jednání lidí v nepříznivých situacích trpících duševní poruchou.

Graf č. 3 Násilné chování u psychiatrických pacientů

Základními kameny diferencovaného přístupu k prevenci, terapii a rehabilitaci u duševních poruch je systém propojené péče ambulantní, lůžkové a komunitní.

V současnosti se v psychiatrických ambulancích odehrává většina psychiatrické péče, a to z hlediska kvantity (v psychiatrických ambulancích 2,8 milionu vyšetření, u 556 456 nemocných šlo o první vyšetření v roce (ÚZIS 2012)), tak i z hlediska časového. Zatímco hospitalizace zachycují určitou krátkou, i když významnou, část onemocnění, kontakt i vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky. Významným faktorem pak je i obeznámenost ambulantního psychiatra s pacientovým sociálním vztahovým prostředím, možnost kontaktu s ním a intervence v něm.

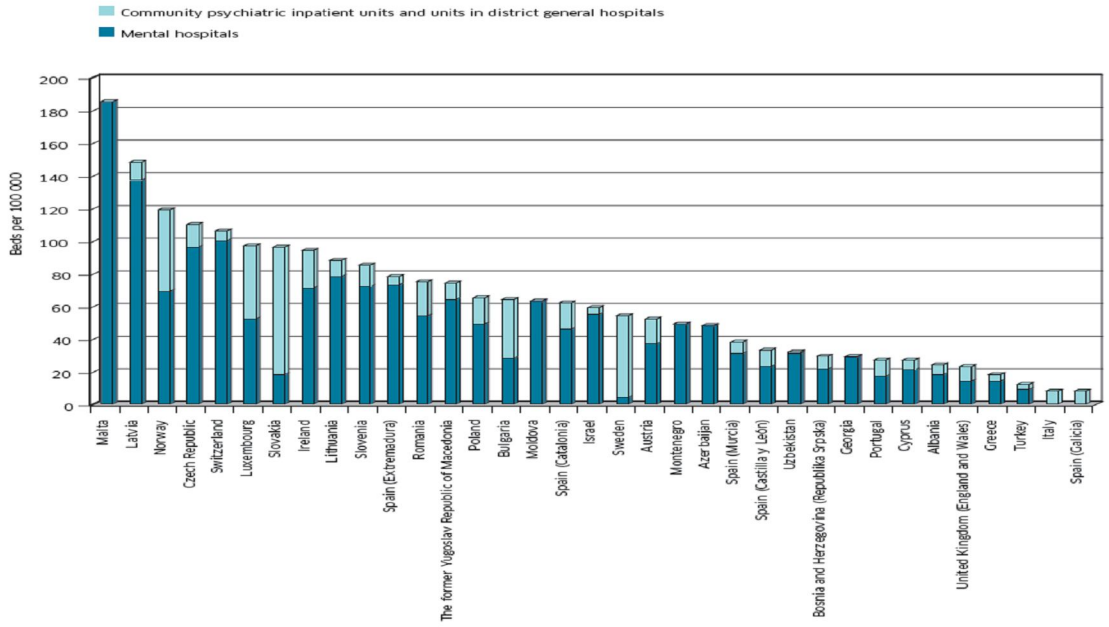
Přestože jsou klady stávajícího systému nesporné, lze v něm najít i četné nedostatky, které se dotýkají péče v psychiatrických ambulancích:

- Dominantním tématem je pro ambulantního psychiatra už od poloviny 90. let starost o existenci a financování. Petrifikovaný systém úhrad nutí psychiatra ošetřovat vysoký počet pacientů, na které mu zákonitě nezůstává dostatek času. Nemá dostatečný prostor pro komunikaci s pacientem, pro sociálně-psychiatrické intervence a pro psychoterapii. Stávající systém tedy stimuluje kvantitu péče a působí proti zvyšování jeho kvality.

- Rizikem systému je vysoká skrytá nemocnost, která potenciálně zvýší tlak na kvantitu péče na úkor její kvality. Podobný trend může způsobit případná redukce lůžek a přesun péče do ambulancí bez jejich výrazného posílení a rozvinutí intermediární péče.
- Ve většině regionů (mimo některá velká města) chybí dostatečná nabídka psychoterapie poskytovaná psychoterapeuticky kvalifikovanými psychiatry a klinickými psychology, je nedostatek sociálně-psychiatrických služeb. Podstata péče tak spočívá v psychofarmakologii, která je sice na kvalitní úrovni, zůstává však jednostranná – biologická, nikoliv bio-psycho-sociální, jak postulují standardy moderní psychiatrické péče.
- Nejsou dostatečně rozvinuty specializované ambulance.
- Není dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu.
- Provázanost péče není dostatečná, a to jak spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology apod.

Psychiatrická lůžková zařízení zajišťují akutní i následnou psychiatrickou léčbu a rehabilitaci psychicky nemocných všech věkových kategorií. V roce 2011 bylo v ČR celkem 10 582 psychiatrických lůžek (ÚZIS). Z tohoto počtu bylo 9 254 lůžek (85,6 %) v psychiatrických léčebnách a 1 328 lůžek (14,4 %) v psychiatrických odděleních nemocnic. I když počet psychiatrických lůžek se v poslední době stále snižuje, stále je ve srovnání s většinou (ne všemi - viz Graf č. 4) evropských zemí vysoký. Z důvodů nedostatečného financování nevznikají nová nemocniční psychiatrická oddělení a existence dosavadních je ohrožena, některá dokonce uzavřena (např. PO Litoměřice).

Graf č. 4 : Proporce lůžek psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení na 100 tis. obyvatel v evropských zemích



Zdroj: WHO Europe, 2008

Psychiatrická lůžková zařízení jsou trojího typu – psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic či samostatná zařízení. Dle svého typu a možností přijímají pacienty k dobrovolné léčbě, nedobrovolné léčbě i ústavní ochranné léčbě a mají po 24 hodin zajištěnou nepřetržitou psychiatrickou lékařskou službu. Hospitalizují též z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely.

V psychiatrických lůžkových zařízeních pracují psychiatři a další odborní lékaři, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry[1], všeobecné sestry a další ošetřovatelský personál (zejména zdravotničtí asistenti, sanitáři), zdravotně-sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, jiní odborní pracovníci jako jsou terapeuti pro léčbu prací a další terapeuti (např. arteterapeuti, dramaterapeuti), a provozně techničtí pracovníci.

Rozložení lůžkové péče je v ČR velmi nerovnoměrné a regionálně se velmi liší, v českých krajích je situace výrazně horší oproti krajům moravským. V některých krajích se nachází jak léčebna, tak lůžkové psychiatrické oddělení v nemocnici, v jiných je pouze jeden lůžkový subjekt, přičemž tam kde není léčebna, se nachází úplné minimum lůžek (např. kraj Karlovarský 45 a Liberecký 51). Dostupnost lůžkové péče navíc zhoršuje skutečnost, že zákonem byla zrušena spádovost zdravotnických zařízení a v praxi se dodržuje v různé formě pouze zvykově.

Do psychiatrických léčeben bylo v průběhu roku 2011 přijato 40.758 pacientů. Průměrná obložnost ve všech léčebnách se s výjimkou dětských zařízení blíží 100 %. Akutní příjmy obsazují v léčebnách zhruba 30 % lůžkové kapacity, ostatní lůžková kapacita připadá na péči specializovanou a následnou.

Problémem psychiatrických léčeben jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálně-technické opotřebení v důsledku nedostatečného financování a nedostatku investičních zdrojů, a také nedostatečné personální vybavení vyplývající jednak z nedostatku finančních prostředků, ale také nedostatku kvalifikovaných zdravotníků na trhu práce.

Psychiatrická oddělení nemocnic disponují 14,4 % z celkového počtu psychiatrických lůžek a poskytují akutní lůžkovou péči, která je vzhledem k nedostatečné kapacitě lůžek psychiatrických oddělení poskytovaná také v léčebnách. Lze tedy konstatovat, že z celkového počtu psychiatrických lůžek – 9 254 (z toho 260 pedopsychiatrických) - jich pro akutní péči v psychiatrických léčebnách a psychiatrických oddělení nemocnic slouží cca 3 000, tj. přibližně 30 %, což odpovídá doporučenému poměru akutních a následných lůžek (30:70). Problém je pouze v tom, že psychiatrické léčebny provozují akutní péči, kterou nemají ve smluvním vztahu s pojišťovnami a často ani potřebné zázemí jak personální, tak technické. Tím dochází kromě rozporů ve financování lůžkové péče také ke statistickému zkreslování skutečného počtu a potřeby akutních psychiatrických lůžek.

Velký rozdíl také panuje mezi jednotlivými (nasmlouvanými) poskytovateli akutní lůžkové péče. Jsou oddělení, která skutečně poskytují akutní lůžkovou péči, tedy jsou schopna nepřetržitě přijímat pacienty v akutním stavu z celého spektra psychiatrických diagnóz (jsou

[1] Vyhláška č. 55/2011o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků používá pojem sestra pro péči v psychiatrii. V textu bude používán zkrácený název psychiatrická sestra.

k tomu vybaveny jak personálně, tak věcně a technicky), ale existuje také řada oddělení, která mají sice nasmlouvánu akutní péči, ale vzhledem ke svému personálnímu a materiálně-technickému vybavení tento typ péče nemohou reálně provozovat (např. oddělení otevřená s 1 všeobecnou sestrou na noc, bez EKT přístroje apod.) a jejich metoda léčby je převážně psychoterapeutická. Tyto nesrovnatelnosti mezi jednotlivými akutními lůžkovými odděleními jsou dalším faktorem, který vytváří rozpor ve financování akutní péče a zkresluje počet a potřebu akutních psychiatrických lůžek.

Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče. V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v České republice 21 denních stacionářů v resortu zdravotnictví. Méně než polovina z nich je součástí lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však převážně vznikala do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají. Existují pouze 3 krizová centra v ČR s nepřetržitou dostupností psychiatra. Další krizové služby, které se snaží v některých místech pokrýt tento nedostatek, jsou omezeny časovou dostupností nebo nedostatečným vybavením odborného personálu a mají povahu spíše experimentálního pracoviště (např. mobilní krizový tým DPS Ondřejov, Praha 4). Nízkoprahová kontaktní centra a terénní služby jsou nedostatečně rozvinuta.

V některých oblastech se podařilo rozvinout služby psychiatrické rehabilitace a rezidenční služby provozované neziskovými organizacemi. Podle evidence Asociace komunitních služeb v roce 2011 existovalo 30 těchto organizací (systém je blíže popsán v kapitole Komunitní péče). Geografické rozmístění jak denních stacionářů, tak i služeb psychiatrické rehabilitace, je nerovnoměrné. Nejvíce těchto služeb je rozšířeno ve velkých městech a v některých krajích. Největším nedostatek těchto služeb je například v Karlovarském, Plzeňském a Zlínském kraji.

Organizace uživatelů péče či příbuzných pacientů postupně získávají na významu. V současnosti existuje 7 samostatných organizací duševně nemocných a dalších 12 svépomocných skupin při různých zařízeních. Příbuzní duševně nemocných jsou organizováni v 10 samostatných organizacích a 6 dalších svépomocných skupinách (dle evidence o. s. VIDA). Jednotlivé složky komunitní péče jsou však málo propojeny a jen velmi obtížně se daří poskytovat pacientům péči ucelenou a koordinovanou.

3.2 Koncepce oboru psychiatrie a související dokumenty

Od začátku 90. let týmy českých psychiatrů zpočátku vedené MUDr. Pavlem Baudišem, CSc. a MUDr. Janem Pfeifferem, později MUDr. Zdeňkem Bašným vypracovávaly **Koncepci oboru psychiatrie**. První materiál byl schválen sjezdem Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve Špindlerově Mlýně v roce 2000 a byl přijat vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR. V r. 2004 byla na Ministerstvu zdravotnictví zřízena Komise pro implementaci koncepce. V roce 2006 dospěl výbor společnosti k rozhodnutí, že je třeba koncepci inovovat. Světové trendy rozvoje psychiatrie se dále mění. Není již tolik zdůrazňována deinstitucionalizace, ale je spíše diskutována balancovaná péče. Faktem je, že česká psychiatrická péče je tradičně orientovaná na institucionální a ambulantní péči se všemi výhodami i nevýhodami tohoto systému, a že potřebuje další posílení v oblasti komunitní péče. Bohužel všechny sektory

našich služeb jsou ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi zásadním způsobem podfinancovány. Došli jsme proto k závěru, že naše snažení potřebuje nové podněty i ve formě revize koncepce. Výbor společnosti pro tento účel jmenoval speciální pracovní skupinu. Jejím vedoucím byl určen MUDr. Zdeněk Bašný (Sanima Praha). Garanty pro jednotlivé sektory byli prim. MUDr. Juraj Rektor (Psychosociální centrum Přerov) pro ambulantní služby, prim. MUDr. Ivan Tůma (Psychiatrická klinika FN Hradec Králové) pro nemocniční péči, prof. MUDr. Ivana Drtílková (Psychiatrická klinika FN Brno) pro dětskou psychiatrii, prim. MUDr. Petr Popov (Oddělení pro léčbu návykových nemocí VFN Praha) pro léčení závislostí, MUDr. Jiří Konrád (Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod) pro gerontopsychiatrii, MUDr. Ondřej Pěč (Eset Praha) pro komunitní péči. Dalšími členy skupiny byli MUDr. František Čihák (Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod), MUDr. Petr Jeřábek (Psychiatrická léčebna Bílá Voda), MUDr. Erik Herman (ambulantní psychiatrie Praha), řed. MUDr. Martin Hollý (Psychiatrická léčebna Bohnice), MUDr. Petr Možný (Psychiatrická léčebna Kroměříž), prim. MUDr. Irena Zrzavecká (Psychiatrická klinika VFN) a řed. MUDr. Vladislav Žižka (Psychiatrická léčebna Dobřany). Výsledky jistě musely být kompromisem mezi jednotlivými zájmovými skupinami a dokument nemůže reflektovat všechna přání našich členů. Finální dokument byl předložený výboru PS a opětovně byl schválen na sjezdu Psychiatrické společnosti v červnu 2008. Představuje strukturu péče, jakou bychom si přáli realizovat během následujících let.

Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP vyhlásil v roce 2007 ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR "**Národní psychiatrický program 2007" (NPP 2007)** na podporu reformy psychiatrické péče v ČR. NPP 2007 vychází ze znalostí podmínek a potřeb nemocných s duševní poruchou v ČR a zároveň se opírá o důležité dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie: Výzva evropské ministerské konference WHO (Helsinki 2005), Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise, usnesení Evropského parlamentu o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva (2006). Hlavní cíle programu jsou:

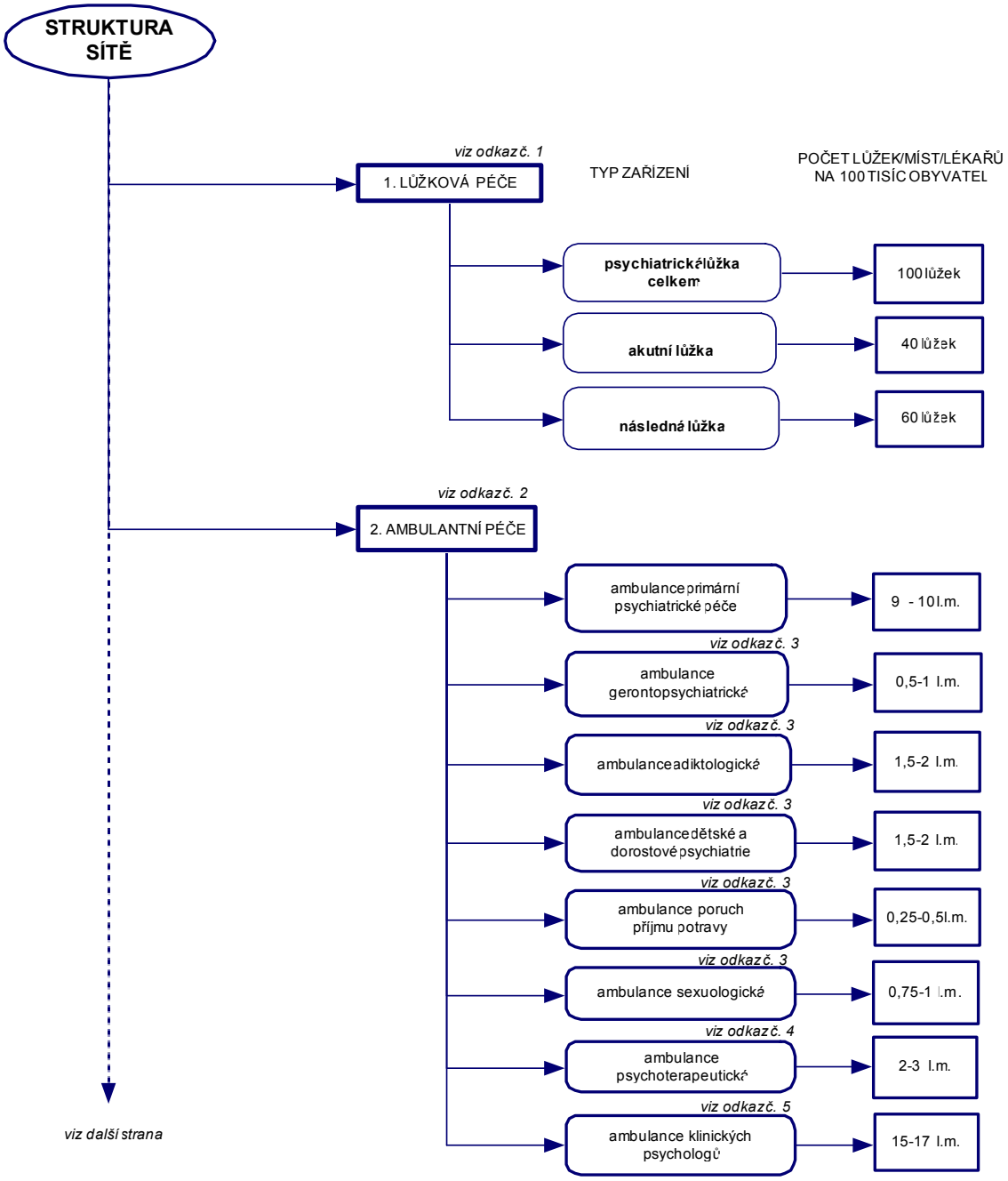
- zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami – zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicinskými obory; důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci ;
- zajištění dostupnosti psychiatrické péče – se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemocnosti;
- redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění - suicidia, závažná psychická i tělesná poškození, sociální izolace, invalidizace;
- podpora primární psychiatrické péče;
- rozvoj komunitní péče;
- modernizace lůžkového fondu.

Konkrétní úkoly NPP 2007 jsou:

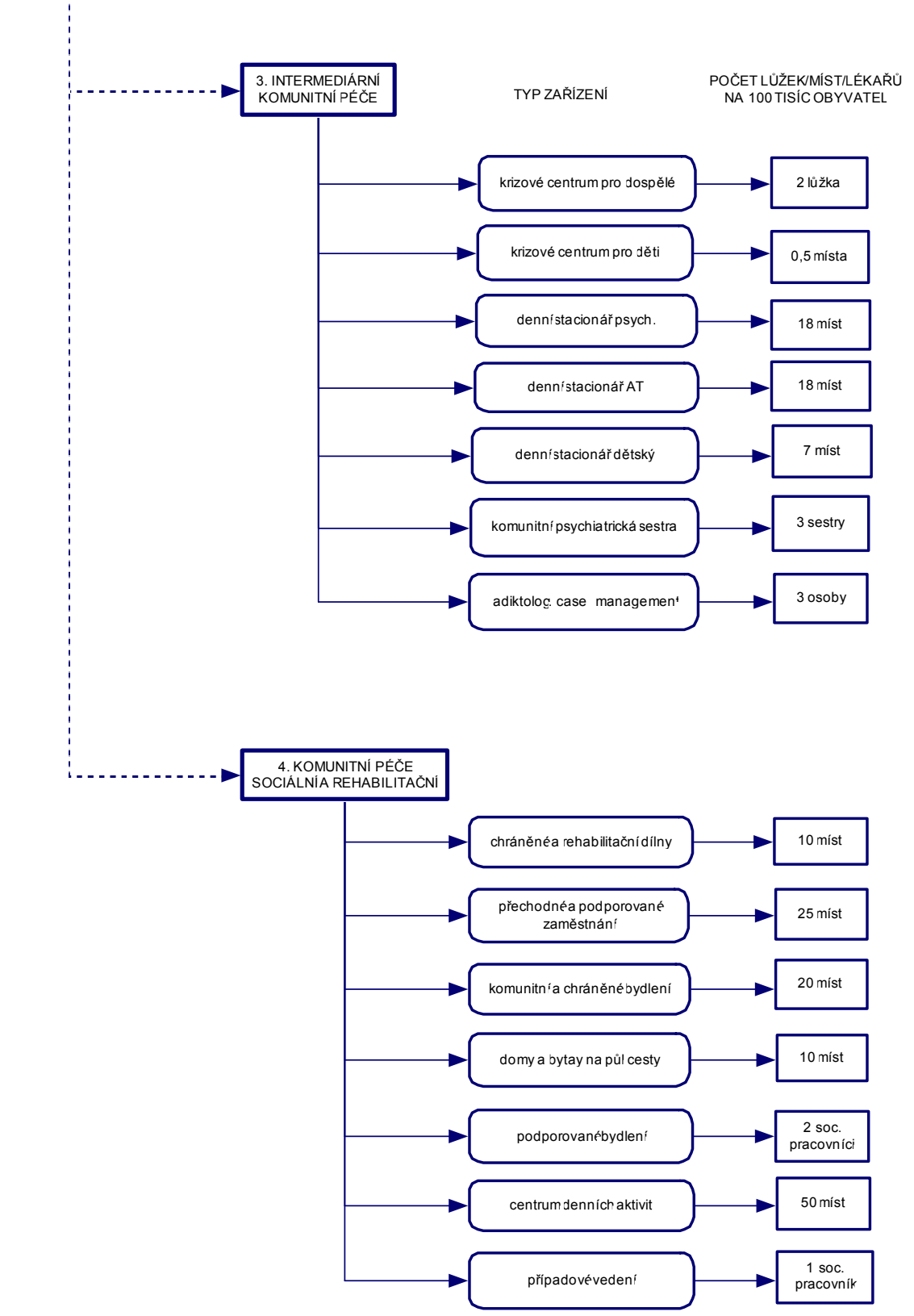
- zvýšená péče o rizikové skupiny psych. nemocných: schizofrenie, afektivní poruchy, závislosti, demence, poruchy příjmu potravy, závažné poruchy osobnosti, posttraumatické poruchy a další;
- doplnění a zkvalitnění sítě ambulantní psychiatrické péče včetně obnovení sítě ordinací pro léčbu závislostí;
- rozvinutí komunitní péče jak v obsahu vlastní léčebné péče, tak v institucionálním zabezpečení;
- diferenciace akutní a následné lůžkové péče s dopadem na kvalitu a restrukturalizaci lůžkového fondu a rozvoj komunitní rezidenční péče;
- redukce skryté psychiatrické nemocnosti ve spolupráci s praktickými lékaři;
- boj proti stigmatizaci a izolaci duševně nemocných především šířením pravdivých informací o psychických poruchách i o stavu psychiatrické péče v ČR;
- dosažení spravedlivého, v Evropě obvyklého financování psychiatrické péče přiměřené jejímu zdravotnímu, společenskému i ekonomickému významu;
- rozvoj krizových psychiatrických služeb;
- úprava legislativy týkající se péče o osoby trpící duševní poruchou s důrazem na jejich práva a při respektování doporučení orgánů EU;
- podpora psychiatrického výzkumu a vzdělávání v psychiatrii.

Psychiatrická společnost ČLS JEP vytvořila v roce 1998 první **doporučené postupy klinické praxe**, které revidovala v roce 2005. V roce 2008 jsme připravili jejich třetí, inovované vydání. Při jejich vypracovávání jsme stavěli na prvních dvou verzích doporučení a snažili se dodržet doporučení skupiny AGREE Collaboration, která vypracovala kritéria posuzující kvalitu jednotlivých národních standardů. Po dohodě s Psychoterapeutickou společností byla jmenována redakční rada ve složení Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., předseda, as. MUDr. Martin Anders, Ph.D., tajemník, MUDr. Pavla Hellerová, jako zástupce Psychoterapeutické společnosti a MUDr. Petra Uhlíková. Redakční rada vytipovala 19 okruhů včetně standardů psychiatrické péče v regionu, spolupráci s praktickými lékaři a ukazatelů kvality psychiatrické péče. Výsledky byly zveřejněny a schváleny na sjezdu PS v Karlových Varech v roce 2009. Doporučení pak byla publikována ve formě monografie v roce 2010. V tomto materiálu jsme dále dopracovali některé oblasti Koncepce oboru psychiatrie z roku 2008. Níže uvádíme příklady standardů regionální péče, spolupráce s primární péčí a návrh ukazatelů kvality péče.

STANDARD SÍTĚ A SPOLUPRÁCE SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ



viz předchozí strana



Pozn.: v Koncepci oboru psychiatrie jsme opakovaně diskutovali poměr akutních a následných lůžek, 40:60 nebo 30:70. V současné době došla naše pracovní skupina k závěru, že poměr 30:70 je aktuální a s těmito čísly v našem materiálu dále pracujeme.

Model spolupráce praktického lékaře v péči o nemocné s duševní poruchou

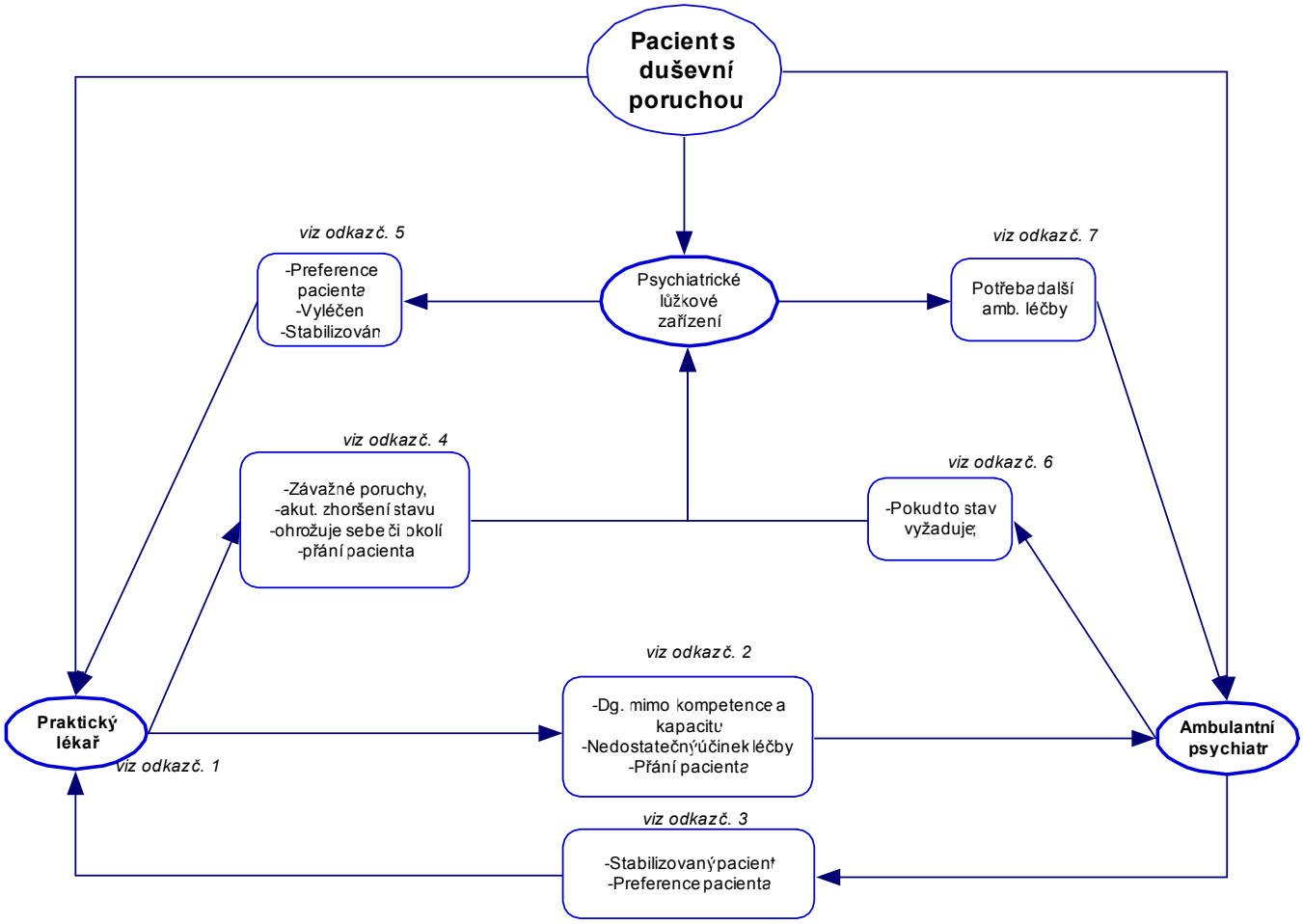
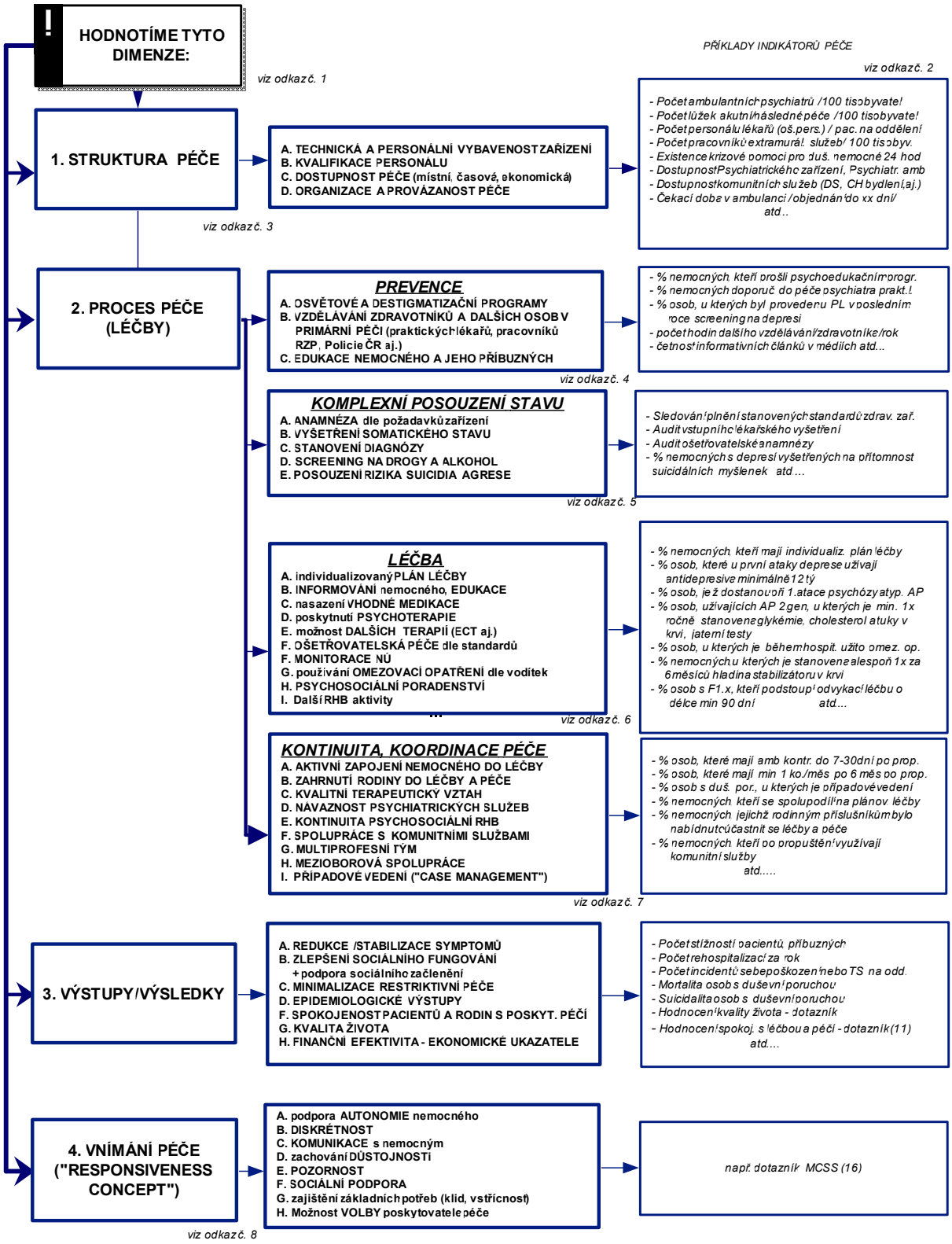


SCHÉMA PRO HODNOCENÍ KVALITY PÉČE V PSYCHIATRII



3.3 Zmapování snah o vytváření regionálních modelů péče o duševně nemocné

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ) (1995 – 2012)

V letech 1995-1997 probíhal projekt regionální komunitní péče (projekt Matra I), jenž ve třech regionech – **Mladá Boleslav, Praha 11, Pardubice** - vybraných na základě konkurzu z 24 přihlášených, vytvořil síť propojených služeb poskytujících pomoc duševně nemocným. Projekt metodicky vedlo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (dále jen CRPDZ) a odborníci z Holandska. Po skončení projektu pracují regionální týmy již samostatně a nezávisle.
Po skončení prvního projektu a jeho vyhodnocení jako úspěšného počinu byl schválen druhý, následný projekt „**Humanizace psychiatrických léčeben v ČR**“ (projekt MATRA II), který měl začátek v září roku 1999. Byly vybrány tyto léčebny - **PL Bílá Voda a PL Jihlava, PL Brno Černovice a PL Lnáře.** Projekt měl za cíl **propojování lůžkové a mimolůžkové péče"** a podporoval vznik nových typů služeb v léčebnách, a to především těch, které usnadňují pacientům resocializaci, rehabilitaci a přechod do následné péče.

V roce 2005 CRPDZ vytvořilo v rámci projektu „Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice“ (OSF) závěrečné zprávy popisující současný stav péče o duševní zdraví, možnosti žádoucích změn, a kroky k jejich realizaci. Jedním z kroků byly **tři varianty změn psychiatrických léčeben.** Obsahem zprávy bylo formulování základních principů uplatňovaných při vytváření politiky péče a charakteristiky potřebné péče a služeb, tedy vypracování prvních předpokladů k definování cílového stavu. Dalším materiálem je k odborné diskusi předložený návrh změny, který je konkrétní, je vyčíslen a popisuje potřebný rozvoj sítě služeb. Nabízí 3 varianty při změně sítě: 1. rozdělení péče v psychiatrických léčebnách, 2. zachování jen některých oddělení léčeben a 3. zachování jen některých psychiatrických léčeben. (Více viz kapitola Návrh scénářů transformace psychiatrických léčeben).

Doporučená modelová změna v oblasti péče o duševně nemocné byla následně rozpracována v regionu města Prahy realizací projektu „Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Praha (2006–2007)“. V tomto projektu byly zjišťovány potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče v kvalitě a kvantitě služeb pro duševně nemocné. Výstupem byla koncepce péče o duševně nemocné, jejímž obsahem je doporučení počtu a kvality jednotlivých druhů služeb. Implementační plán je rozpracován na 5,10,15 let a je k němu připojena ekonomická analýza. (Více viz v přílohách – kap. č. 20.)

V letech 2008 - 2009 realizovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví projekt **„Pilotní model péče o duševně nemocné v Karlovarském kraji“** v rámci dvouleté smlouvy mezi Světovou zdravotnickou organizací, Ministerstvem zdravotnictví ČR a Psychiatrickou společností ČLS JEP na období 2008 - 2009. Projekt shrnul a zpřehlednil situaci v oblasti psychiatrické péče v mezinárodním, celonárodním a regionálním kontextu a analýzou situace došel k zadání pro tvorbu modelu přeměny péče v karlovarském regionu.

Na něj navazoval projekt **„Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“.** Projekt byl zadán Karlovarským krajem a v rámci projektu byla vytvořena koncepce péče od duševně nemocné, implementační plán, byly vytvořeny dvě nové sociální služby v Karlových Varech (pracující principem komunitní péče) a vzděláni sociální pracovníci, úředníci a zdravotničtí pracovníci v regionu (tématem vzdělání byla péče o duševně nemocné). Celý projekt doprovázela systematická destigmatizační kampaň. (Více viz v přílohách – kap. č. 20.)

V letech 2012-2014 CRPDZ zvítězilo ve výběrovém řízení na navazující projekt „Vytvoření sítě služeb péče o osoby **s** duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“. Základním cílem projektu je **vytvoření základů efektivní sítě služeb** pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Síť služeb bude vytvářena na úrovni okresní a krajské, a budou do ní zapojeny sociální a zdravotní služby, zástupci školství, policie, zástupci obcí a další. Dalším cílem je vytvoření dvou komunitních sociálních služeb v okrese Sokolov a Cheb. Celý projekt doprovází systematická destigmatizační kampaň. Projekt opět realizuje Karlovarský kraj.

3.4 Stávající legislativní úprava

Péče a ochrana osob s duševním onemocněním je velmi široké téma zasahující do mnoha oblastí práva. Ochrana osob s duševním onemocněním je upravena jak na mezinárodní úrovni (mezinárodní smlouvy, jimiž je ČR vázána), ve vnitrostátním právu, ale i v rámci tzv. soft law (standardy CPT, Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy, Zásady OSN ochrany duševně nemocných). Nelze opomíjet ani judikaturu Ústavního soudu (především směrem ke způsobilosti k právním úkonům, příp. opatrovnictví) či Evropského soudu pro lidská práva (ESLP) (a to i s ohledem na skutečnost, že ČR byla již ESLP v některých případech odsouzena a bylo konstatováno, že došlo k porušení Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod).

Vybrané právní normy

- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (sdělení č.209/1992 Sb.) – zejm. ochrana před diskriminací, špatným zacházením, ochrana osobní svobody, povinnost státu příp. porušení práv jedince efektivně prošetřit
- Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (vyhl. č. 148/1988 Sb.) – ochrana proti mučení, špatnému zacházení, povinnost státu příp. porušení práv jedince efektivně prošetřit; a právo poškozeného na odškodnění
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (sdělení č.10/2010 Sb.m.s.) – akcentováno právo žít v komunitě, nediskriminace
- Zákon č.198/2009 Sb., o rovném zacházení a právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon) – zdravotní postižení (včetně duševního onemocnění) jako jeden z diskriminačních důvodů
- Zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, upravuje zejména detenční řízení (významná novela provedená zákonem č. 404/2012 Sb., reagující na judikaturu ESLP, týkající se hospitalizace osob zbavených způsobilosti k právním úkonům), opatrovnické řízení, řízení o úpravě způsobilosti k právním úkonům.
- Zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, upravuje opatrovnictví a vymezuje způsobilost k právním úkonům, příp. její zbavení, omezení.

- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, upravuje nutnou obranu, nepříčetnost vzhledem k trestní odpovědnosti za spáchání trestného činu, trestněprávní odpovědnost zdravotnického personálu: zejména trestné činy ublížení na zdraví, omezování osobní svobody, neposkytnutí pomoci, neoprávněné nakládání s osobními údaji. Vymezuje druhy trestů (zásady při jejich ukládání) – mimo jiné i uložení ochranného léčení a zabezpečovací detence.
- Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním, ve znění pozdějších předpisů. Upravuje proces/průběh trestního řízení a procesní zásady při ukládání trestů.
- Úmluva o ochraně lidských práv a biomedicíně (vyhlášená pod č. 96/2001 Sb.m.s.) – vymezuje zejména informovaný souhlas, podmínky léčby bez souhlasu.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje práva a povinnosti pacientů, stížnostní mechanismus, informovaný souhlas, poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta, poskytování zdravotních služeb osobám zbaveným způsobilosti k právním úkonům, používání opatření omezujících pohyb
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších právních předpisů, upravuje zejména výkon ochranného léčení
- Zákon č.128/2009 Sb., o výkonu zabezpečovací detence, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o vedení zdravotnické dokumentace, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, upravuje práva a povinnosti v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví.
- Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, upravuje přístup a vedení dokumentace zejména v jiných než zdravotnických zařízeních.
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, opakovaně novelizovaný (zásadně zákonem č. 306/2008 Sb., který mění stupně invalidních důchodů), poslední změny platné od 1.1.2013
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje pravidla pro poskytování sociálních služeb, mj. definuje nárok na příspěvek na péči, a tím i přístup duševně nemocných k některým sociálním službám
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., která provádí zákon o sociálních službách, definuje jednotlivé služby.

Vybrané významné okruhy

Informovaný souhlas

Úmluva o lidských právech a biomedicíně vyhlášená pod č. 96/2001 Sb.m.s.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších právních předpisů

Zdravotnická dokumentace

Úmluva o ochraně lidských práv a biomedicíně vyhlášená pod č. 96/2001 Sb.m.s.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů

vyhláška č. 98/2012 Sb., o vedení zdravotnické dokumentace, ve znění pozdějších předpisů

Způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví

Zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník – účinnost 1.1.2014

Zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů

Procesní opatrovnictví může být však upraveno (nejenom směrem k osobám zbaveným způsobilosti k právním úkonům nebo ve způsobilosti omezených) ve speciálních procesních předpisech – např. v zákoně č. 500/2004 Sb., správní řád

Nedobrovolná hospitalizace

Občanský zákoník

Občanský soudní řád

Trestní zákoník

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením

Úmluva o biomedicíně

Listina základních práv a svobod

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Literatura:

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Politika péče o duševní zdraví v České republice – Zpráva o současném stavu. Praha, 2004

Matiaško M., Durajová Z., Slašťanová D., Rittichová B.: Jak postupovat v detenčním řízení

http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/Czech_Summaries%20of%20Mental%20Disability%20Cases%20Decided%20by%20the%20European%20Court%20of%20Human%20Rights.pdf (rozhodnutí ESLP týkající se osob s duševním onemocněním)

3.5 Stigma duševně nemocných v České republice

Negativní předsudky a mýty spojené s duševními poruchami jsou velmi škodlivé a předpokládá se, že navzdory medicínským pokrokům mají stupňující se tendenci a stále zhoubnější následky pro pacienty. Stigma postihuje vše, co souvisí s duševními onemocněními: kromě pacientů také jejich opatrovníky, psychiatrické instituce, odborníky, léčbu. Znamená největší překážku k dosažení lepší péče a vyšší kvality života. Je základem pro negativní diskriminaci, kterou pacienti s duševní poruchou zažívají téměř denně. Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, závislost na návykových látkách a alkoholu, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. Stigma zvyšuje již tak značnou zátěž, kterou způsobují duševní nemoci rozpočtu každého státu v Evropské unii. Obecně lze říci, že stigma a jeho následky nejvíce zasahují lidi trpící schizofrenní poruchou.

V roce 1996 byl Světovou psychiatrickou asociací (WPA) vytvořen mezinárodní projekt na podporu boje proti stigmatu a diskriminaci z důvodu schizofrenního onemocnění. Program „Open the Doors“ zakořenil své myšlenky již v cca 20 zemích celého světa. Další odpovědí na narůstající zátěž psychiatrických diagnóz se stala v roce 2005 Deklarace o duševním zdraví pro Evropu, jejíž čtvrtý závazek obsahuje požadavek na vyloučení stigmatu a diskriminace a prosazení zařazení do společnosti prohlubováním odpovídajícího povědomí veřejnosti a

zmocněním ohrožených jedinců. Deklarace představuje výzvu pro všechny členské země Evropské Unie.

V České republice jsou destigmatizační aktivity otázkou posledních několika let. Situaci vnímání schizofrenie širokou veřejností popisuje výzkum „Názory na schizofrenii“ (2005), na vzorku cca 700 dospělých osob v ČR. Jedním ze závěrů, vyplývajících z mapování, mimo jiné je, že chování lidí vůči osobám se schizofrenií vychází z tradičních představ utvářených v minulosti a generačně předávaných. Nese s sebou stereotypy a mnohdy racionálně neověřená tvrzení o nevyzpytatelnosti chování schizofrenika, jeho možné agresivitě a obavy, které může vzbuzovat ve svém okolí. Další zjištění prokázalo, že obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenní poruchy je chabá a zcela nedostatečná. Informace, které se dostávají k běžným občanům, jsou náhodné a útržkovité. Jedním z počinů, které mají tuto situaci zlepšit, jsou webové stránky www.stopstigma.cz. Tyto stránky fungují od roku 2004 a naleznete na nich všechny důležité informace týkající se duševních poruch a také anonymní poradnu, ve které pravidelně odpovídá psychiatr, psycholog a sociální pracovník.

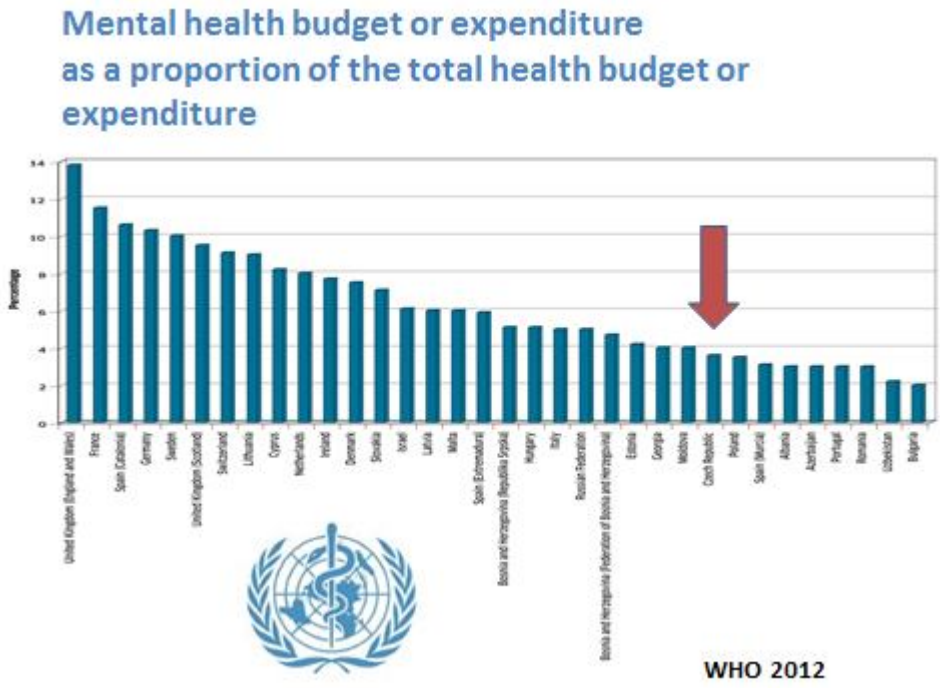
V rámci českého předsednictví EU jsme v roce 2009 zorganizovali sympozium na téma "Destigmatizace a zlepšování kvality psychiatrické péče" za účasti vedení DG Sanco, MZ ČR, předsedy Světové psychiatrické společnosti, vedení evropské kanceláře WHO a řady předsedů evropských psychiatrických společností.

3.6 Výdaje na duševní zdraví v České republice a jeho financování

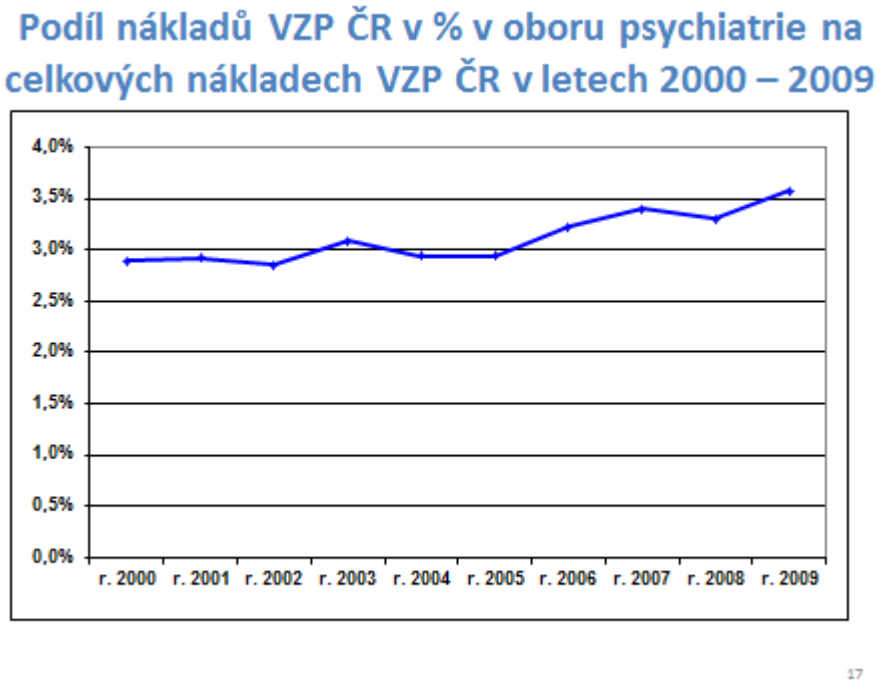
Zjištění výše výdajů na duševní zdraví a jejich struktury jsou důležité pro zvýšení pozornosti české společnosti na problematiku duševního zdraví. Dá se říci, že výše výdajů na duševní zdraví je základním indikátorem významu duševního zdraví pro společnost a její vládu. Podle odhadů tvořily celkové výdaje zemí EU na duševní zdraví 3 - 4 % z HDP (WHO, 2012). Výdaje na duševní zdraví v rámci sektoru zdravotnictví činily v průměru 2 % HDP. Informace o struktuře výdajů jsou důležité zejména při rozhodování o reformě péče o duševně nemocné, neboť strukturální změny v péči musí být doprovázeny i novým přerozdělením finančních zdrojů.

Výdaje na duševní zdraví tvoří pouze malou část výdajů na zdravotnictví v ČR a zřejmě i proto nemáme k dispozici detailní informace o výši těchto údajů a jejich struktuře. To ostatně platí pro ostatní druhy onemocnění: máme informace o výdajích podle druhu péče, podle zdroje financování, ale nikoliv podle skupin poruch. Tato mezera je občas vyplněna ad hoc studiemi z akademických pracovišť či zdravotních pojišťoven. Asi nejobsáhlejší v tomto směru byla publikace C. Škody a kol. (1998), podle které výdaje na duševní zdraví u VZP ČR činily 2,52 % výdajů pojišťovny v roce 1995. Z toho 18 % výdajů se týkalo ambulantní péče a 82 % výdajů směřovalo do ústavní péče. Tato studie však pojímala duševní zdraví velmi úzce (pouze psychiatrie a psychologie) a nezahrnovala například práci praktických lékařů nebo výdaje na léky. Z tohoto pohledu jde o určitý dolní odhad výdajů na duševní zdraví v rezortu zdravotnictví.

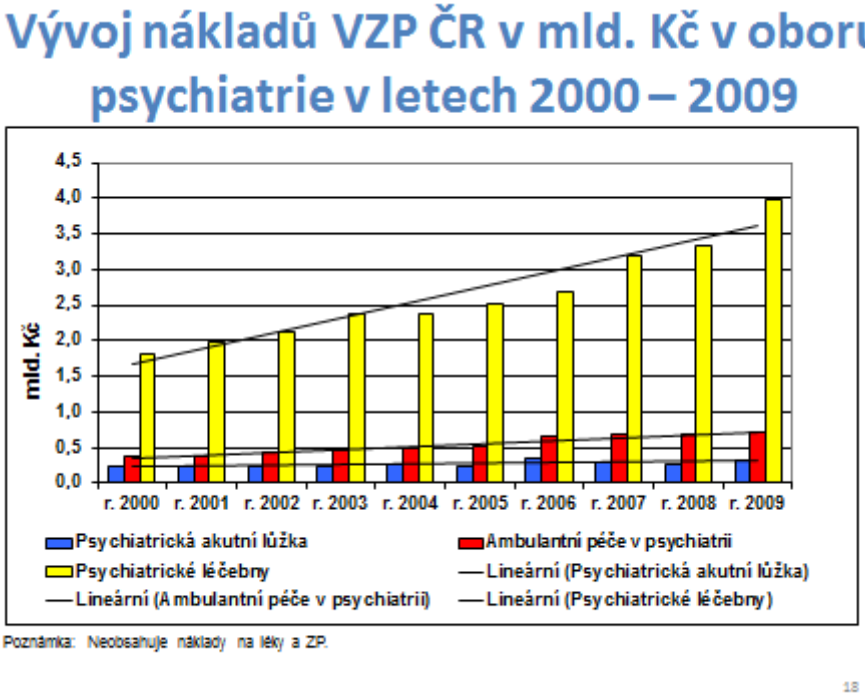
Graf č. 5 obsahuje souhrn výsledků studií z různých zemí, který byl publikován v roce 2012, WHO. Pozice ČR na konci žebříčku stojí za zamyšlení, protože ukazuje na nedostatečné financování péče o duševní zdraví v České republice.



Graf č. 6: Podíl výdajů na duševní zdraví na celkových výdajích na zdravotnictví (Horák 2010)



Graf č. 7 Vývoj nákladů VZP ČR v oboru psychiatrie v letech 2000-2009 (v korunách českých, Horák 2010)



Poznámka: Neobsahuje náklady na léky a ZP.

18

Dlouhý (2004) odhadl, že výdaje na duševní zdraví činily 5,6 mld. Kč v roce 2001, což by představovalo 3,54 % výdajů na zdravotnictví a 0,26 % hrubého domácího produktu. Odhadovaná struktura výdajů na duševní zdraví z výše uvedené studie (Dlouhý, 2004) byla následující: psychiatrické léčebny 35,6 %, léky na předpis 33,2 %, ambulantní péče odborných lékařů 17,4 %, ústavní péče v nemocnicích 9,6 %, ostatní typy péče činily zbývajících 5 %. Jednou věcí je odhad podílů výdajů na duševní zdraví v jednotlivých segmentech zdravotní péče, druhou věcí je jak tyto poměry změnit, aby byla umožněna reforma péče o duševní zdraví. Složité vyjednávání, silné role zájmových skupin a poměrně jasná segmentace typů zdravotní péče zřejmě konzervují současný stav a brání tak reformám, které vyžadují změny v alokaci finančních prostředků. Pěč (2003), který se též odhady výdajů na duševní zdraví zabýval, použil jiný postup a dospěl k odhadu, že výdaje na duševní zdraví činí 3,6 % výdajů na zdravotnictví za rok 2001.

Psychofarmakoterapie a výdaje na léky

V roce 1995 činila spotřeba všech léků ve finančním vyjádření v ČR 24,68 mld. Kč, z toho bylo vynaloženo na léky používané v psychiatrii 1,06 mld. Kč, tj. 4,1 %. V roce 2008 činila spotřeba všech léků v ČR již 72,75 mld. Kč a z toho bylo na léky používané v psychiatrii vynaloženo celkem 4,36 mld. Kč, tj. 5,7 %. Podrobnosti o struktuře spotřeby jednotlivých skupin léků používaných v psychiatrii ve finančním vyjádření viz Graf č. 9.

V roce 1995 činila spotřeba všech léků v DDD/1000 obyvatel/den v ČR 907,45, z toho spotřeba léků používaných v psychiatrii činila 50,64 DDD/1000 obyvatel/den, tj. 5,8 %. V roce 2008 činila spotřeba všech léků v DDD/1000 obyvatel/den v ČR 1.375,10, z toho spotřeba léků používaných v psychiatrii činila 81,12 DDD/1000 obyvatel/den, tj. 5,6 %.

Podrobnosti o struktuře spotřeby jednotlivých skupin léků používaných v psychiatrii v DDD/1000 obyvatel/den viz Graf. č. 10.

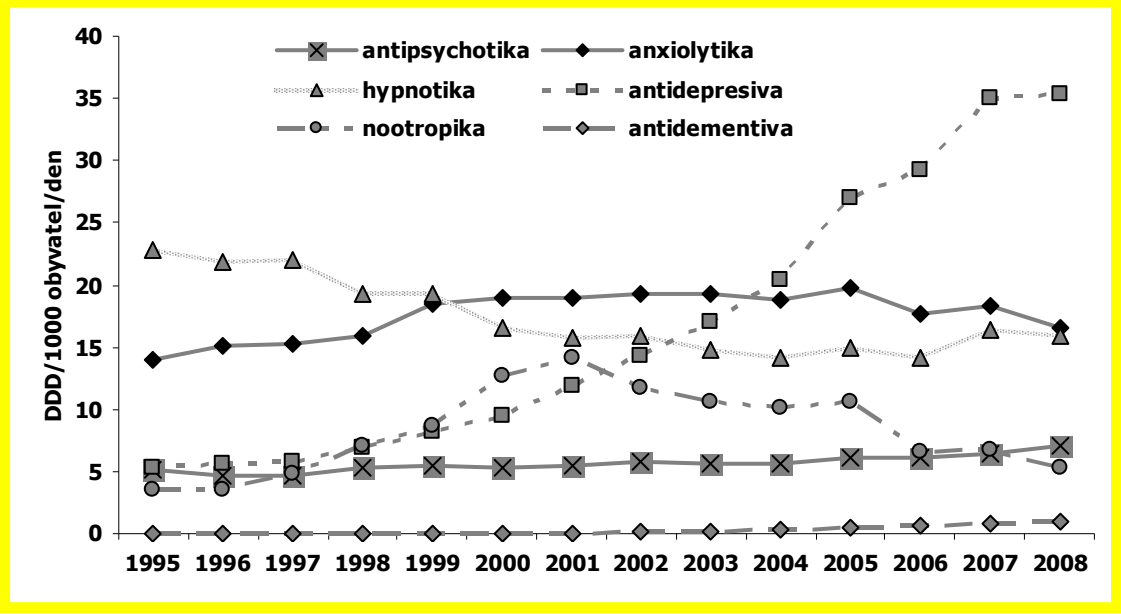
Zatímco spotřeba antipsychotik v období let 1995-2008 jen mírně vzrostla v DDD/1000 obyvatel/den z 5,06 na 7,01, tj. o 38,4 %, spotřeba antidepresiv vzrostla velmi výrazně z 5,35 na 35,40, tj. o 561,4 %. Výrazně vzrostla též spotřeba nootropik (o 53,2 %), i když ještě v roce 2005 činil tento nárůst 203 % a výrazně poklesl až díky regulačním opatřením roku 2006. Na druhou stranu poklesla spotřeba hypnotik z 22,8 na 15,93, tj. o 30,1 %.

Velmi zajímavý byl vývoj průměrné ceny jedné DDD. V případě antipsychotik došlo ke zvýšení průměrné ceny jedné DDD z 9,96 Kč na 55,30 Kč, tj. 455,1 %, především díky rostoucímu zastoupení atypických antipsychotik, která jsou obecně dražší ve srovnání s klasickými neuroleptiky. Za výrazným poklesem průměrné ceny jedné DDD antidepresiv (o 35,4 %) stojí zejména vstup velkého množství generických variant jednotlivých originálních molekul antidepresiv spojený s výraznou konkurencí uvnitř jednotlivých skupin léčiv.

Velmi razantní regulace objemu lékové péče poskytnuté jednotlivými lékaři, která byla zavedena v roce 2006, vedla k poměrně významnému poklesu spotřeby celých skupin léků používaných v psychiatrii. V roce 2006 výrazně poklesla spotřeba především anxiolytik, hypnotik a nootropních léčiv. Zpomalil se též předchozí poměrně dynamický růst spotřeby antipsychotik a zejména antidepresiv. Vývoj v jednotlivých skupinách léků používaných v psychiatrii je pro období let 1995-2008 dokumentován v Grafu č. 8.

Graf č. 8

Vývoj spotřeby léků používaných v psychiatrii v období let 1995-2008 v České republice ve hmotných jednotkách (DDD/1000 obyvatel/den)



Zdroj: SÚKL, Infopharm

Vývoj průměrné ceny jedné dávky (DDD) léků používaných v psychiatrii ve výše uvedeném období je dokumentován v Grafu č. 11. Z těchto údajů vyplývá, že lékaři v roce 2006 začali „šetřit“ a výrazně omezili preskripci řady skupin léků (nejen psychiatrických) a především volili levnější varianty farmakoterapie.

Jakkoli může zejména osobám zodpovědným za regulace v oblasti léků nebo pracovníkům zdravotních pojišťoven připadat spotřeba léků používaných v psychiatrii v ČR vysoká a vývoj její dynamiky v některých skupinách možná až hrozivý, je nepopiratelným faktem, že ve spotřebě těchto léčiv zaostáváme za vyspělými zeměmi.

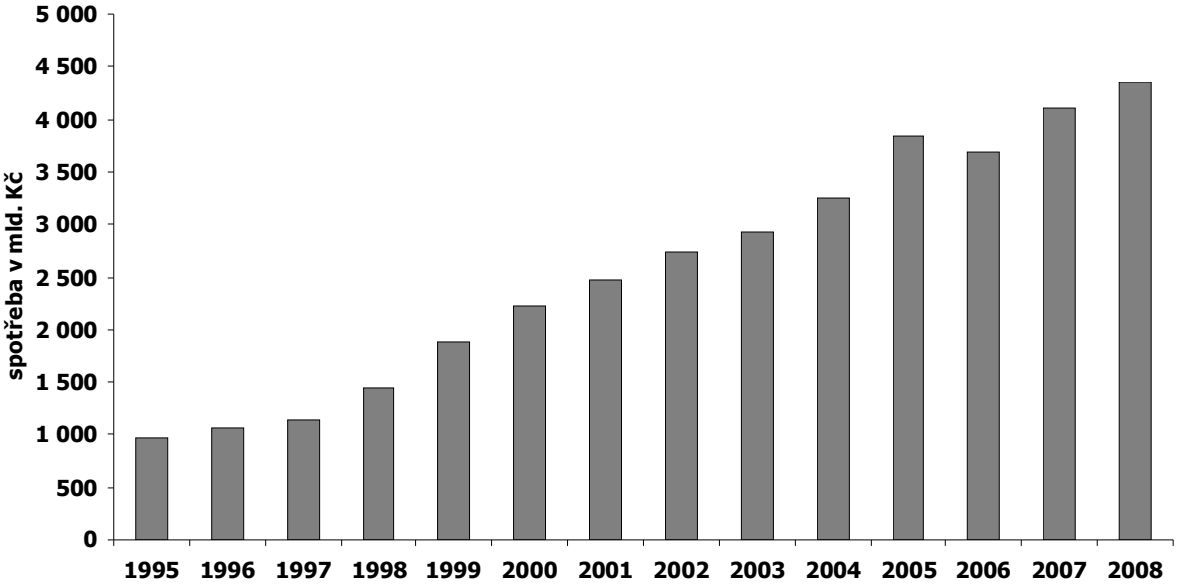
Celková spotřeba výše uvedených léků v roce 2008 činila v ČR 81,12 DDD/1000 obyvatel/den. Velmi mírně nižší spotřeba byla ze srovnávaných zemí pouze v Polsku (73,87 DDD/1000 obyvatel/den) a ve Slovensku (78,25 DDD/1000 obyvatel/den). Ve všech ostatních zemích byla vyšší, nejvíce ve skandinávských zemích: Finsko (173,26 DDD/1000 obyvatel/den), Švédsko (147,34 DDD/1000 obyvatel/den), Norsko (143,31 DDD/1000 obyvatel/den) a Dánsko (130,96 DDD/1000 obyvatel/den). Ve s ČR relativně dobře srovnatelném Rakousku činila spotřeba těchto léků v roce 2008 122,71 DDD/1000 obyvatel/den. U některých léčiv, např. nootropik, se zdá, že platí úměra, že čím je ekonomická výkonnost země nižší, tím vyšší je spotřeba nootropik, a to patrně proto, že je tato terapie málo nákladná a terapie i vyššího počtu pacientů nemá zásadnější vliv na veřejné rozpočty. Na druhou stranu se zdá, že pro ekonomicky nákladná léčiva (např. inhibitory acetylcholinesterázy nebo novější psychostimulancia či atypická antipsychotika) platí pravý opak.

Celkové výdaje (tj. výdaje zdravotních pojišťoven, výdaje pacientů v platbách za léky nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, např. hypnotika a doplatky pacientů na léky předepsané na lékařské předpisy) se v období let 1995 až 2008 zvýšily o 351 %, tj. meziročně průměrně o přibližně 25 %.

Vývoj spotřeby ve hmotných jednotkách přitom ve výše uvedeném období rostl s výrazně nižší dynamikou, za celé období o přibližně 60 % a meziročně o přibližně 4,3 %. Přitom výrazné regulační zásahy v roce 2006 (objem předepsaných léčiv) a 2008 (ceny a úhrady léčiv) výši spotřeby vždy meziročně snížily.

Graf č. 9

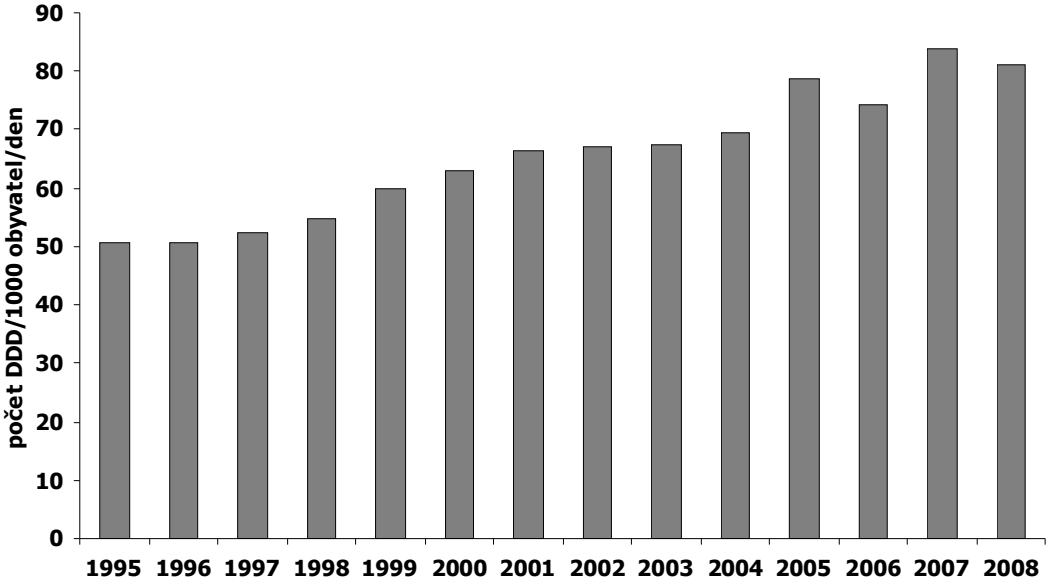
Vývoj spotřeby léčiv používaných v psychiatrii v období let 1995-2008 v ČR ve finančním vyjádření (v mld. Kč)



Zdroj: viz úvod a Infopharm

Graf č. 10

Vývoj spotřeby léčiv používaných v psychiatrii v období let 1995-2008 v ČR ve hmotných jednotkách (DDD/1000 obyvatel/den)

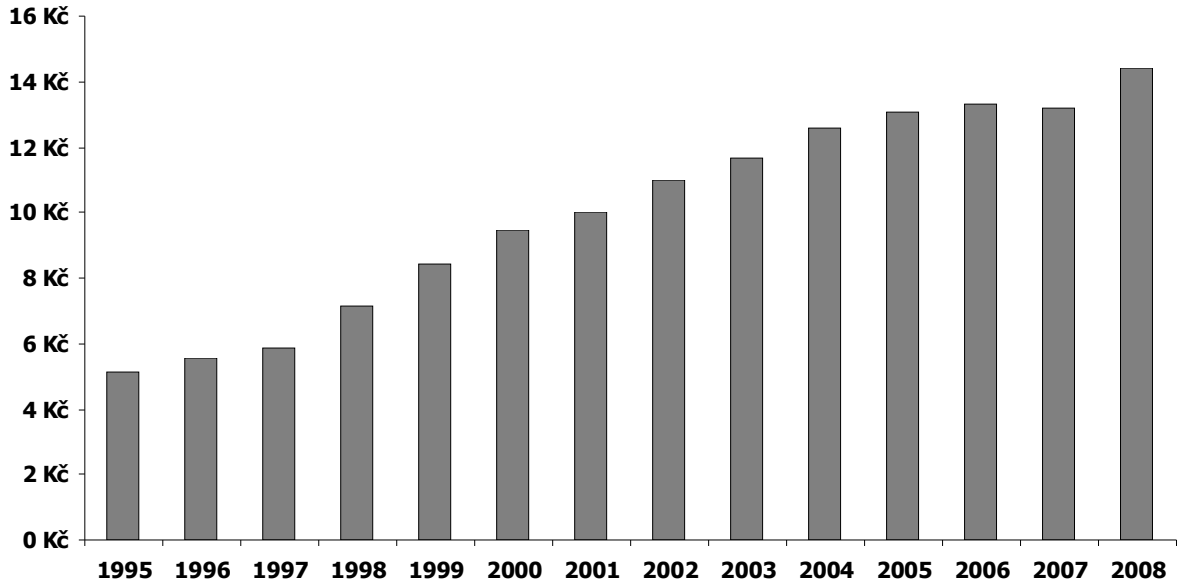


Zdroj: viz úvod a Infopharm

Do budoucna si lze jen přát, aby se spotřeba léků používaných v psychiatrii vyvíjela racionálně, aby klesal podíl spotřeby již zastaralých léků, jejichž podávání může vést relativně často k nežádoucím účinkům a jejichž klinický účinek není dostatečný, a aby naopak rostla spotřeba léků, které jsou ve srovnání s nimi bezpečnější a účinnější. Stejně tak je významné, především v souvislosti se systémem úhrad léků z prostředků veřejného zdravotního pojištění, aby byly lépe formulovány úhrady (jejich výše a případně též texty indikačních omezení) u léků, které nezpochybnitelně přináší pacientům prospěch, které umožňuji pacientům žít normální život včetně návratu do pracovního procesu. U léků, které tyto vlastnosti nemají, by jistě bylo možné již v nejbližší budoucnosti jejich úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění snižovat. Je třeba trvat na tom, aby na trh nově uváděné léky byly podrobeny skutečně objektivnímu prověření jejich účinnosti, bezpečnosti a celkového klinického významu, a to, mimo jiné, z pohledu farmakoekonomického hodnocení.

Graf č. 11

Vývoj průměrné ceny jedné dávky (DDD) léků používaných v psychiatrii v období let 1995-2008 v České republice (v Kč)



Zdroj: SÚKL, Infopharm

Výdaje na duševní zdraví se netýkají jen zdravotnictví, ale i dalších sektorů. Zde se podíváme na výdaje ze dvou dalších veřejných fondů: důchodového a nemocenského pojištění. Při tvorbě odhadu jsme u nemocenského pojištění vycházeli z podílu dnů pracovní neschopnosti z důvodu duševního onemocnění (v MKN-10 dg. skupina F00-F99), u důchodového pojištění jsme vycházeli z podílu nově přiznaných invalidních důchodů s dg. F00-F99. Při využití těchto zjednodušených způsobů výpočtů se v roce 2003 dostáváme k celkovým výdajům na duševní zdraví, které z těchto tří zdrojů financování tvořily 28,2 mld. Kč (tabulka č. 1), což činilo 1,11 % HDP. Z výše uvedeného vyplývá, že zdravotnictví nemusí být z celospolečenského hlediska až tak

důležitou položkou, orientační odhad ukazuje, že výdaje na duševní zdraví ve zdravotnictví tvoří necelou pětinu výdajů. Tento podíl by byl ještě nižší, pokud bychom do celkových výdajů počítali další výdaje na duševní zdraví spojené s kriminalitou, bydlením a dalšími sociálními službami.

Financování

Zdravotní péče o duševně nemocné je financována stejně jako ostatní typy péče ze společného rozpočtu. V některých zemích je zdravotní péče o duševně nemocné oddělena od ostatních typů péče a je financována ze zvláštních rozpočtů. Informace o výdajích na zdravotnictví podle zdroje financování pro jednotlivé skupiny onemocnění nejsou k dispozici, lze se tedy pouze domnívat, že zdroje financování u duševních onemocnění se nemusí příliš lišit od zdravotnictví jako celku. Dlouhodobě se soukromé výdaje pohybují pod 10 % z celkových výdajů na zdravotnictví, což je ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi relativně nízký podíl.

Tabulka č. 1 Odhad výdajů na duševní zdraví v roce 2003

Zdroj financování	**Odhad výdajů na**	**Podíl (%)**
nemocenské pojištění	0,830	2,94
důchodové pojištění	22,135	78,51
zdravotní pojištění	5,229	18,55
Celkem	28,194	100,00

Kromě zdravotnických služeb využívají duševně nemocní dalších sociálních služeb a jsou příjemci různých sociálních dávek. Tato fragmentace zdravotnických a sociálních služeb a finančních zdrojů může být zdrojem komplikací právě pro duševně nemocné, kteří nejsou vždy schopni se v (ne)systému orientovat. Financování těchto služeb není nijak centrálně sledováno, takže nemáme dobré informace o tom, jaké služby se poskytují, z jakých zdrojů jsou tyto různé služby financovány a kdo jsou příjemci těchto služeb.

Úhrada zdravotní péče psychiatrů a psychologů je stejná jako u ostatních odborných ambulantních lékařů: platba za výkon, která je však regulována tak, že jde v podstatě o rozpočet. Nemocnice a psychiatrické léčebny jsou v podstatě financovány formou historicky vzniklých rozpočtů s určitým ročním procentním nárůstem, i když je třeba každý rok tento rozpočet „vyúčtovat“ trochu jiným způsobem (lůžkodny, výkony, rodné číslo). Je třeba rozlišovat mezi výši úhrady a skutečnými náklady, což se projeví jinak u všeobecné nemocnice s psychiatrickým oddělením (možnost vzájemného přerozdělení mezi obory) a jinak u psychiatrické léčebny, kde přerozdělení mezi obory není možné. Praktičtí lékaři jsou placeni kombinací kapitační a výkonové platby. Léky na předpis jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění s určitou spoluúčastí pacienta, která se odvíjí od referenčních cen. V každé terapeutické kategorii by měl být k dispozici plně hrazený lék.

Shrnutí

- Údaje o výdajích na duševní zdraví a jejich struktuře nejsou v ČR rutinně přístupné.
- Porovnání výdajů na duševní zdraví ukazuje na nedostatečné financování péče o duševní zdraví v České republice.
- Zatímco informace o resortu zdravotnictví máme z ÚZIS ČR a zdravotních pojišťoven, o výdajích na tzv. komunitní péči hrazenou z krajských, obecních, nadačních či soukromých prostředků nemáme žádnou veřejnou ucelenou informaci.
- Odhady ukazují, že zdravotnictví nemusí být až tak důležitou položkou, orientační odhad ukazuje, že výdaje na duševní zdraví ve zdravotnictví tvoří necelou pětinu výdajů na duševní zdraví ze systémů sociálního pojištění v ČR.
- Existující pravidla financování zřejmě konzervují současný stav a brání tak reformám, které vyžadují změny v alokaci finančních prostředků.
- Úhrada zdravotní péče o duševní zdraví se neliší od ostatních typů zdravotní péče. Provázání zdravotnických služeb se sociálními službami je nedostačující a omezující rozvoj moderní péče o duševně nemocné.

Dle anglických expertů by spravedlivé financování psychiatrické péče, tedy přibližně zdvojnásobení ročních výdajů spolu s transformací její struktury vedlo k zásadnímu navýšení kvality poskytované péče (viz Killaspy et al. 2012, Taylor 2012). Tento názor vyplývá z celoevropských studií (blíže viz kapitola "Hodnocení kvality péče o nemocné pomocí dotazníku QUIRC"), které získaly data z 10 členských zemí.

Závislá proměnná		Průměr evropského vzorku	Český průměr	% zdravotního rozpočtu nutné pro klinicky významnou změnu
Položky dotazníku QUIRC	Lidská práva	56.9	55.1	3.74
	Životní prostředí	60.6	52.4	7.41
	Praxe zaměřená na úzdravu	52.7	52.5	3.10
	Soběstačnost a autonomie	56.2	49.3	5.03
	Sociální začlenění	48.4	48.6	n/a
	Terapeutické prostředí	52.1	51.2	3.66
	Léčebné intervence	50.7	49.3	4.34
Hodnocení péče pacientem	Autonomie	60.2	59.7	3.28
	Zkušenosti s léčbou	17.5	18	n/a
	Životní spokojenost	4.6	4.9	n/a

Literatura:

- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Politika péče o duševní zdraví v České republice – Zpráva o současném stavu. Praha, 2004
- Dlouhý, M. Mental Health Care System and Mental Health Expenditures in the Czech Republic, Journal of Mental Health Policy and Economics, 7 (4), 159–165., 2004
- Dlouhý, M. Mental Health Care Systems in Central and Eastern Europe, 2013, in press
- European Commission. Green Paper – Improving mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brusel, 2005.
- Investing in Mental Health. WHO, Ženeva, 2003.
- Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Kallert T, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisova L, Onchev G, Alexiev S, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida JM, Cardoso G, King M. Quality of Longer Term Mental Health Facilities in Europe: Validation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care against Service Users' Views PLoS One. 2012;7(6):e38070
- Pěč, O. Náklady péči o duševně nemocné v roce 2001. In: Transformace oboru psychiatrie, Amepra, 2003.
- Raboch J. Anders M. Hellerová P. Uhlíková P. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III. Tribun EU, Brno 2010, s. 282.
- Raboch, J.: Psychiatry in the Czech Republic. International Psychiatry, 3, 2006, 2, s. 15 – 17.
- Raboch, J.: Postavení psychiatrie mezi ostatními obory. In: Transformace oboru psychiatrie. Academia Medica Pragensis, Praha 2003, s. 16 – 27
- Škoda, C. a kol. Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR: Ekonomické aspekty. Psychiatrické centrum, Praha, 1998.
- Taylor T. A pan-European evaluation of the association between financial investment, deinstitutionalisation and quality of longer term mental health care. WPA Prague 2012.

4 Lůžková psychiatrická péče

MUDr. Irena Zrzavecká

Celkový počet obyvatel v České republice k 31. 12. 2011 byl **10 505 445**. Podle Koncepce oboru psychiatrie je na 100 000 tisíc obyvatel potřeba 100 lůžek v poměru 30 % akutních a 70 % následných. V absolutních číslech jde tedy celkem o 10 500 lůžek, z toho 3 150 akutních a 7 350 následných. Do celkového počtu lůžek jsou započítána i lůžka gerontopsychiatrická (doporučený počet 20 na 100 000 obyvatel), adiktologická (27 na 100 000 obyvatel) a pedopsychiatrická (6 na 100 000 obyvatel).

1) ***akutní lůžková péče pro dospělé***

Akutní lůžková psychiatrická péče je taková péče, která je poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které o tuto péči požádají, nebo psychiatrickou péči odmítají, ale v důsledku duševní poruchy ohrožují sebe nebo své okolí.

Poskytovatelé akutní lůžkové péče

- musí být schopni ***nepřetržitě*** (během 24 hodin) ***přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatologií z celého diagnostického spektra*** oboru psychiatrie, možnost ***provést potřebná vyšetření*** (včetně komplementu, zobrazovacích a somatických vyšetření), ***diagnostikovat*** **a** ***adekvátně léčit****;*
- musí mít zajištěnu – ***nepřetržitě dostupnou laboratoř*** a ***denní dostupnost konsiliárních služeb*** jiných oborů (neurolog, internista) a ***zobrazovacích metod;***
- předpokladem je ***odpovídající personální, věcné a technické vybavení*** (dostatek personálu, možnost použití omezovacích prostředků, *EKT*).

Doba hospitalizace na akutním lůžku je na dobu nutnou k provedení potřebných vyšetření, diagnostiky a nastavení odpovídající léčby.

Další potřebná péče následuje v dalších segmentech psychiatrické péče (ambulantní složka, intermediární / komunitní péče, následná lůžková péče, specializovaná péče).

2) ***následná lůžková péče pro dospělé***

Je určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces a nastavena terapie. ***Přítomné projevy psychopatologie*** přitom ***neumožňují propuštění*** do domácího ošetřování s podporou komunitních služeb nebo zařízení sociální péče.

Předpokladem pro poskytování následné péče je odpovídající personální, věcné a technické vybavení.

Doba hospitalizace po dobu, dokud nedojde k takové stabilizaci stavu, že pacient bude schopen další péče (specializovaná péče, intermediární/komunitní péče, ambulantní péče, péče sociálních služeb).

3) ***specializovaná lůžková péče pro dospělé***
Lůžková péče ***specializovaná na určitou diagnózu, věk či způsob léčby*** (např. léčba poruch příjmu potravy, léčba závislostí, léčba gerontopsychiatrických pacientů, psychoterapeuticky zaměřená léčba apod.) Lůžka přitom mohou být jak akutní (např. gerontopsychiatrické oddělení), tak následná. Předpokladem je adekvátní personální, věcné a technické vybavení.

4.1 Závěry

Stav lůžkové péče je v jednotlivých krajích velmi rozdílný jak kvantitativně, tak kvalitativně. Akutní lůžka jsou oficiálně (podle smluv s pojišťovnami) pouze na psychiatrických odděleních nemocnic a v léčebnách jsou pouze lůžka následná. I přesto, že léčebny zajišťují 86 % akutní lůžkové péče, je pro ně dlouhodobě finančně výhodnější mít nasmlouvánu péči následnou.

Rozmístění psychiatrických lůžek se v jednotlivých krajích velmi liší. V některém kraji se psychiatrická lůžka nacházejí pouze v jedné nemocnici (např. Liberecký, Karlovarský), jinde jsou v kraji dvě léčebny (Vysočina). V tabulkách u jednotlivých krajů je viditelný aktuální „spád“ pacientů z jednotlivých okresů do zařízení lůžkové psychiatrické péče. Tento „spád“ nerespektuje hranice kraje, ale spíše historickou rajonizaci a částečně také nejbližší dostupnost. Dalším extrémem je Praha, kde psychiatrickou péči konzumuje kromě obyvatel Prahy i velká část obyvatel Středočeského kraje, ale i významná komunita bezdomovců a cizinců.

Rozdíly kvalitativní neznamenají rozdíl v kvalitě poskytované péče, ale v tom, zda určité zařízení s nasmlouvanou akutní péčí, je schopno zabezpečit akutní péči v pravém slova smyslu (tedy nepřetržitě přijmout jakéhokoliv psychiatrického pacienta). V současné době se tato neschopnost týká více než poloviny psychiatrických oddělení v nemocnicích. Jako ukazatelé mohou sloužit nejen počet lůžek, průměrná ošetřovací doba či diagnostická skladba pacientů, ale hlavně personální, věcné a technické vybavení. Problém je i u léčeben, které mají nasmlouvánu péči následnou a tomu odpovídající personální, věcné a technické vybavení, přesto poskytují péči akutní a zdaleka ne všechny mají nepřetržitě dostupný komplement a denně konziliární dostupnost vybraných somatických oborů. Lůžka následná se často nacházejí ve velké dojezdové vzdálenosti. Jsme si vědomi, že k přesnému a objektivnímu označení toho, jakou péči to které zařízení ve skutečnosti vykonává, nestačí pouhá čísla (která často úmyslně zkresluje samo pracoviště), ale přínosnější by byla možnost návštěvy zařízení a získání potřebných informací přímo na místě.

Velký rozdíl v jednotlivých krajích je i co do počtu a potřeby lůžek gerontopsychiatrických a adiktologických. Většina se jich nachází pouze v léčebnách.

4.2 Doporučení

- Transformace lůžkové péče nesmí snížit kvalitu a dostupnost péče pro pacienty.

- Podle Koncepce oboru psychiatrie je na 100 000 tisíc obyvatel potřeba 100 lůžek v poměru 30 % akutních a 70 % následných (včetně lůžek gerontopsychiatrických, adiktologických a pedopsychiatrických).

- Dostupnost lůžkové péče znamená dojezdovou vzdálenost v ideálním případě 60 min pro akutní lůžka a 90 min pro následná lůžka.

- Psychiatrická péče by měla mít regionální charakter, kdy v regionu by se měla nalézat jak dostupná lůžková péče, tak návaznost na péči ambulantní, intermediární a komunitní.

- Akutní lůžka by měla splňovat v úvodu uvedené podmínky akutní péče (tzn. musí být schopni nepřetržitě (během 24 hodin) přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatologií z celého diagnostického spektra oboru psychiatrie, možnost provést potřebná vyšetření (včetně komplementu, zobrazovacích a somatických vyšetření), diagnostikovat a adekvátně léčit. Musí mít zajištěnu – nepřetržitě dostupnou laboratoř a denní dostupnost konziliárních služeb jiných oborů (neurolog, internista) a zobrazovacích metod. Musí být schopni vykonávat intenzívní psychiatrickou péči. Předpokladem je odpovídající personální, věcné a technické vybavení - dostatek personálu, možnost použití omezovacích prostředků, EKT).

Mohou být jak v nemocnicích, tak léčebnách.

- Stanovení průměrné ošetřovací doby na akutních lůžkách by mělo vycházet nejlépe z aktuálního systému úhrad péče, tedy DRG (různá podle diagnózy).

- Zařízení, která nedosáhnou na podmínky akutní péče, se mohou změnit na lůžka specializovaná, případně intermediární péči (DS) a lůžka následná

- Specializovaná lůžka mohou být akutní (plnit podmínky akutní péče ve své „specializaci“ – např. akutní gerontopsychiatrická lůžka musí být schopna 24 hodin přijmout gerontopsychiatrické pacienty, mít zázemí komplementu a somatických oborů…).

- Specializovaná lůžka mohou být následná, pokud nenaplňují podmínky akutní péče a příjem pacienta není neodkladný, mohou být přístupná i na objednání (např. PPP, PST léčba různých diagnóz.)

- Následná lůžka v léčebnách musí splňovat podmínky uvedené v úvodu a je nutné zajistit plynulý překlad z lůžek akutních na lůžka následná.

- Při řešení psychiatrické lůžkové péče v jednotlivých regionech (krajích) je potřeba, aby se nejprve stávající lůžková zařízení rozhodla, zda a jakou lůžkovou péči budou schopna vykonávat, případně se transformovat na zařízení intermediární či komunitní péče.

- Zcela nedořešena stále zůstává otázka sociálních lůžek (ústavy sociální péče, domovy důchodců s psychiatrickým dohledem apod.) pro pacienty s chronickou závažnou duševní poruchou, u nichž pomine potřeba lůžkové zdravotní péče, ale nejsou schopni samostatně fungovat v běžném životě, tedy ani v chráněném bydlení.

5 Průchodnost systémem lůžkové psychiatrické péče

MUDr. Irena Zrzavecká

Při zjišťování průchodnosti systémem lůžkové psychiatrické péče pro dospělé (tedy zjištěním jakým způsobem se dostane pacient do zařízení lůžkové péče a kam je předán po ukončení hospitalizace) jsme vycházeli z předpokládaného ideálního modelu:

- Při objevení se psychických obtíží (jak poprvé vzniklé psychické obtíže, tak opakované u již léčícího se pacienta) se pacient obrací na složku ambulantní péče (nejlépe ambulantní psychiatr, případně krizové centrum, linka důvěry, ale možný je i praktický lékař). Zde je stanoven další postup a doporučení (ambulantní léčba, hospitalizace, komunitní péče apod.).
- Hospitalizace akutního pacienta by měla trvat nezbytně nutnou dobu (provedení potřebných vyšetření, diagnostika a nastavení medikace) a dále by měl být pacient na doléčení předán dle stavu do ambulantní péče, komunitní péče či následné péče.

Metodika: Bylo vybráno 7 lůžkových psychiatrických zařízení, která poskytují akutní lůžkovou péči pro dospělé pacienty a byly zde sledovány určené parametry za 1. pololetí roku 2011

Pro **vstup do lůžkového psychiatrického zařízení** byly vybrány následující možnosti:

1. ***bez doporučení*** – pacient se dostaví sám (ev. přiveden rodinou, známým apod.), nemá doporučení k hospitalizaci

2. ***s doporučením*** – pacient se dostaví sám (ev. přiveden rodinou, známým apod.) a má doporučení k hospitalizaci od ambulantního psychiatra

3. ***s doporučením somat. lékaře*** - pacient se dostaví sám (ev. přiveden rodinou, známým apod.) a má doporučení k hospitalizaci od somatického lékaře (nejčastěji praktický lékař, neurolog)

4. ***pacient přivezen RZS***

5. ***pacient přeložen z jiného lůžkového psychiatrického zařízení***

6. ***pacient přeložen ze somatického lůžkového zařízení***

Při **propuštění pacienta z lůžkové péče** byly vybrány následující možnosti:

1. ***žádná další péče*** – nebude realizována další péče (např. pacient nepotřebuje nebo odmítá, bezdomovec, cizinec)

2. pacient ***propuštěn do ambulantní péče*** (nejčastěji psychiatrické, možné i k PL)

3. pacient ***pokračuje péči v denním stacionáři***

4. pacient ***přeložen do jiného psychiatrického lůžkového zařízení***

5. pacient ***přeložen na somatické lůžkové oddělení***

6. pacient ***přeložen na oddělení léčby závislostí***

5.1 Vybraná pracoviště a jejich charakteristika

Do sledování byla vybrána zařízení odlišná svým charakterem (léčebny, oddělení nemocnic, kliniky) z různých regionů s různým pokrytím psychiatrickou péčí, a to nejen lůžkovou.

1. **Psychiatrická klinika VFN v Praze**
- kraj Praha, počet obyvatel 1 241 666, další zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči pro dospělé: PL Bohnice (akutní i následná), PCP a ÚVN (obě akutní)
– 129 lůžek, pouze akutní péče, průměrná ošetřovací doba 22 dní, 75 % jsou pacienti z Prahy, 8 % ze Středočeského kraje

2. **Psychiatrická léčebna Bohnice**
- kraj Praha, počet obyvatel 1 241 666, další zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči pro dospělé PK VFN, PCP a ÚVN (všechny pouze akutní péče)
- 1291 lůžek, péče akutní i následná, průměrná ošetřovací doba 65 dní, 65 % pacienti z Prahy, 19 % ze Středočeského kraje

3. **Psychiatrické oddělení v nemocnici České Budějovice**
- kraj Jihočeský, počet obyvatel 636 138, další zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči pro dospělé PL Lnáře, PL U Honzíčka Písek (obě akutní i následná) a PO nemocnice Tábor (akutní péče)
- 42 lůžek, pouze akutní péče, průměrná ošetřovací doba 20 dní, pacienti z 94 % z Jihočeského kraje

4. **Psychiatrická léčebna Šternberk**
- Olomoucký kraj, počet obyvatel 638 638, další zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči pro dospělé je PK Olomouc a Vojenská nemocnice Olomouc (obě akutní péče)
– 520 lůžek, péče akutní i následná, průměrná ošetřovací doba 86 dní, pacienti jsou ze 76 % z Olomouckého kraje, 8 % z Moravskoslezského a 5 % z Pardubického kraje

5. **Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Olomouc**
- Olomoucký kraj, počet obyvatel 638 638, další zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči pro dospělé je PL Šternberk (akutní i následná) a Vojenská nemocnice Olomouc (akutní péče)
– 64 lůžek, pouze akutní péče, průměrná ošetřovací doba 18 dní, pacienti jsou ze 77 % z Olomouckého kraje, 8 % Zlínský a 6 % Moravskoslezský kraj

6. **Psychiatrická léčebna Kroměříž**
- Zlínský kraj, počet obyvatel 589 030, další zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči pro dospělé – nejsou

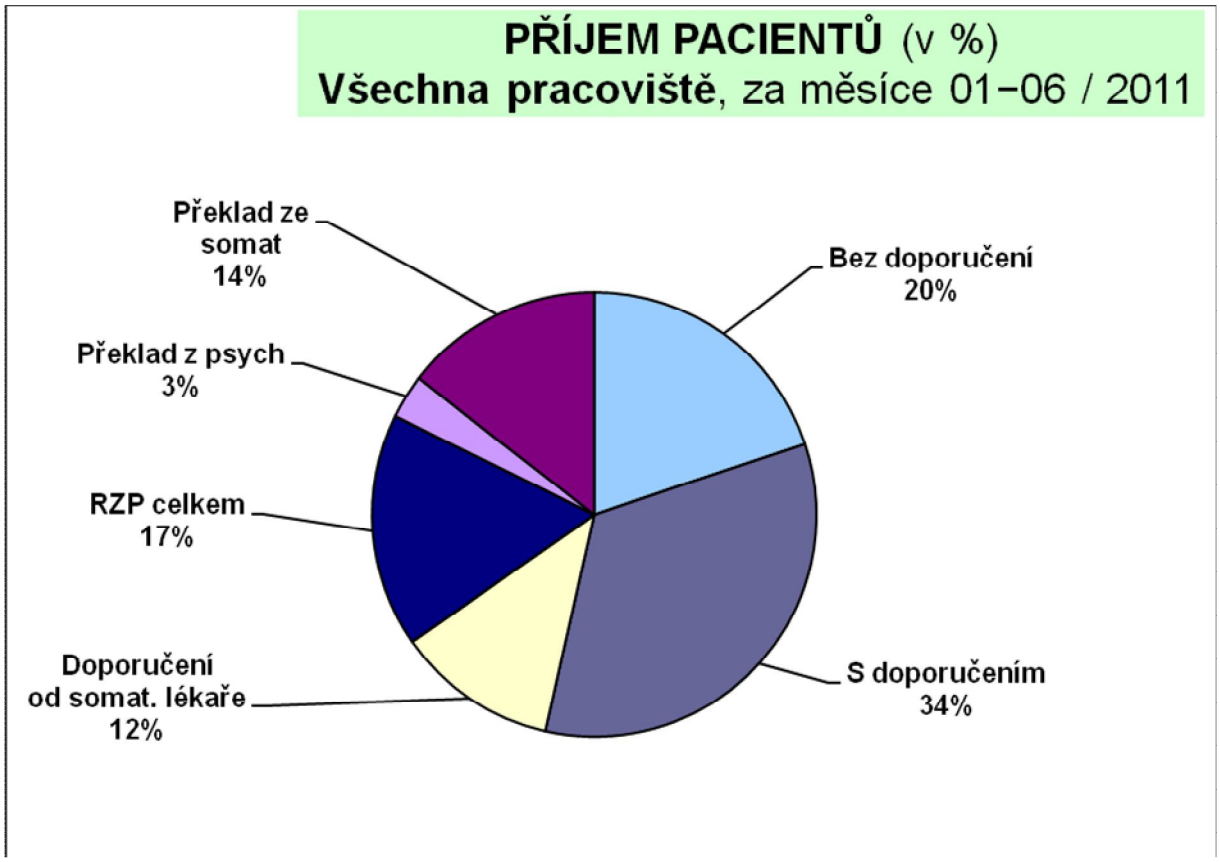
– 1050 lůžek, péče akutní i následná, průměrná ošetřovací doba je 79 dní, pacienti jsou z 55 % ze Zlínského kraje, 19 % z Olomouckého a 19 % z Jihomoravského kraje.

7. **Psychiatrické oddělení nemocnice v Ostrově nad Ohří**
- Karlovarský kraj, počet obyvatel 303 165, další zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči pro dospělé - nejsou
– 40 lůžek, pouze akutní péče, pacienti jsou z Karlovarského kraje

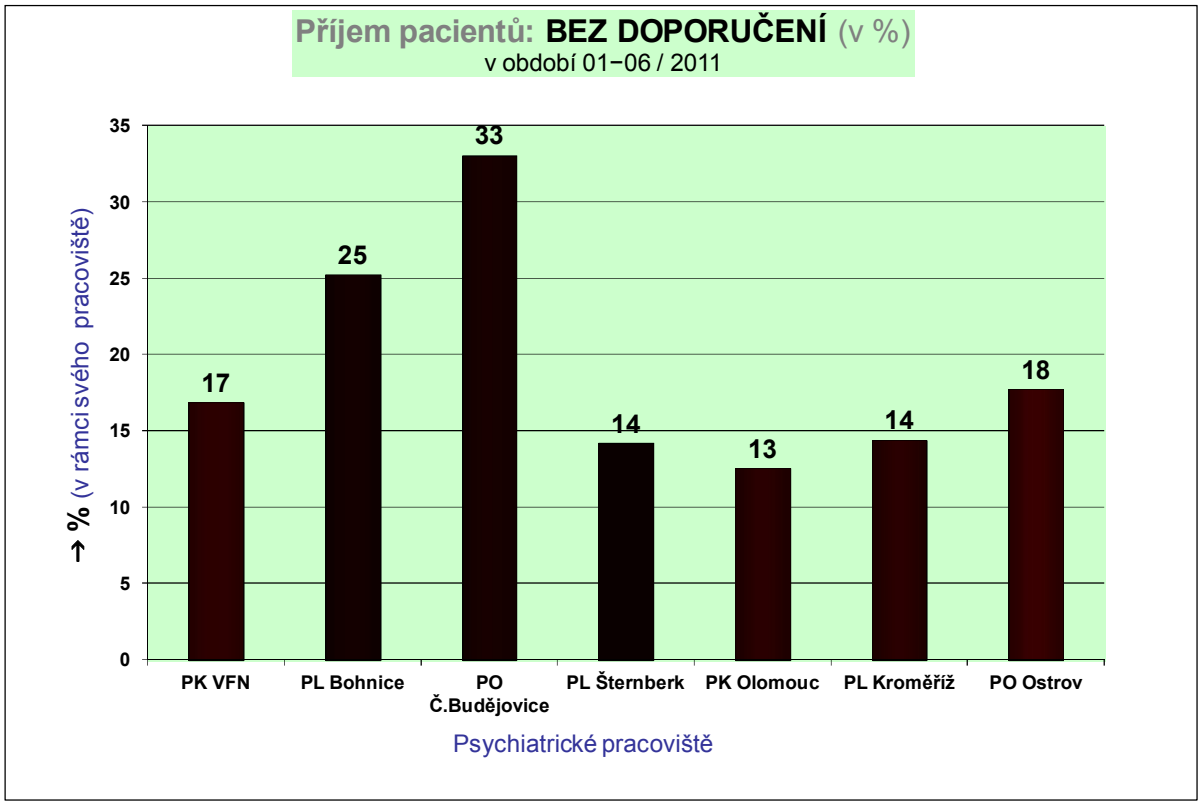
5.2 Výsledky - příjem pacientů

Období 01–06 / 2011	**Příjem pacientů** (absolutně, počet)						
Psychiatrické pracoviště	***bez doporučení***	***s doporučením***	***dopor somat***	***RZP celkem***	***překlad z psych***	***překlad ze somat***	***Přijato celkem***
PK VFN	**128**	**262**	**66**	**220**	**16**	**68**	**760**
PL Bohnice	**784**	**833**	**196**	**667**	**130**	**498**	**3 108**
PO Č.Budějovice	**312**	**161**	**175**	**200**	**77**	**19**	**944**
PL Šternberk	**179**	**522**	**83**	**186**	**9**	**282**	**1 261**
PK Olomouc	**85**	**414**	**11**	**103**	**15**	**49**	**677**
PL Kroměříž	**367**	**942**	**595**	**146**	**46**	**454**	**2 550**
PO Ostrov	**87**	**167**	**24**	**145**	**19**	**49**	**491**
Všechna pracoviště	**1 942**	**3 301**	**1 150**	**1 667**	**312**	**1 419**	**9 791**

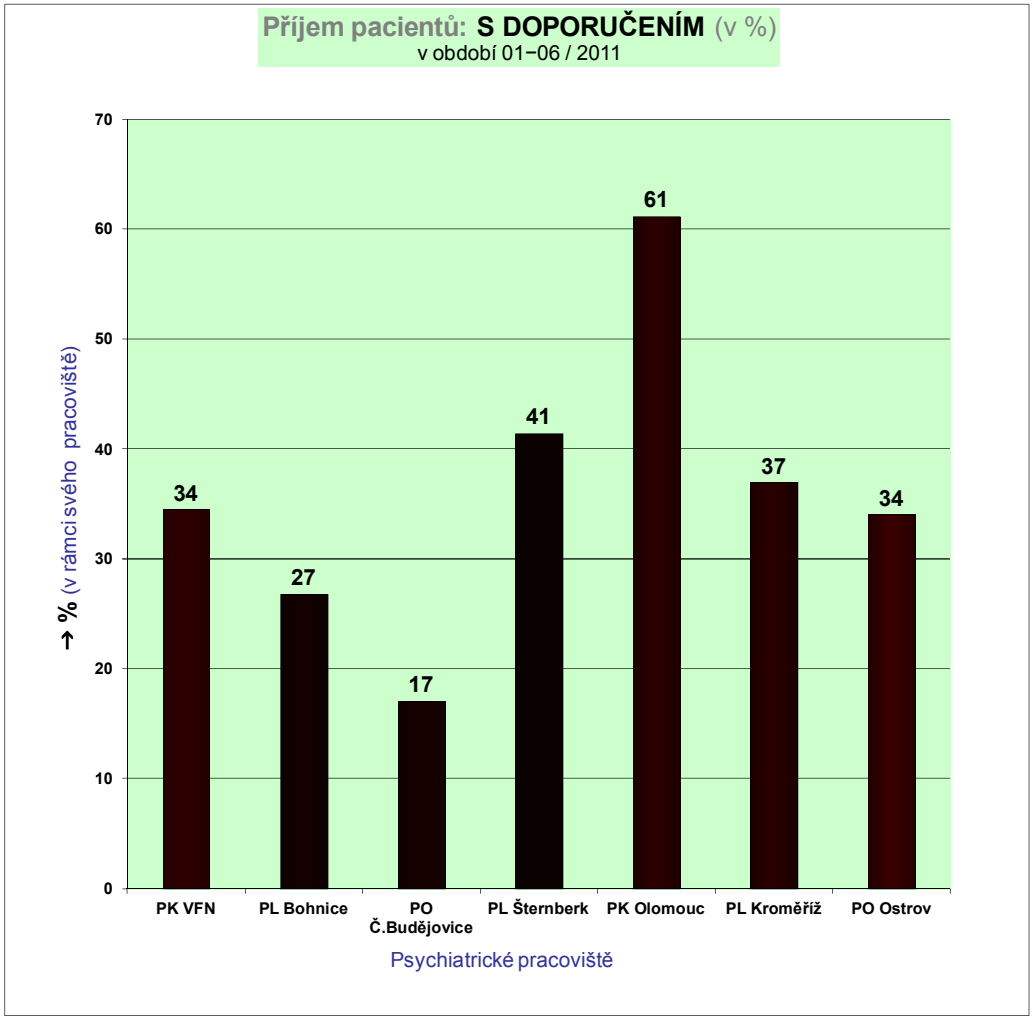
Období 01–06 / 2011	**Příjem pacientů** (relativně, **v %**)						
Psychiatrické pracoviště	***Bez doporučení***	***S doporučením***	***Dopor. od somat.***	***RZP celkem***	***Překlad z psych***	***Překlad ze somat***	***Přijato celkem***
PK VFN	**17**	**34**	**9**	**29**	**2**	**9**	**100**
PL Bohnice	**25**	**27**	**6**	**21**	**4**	**16**	**100**
PO Č.Budějovice	**33**	**17**	**19**	**21**	**8**	**2**	**100**
PL Šternberk	**14**	**41**	**7**	**15**	**1**	**22**	**100**
PK Olomouc	**13**	**61**	**2**	**15**	**2**	**7**	**100**
PL Kroměříž	**14**	**37**	**23**	**6**	**2**	**18**	**100**
PO Ostrov	**18**	**34**	**5**	**30**	**4**	**10**	**100**
Všechna pracoviště	**20**	**34**	**12**	**17**	**3**	**14**	**100**



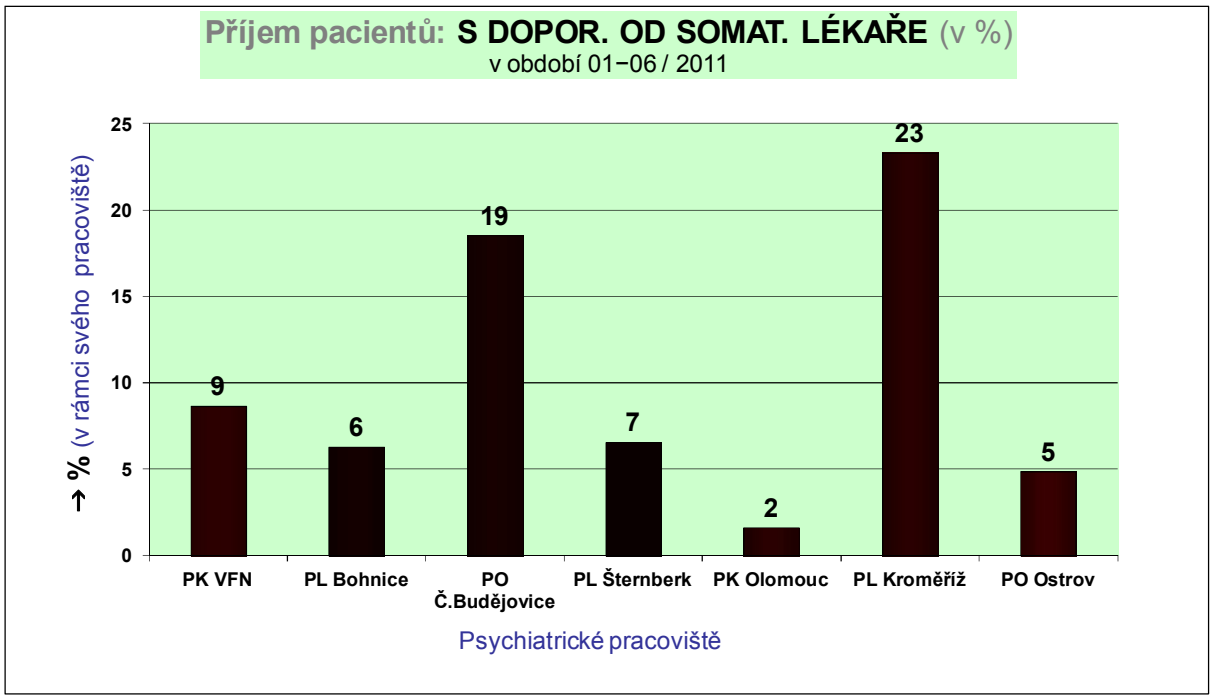
1) **Bez doporučení** – z celkového počtu přijatých pacientů se bez doporučení dostavilo **20 %**. Mezi jednotlivými pracovišti je patrný velký rozptyl (13 % - 33 %) .



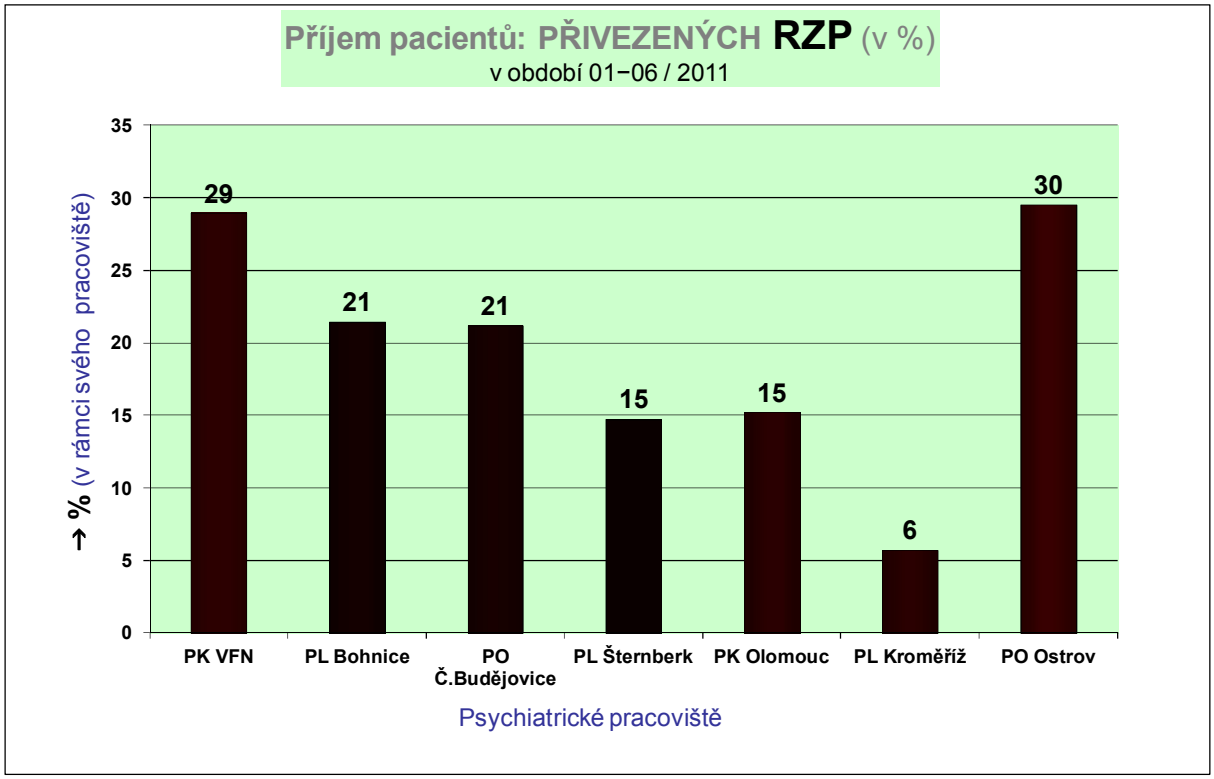
2) **S doporučením ambulantního psychiatra** bylo z celkového počtu přijatých **34 %** pacientů (rozptyl činí 17 % - 61 %). Nadpoloviční většinu dosáhla ze sledovaných pracovišť pouze PK Olomouc, kde je zároveň nejnižší počet pacientů přijatých bez doporučení. Na druhém pólu je naopak psychiatrické oddělení v Českých Budějovicích, kde doporučení k příjmu od ambulantního psychiatra má nejnižší počet pacientů a nejvíce je zde pacientů bez doporučení. Celkový výsledek – tedy pouze 1/3 pacientů s doporučením – se jeví jako dosti nízký.



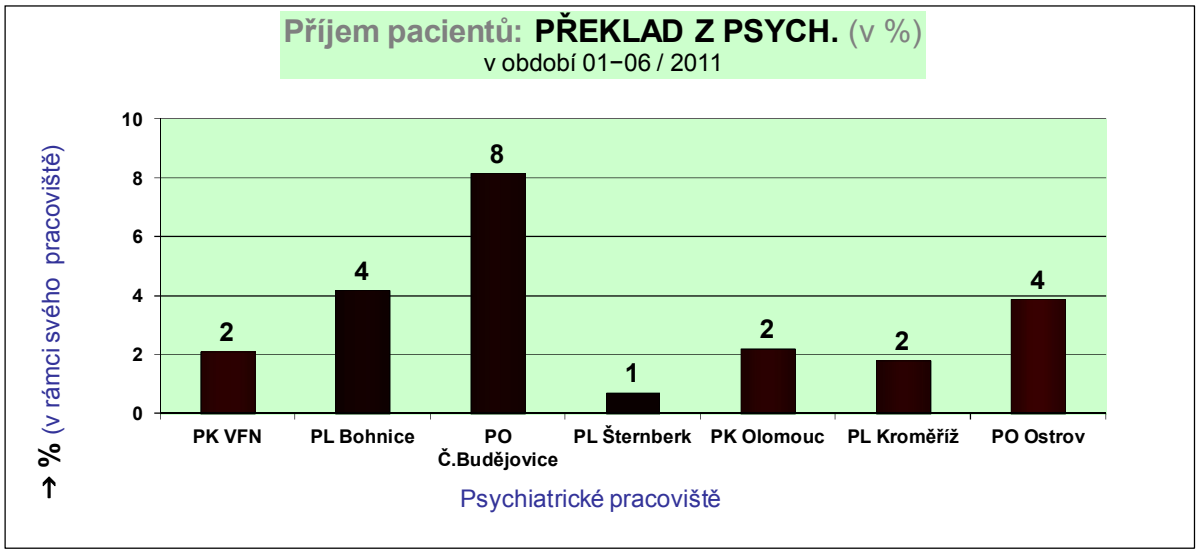
3) S **doporučením od somatického lékaře** – z celkového počtu **12** % pacientů (rozptyl 2 % - 23 %). Nejvíce pacientů s tímto doporučením (23 %) bylo v PL Kroměříž, kde pravděpodobným důvodem je nedostatek ambulantních psychiatrů v kraji.



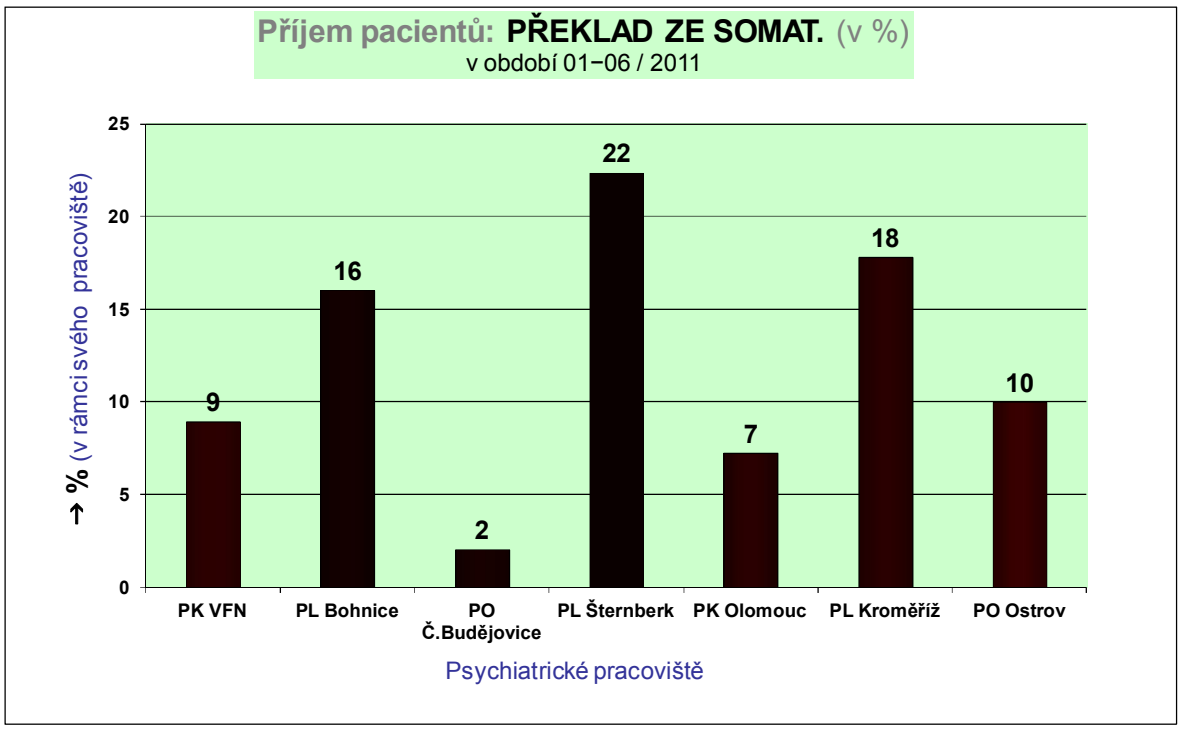
4) **Pacienti přivezení RZS** – z celkového počtu **17 %** pacientů (rozptyl 6 % - 30 %). Vysoký podíl na PK VFN (29 %) je dán blízkosti centra Prahy se zvýšeným výskytem rizikových osob a v Ostrově nad Ohří (30 %), kde je příčinou pravděpodobně zhoršená dopravní dostupnost v kraji.



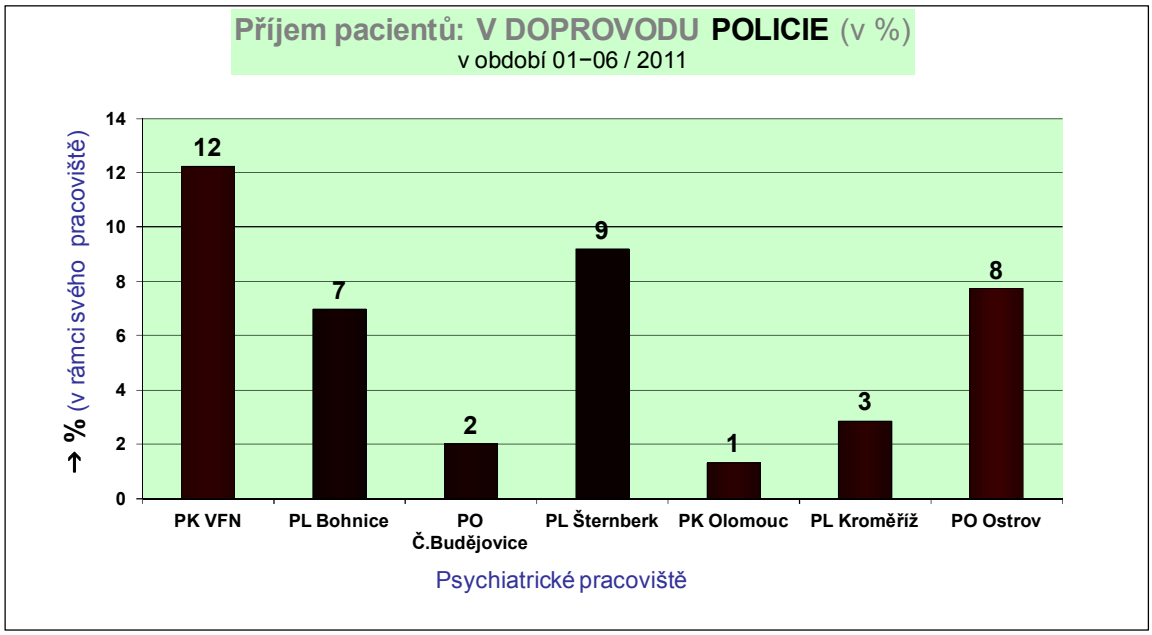
5) **Překlad z jiného lůžkového psychiatrického zařízení** – průměrný celkový podíl nízký - **3 %,** je patrné, že není žádný významný přesun pacientů mezi lůžkovými zařízeními.



6) **Překlad ze somatického lůžkového oddělení** – celkový podíl činí **14 %**. V tomto případě je patrný rozdíl mezi léčebnami (vyšší podíl) a odděleními nemocnic (nižší podíl). Důvod tohoto rozdílu je zřejmě ten, že psychiatrická oddělení vykonávají v rámci nemocnice konziliární službu a pacienty není tudíž nutno vždy překládat na psychiatrické lůžko.



Jako vedlejší položka byla sledována **přítomnost Policie České republiky** při příjmu pacienta. Nejčastější přítomnost PČR vyšla na PK VFN, kde je opět souvislost s blízkostí centra Prahy se zvýšeným výskytem rizikových osob.

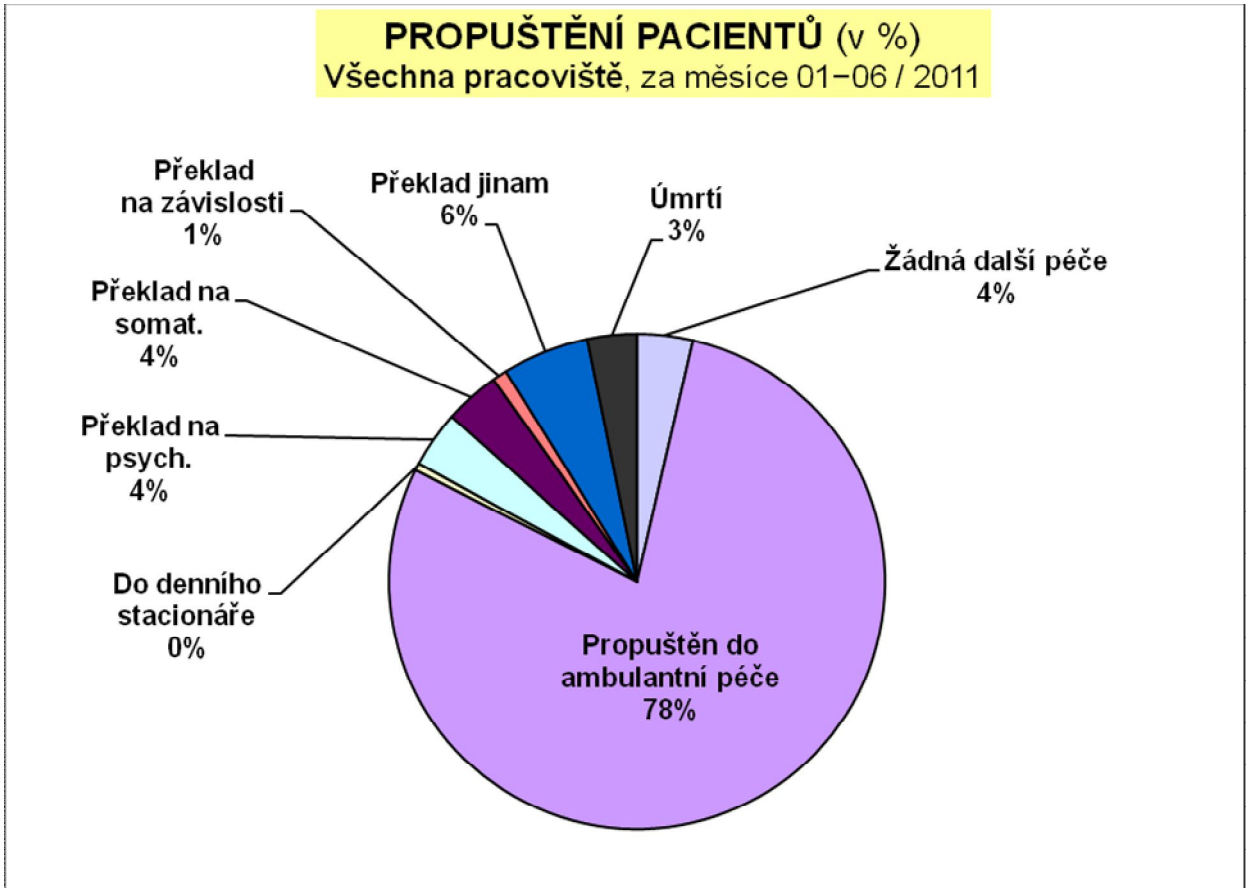


5.3 *Výsledky – propuštění pacientů*

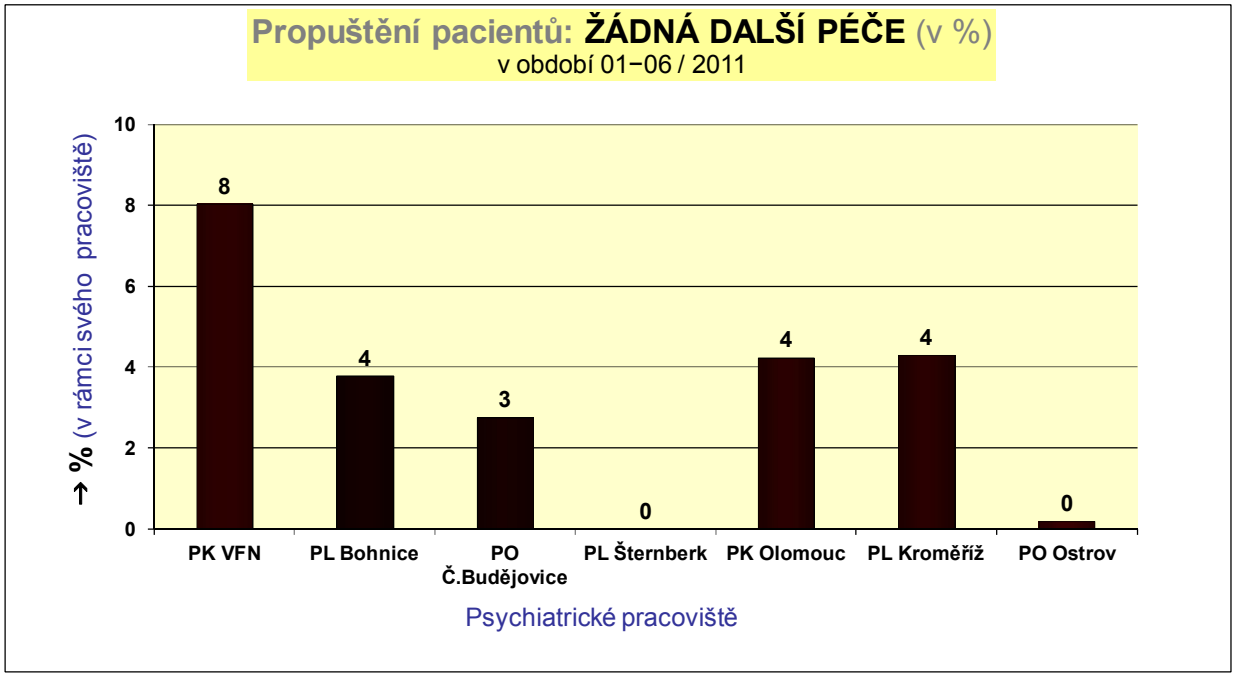
Období 01–06 / 2011	**Propuštění pacientů** (absolutně, počet)								
Psychiatrické pracoviště	***žádná další péče***	***amb. péče***	***DS***	***překlad na psych***	***překlad na somat***	***překlad na závislosti***	***překlad jinam***	***úmrtí***	***Celkem***
PK VFN	**61**	**551**	**29**	**60**	**34**	**12**	**8**	**5**	**760**
PL Bohnice	**95**	**1 946**	**10**	**109**	**71**	**34**	**157**	**86**	**2 508**
PO Č.Budějovice	**9**	**290**	**0**	**12**	**3**	**5**	**7**	**0**	**326**
PL Šternberk	**0**	**813**	**0**	**0**	**41**	**0**	**77**	**93**	**1 024**
PK Olomouc	**33**	**680**	**0**	**41**	**9**	**14**	**1**	**1**	**779**
PL Kroměříž	**106**	**1 919**	**0**	**16**	**131**	**5**	**209**	**86**	**2 472**
PO Ostrov	**1**	**425**	**0**	**73**	**14**	**10**	**16**	**0**	**539**
Všechna pracoviště	**305**	**6 624**	**39**	**311**	**303**	**80**	**475**	**271**	**8 408**

Období 01–06 / 2011 **Propuštění pacientů** (relativně, %)

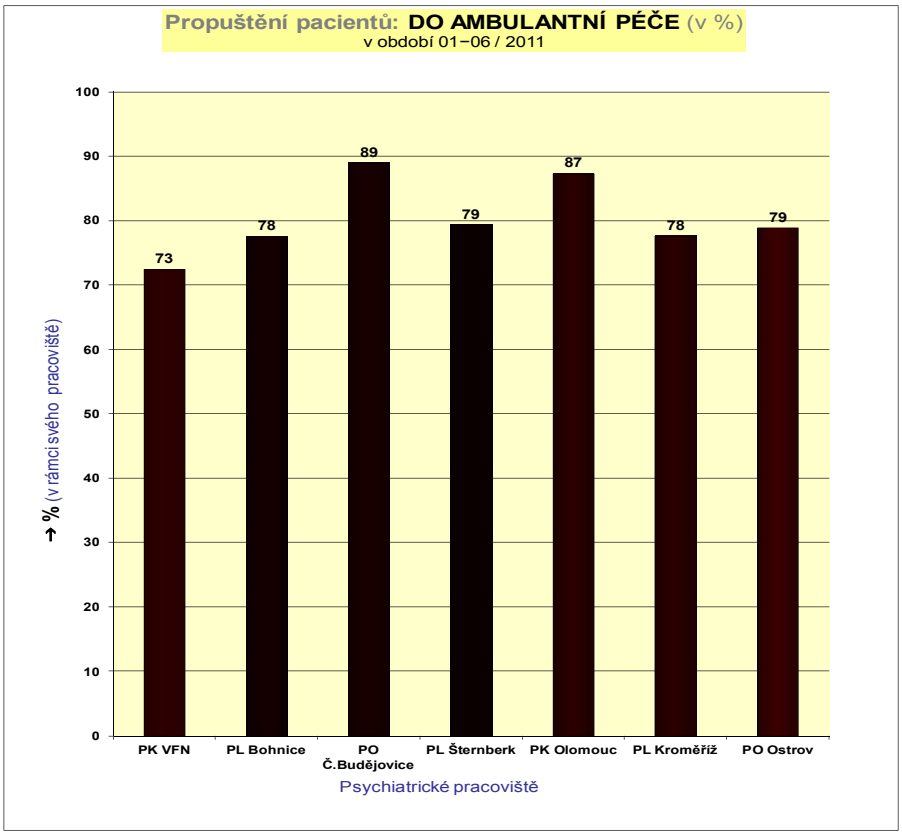
Psychiatrické pracoviště	*žádná další péče*	*amb. péče*	*DS*	*překlad na psych*	*překlad na somat*	*překlad na závislosti*	*překlad jinam*	*úmrtí*	*Celkem*
PK VFN	8	72,5	3,8	7,9	4,5	1,6	1,1	0,7	100
PL Bohnice	3,8	77,6	0,4	4,3	2,8	1,4	6,3	3,4	100
PO Č.Budějovice	2,8	89	0	3,7	0,9	1,5	2,1	0	100
PL Šternberk	0	79,4	0	0	4	0	7,5	9,1	100
PK Olomouc	4,2	87,3	0	5,3	1,2	1,8	0,1	0,1	100
PL Kroměříž	4,3	77,6	0	0,6	5,3	0,2	8,5	3,5	100
PO Ostrov	0,2	78,8	0	13,5	2,6	1,9	3	0	100
Všechna pracoviště	3,6	78,8	0,5	3,7	3,6	1	5,6	3,2	100



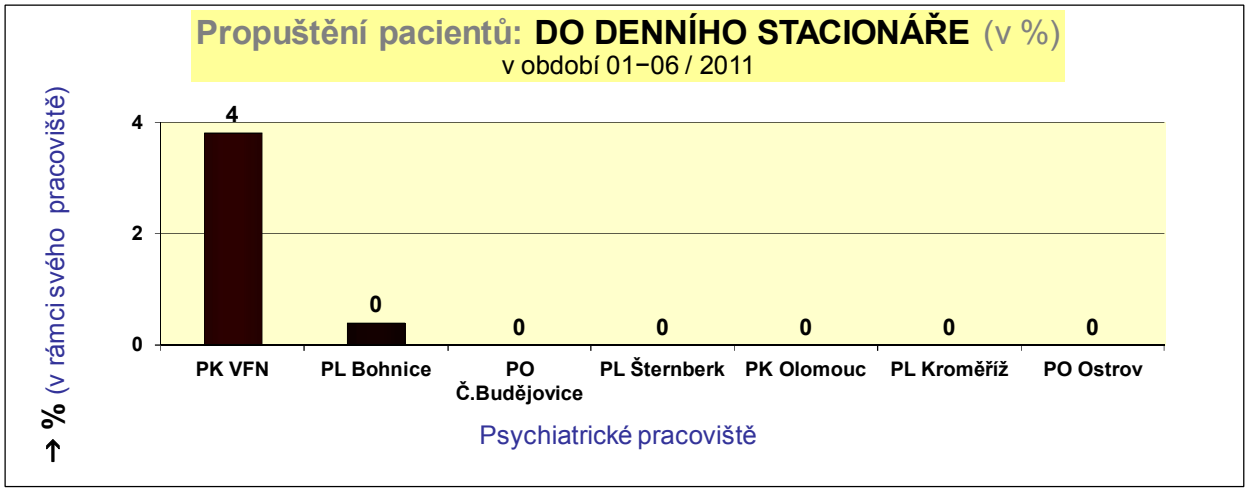
1) **Žádná další péče** - celkový průměr **4 %** pacientů – jedná se nejčastěji o cizince a o bezdomovce



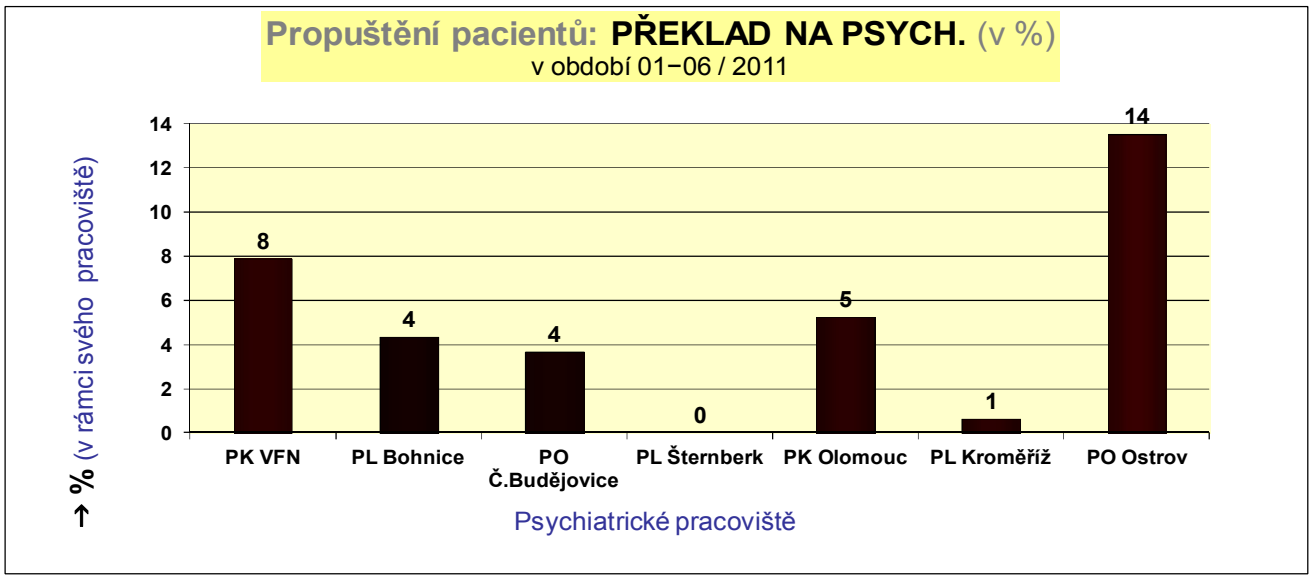
2) Propuštění do **ambulantní psychiatrické péče** – celkový průměr **78 %** (rozmezí 73 % - 89 %)



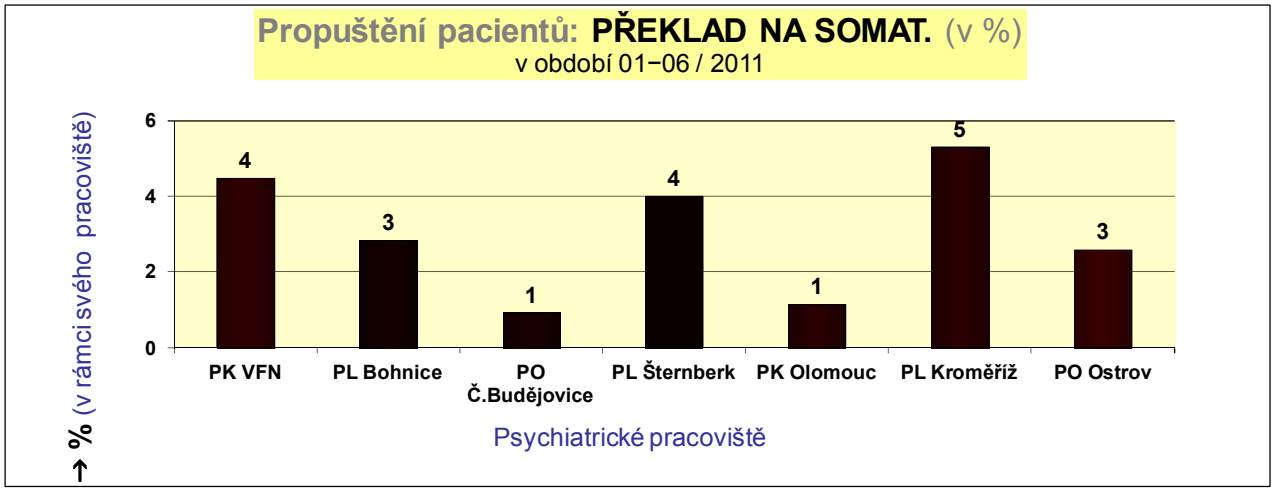
3) **Propuštění do denního stacionáře** – zcela mizivé, realizováno pouze na dvou pracovištích, kde jsou zřízeny denní stacionáře



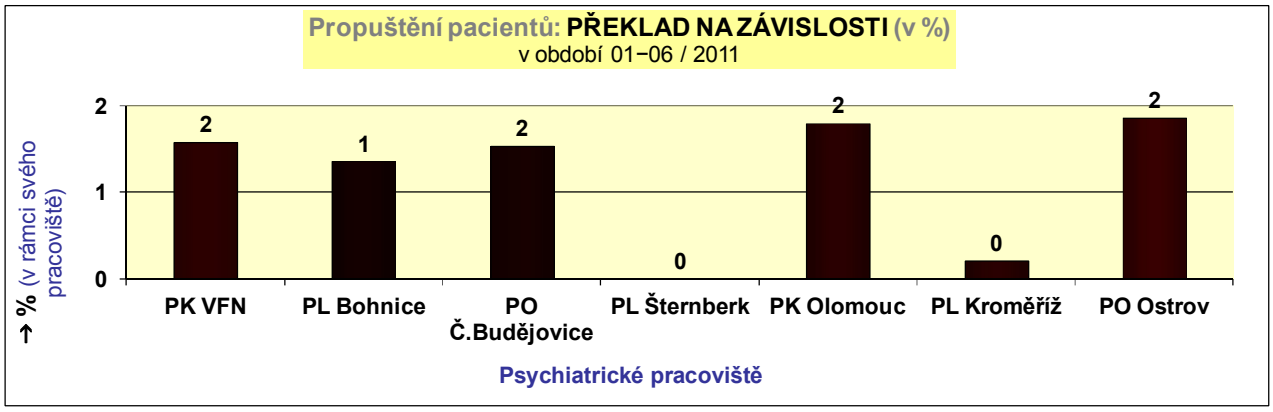
4) **Překlad do jiného psychiatrického lůžkového zařízení** – celkový průměr **4 %.** Jde jednak o překlady na následnou péči, a dále o překlady pacientů blíže k místu bydliště.



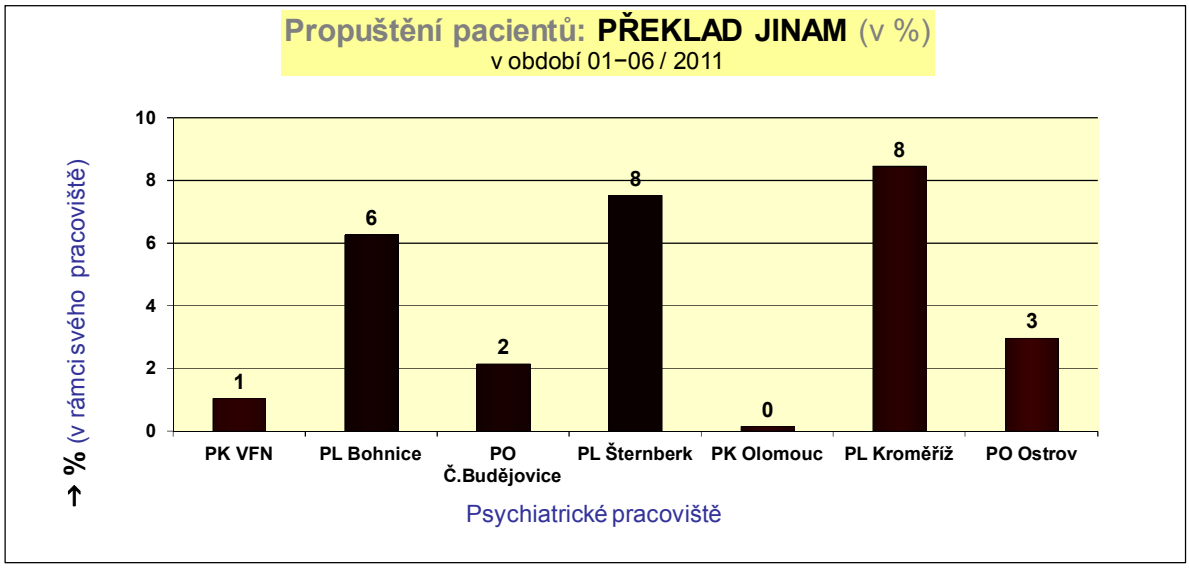
5) **Překlad na lůžkové somatické oddělení** – celkový průměr **4 %** - v drtivé většině se jedná o pacienty, u nichž vznikly somatické komplikace, které nebylo možno léčit na psychiatrickém oddělení.



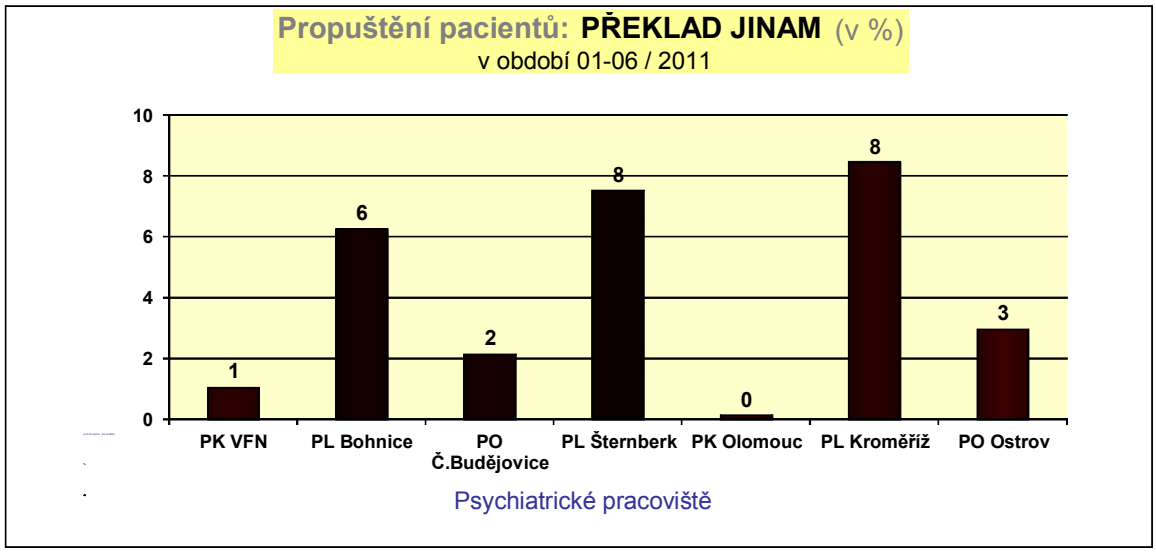
6) **Překlad na oddělení léčbu závislostí** – celkový průměr **1 %**. Hodnota tohoto parametru je nízká ze dvou důvodů – jednak nejsou zachyceny „vnitřní“ překlady v léčebnách a druhý důvod vychází ze samotné podstaty onemocnění (pacienti často odmítnou nastoupit na odvykací léčbu).



7) **Překlad jinam** (nejčastěji ústavy sociální péče, domovy důchodců, pečovatelské domy, diagnostické ústavy, vězení) – celkový průměr **6 %**. Patrný logický rozdíl mezi odděleními nemocnic (krátké pobyty, přechod nejprve na následnou péči) a léčebnami. Rovněž významnou roli hrají možnosti v jednotlivých regionech (vybavenost zařízeními sociální péče).



8) **Úmrtí** – celkový průměr **3 %** - nejčastěji se jedná o úmrtí gerontopsychiatrických pacientů, proto nepřekvapuje vyšší podíl u léčeben.



5.4 Závěr

1) **Příjem pacienta do lůžkové péče**

- Pouze 1/3 pacientů se dostavila s doporučením od psychiatra a naopak 1/5 pacientů neměla doporučení žádné. Zde jsou možné rezervy ke zkvalitnění a celkovému zlevnění psychiatrické péče. Tím, že pacient obchází „primární psychiatrickou péči", tedy ambulantního psychiatra, a nastupuje rovnou na lůžko, se péče prodražuje. Mnoho stavů by bylo možné zvládnout ambulantně, případně v některém typu komunitní péče.

- Ve dvou sledovaných pracovištích – PL Kroměříž a PO České Budějovice – byl na rozdíl od ostatních pracovišť vysoký podíl pacientů s doporučením praktického lékaře. Důvodem může být hlavně nedostatek ambulantních psychiatrů v regionu, ale také nespolupráce mezi praktickými lékaři a ambulantními psychiatry.

- Podíl pacientů přeložených z jiného psychiatrického zařízení byl celkově nízký (3 %). Vyšší byl podíl pacientů přeložených ze somatických oddělení (průměr 15 %) a to výrazně více u léčeben (16 %, 18 % a 22 %). Důvodem může být neexistence nepřetržité konziliární psychiatrické služby v některých nemocnicích a pacienti jsou rovnou překládáni na psychiatrii.

- Ve výsledcích sledování se rovněž projevily některé místní odlišnosti – např. díky problematickému centru Prahy se zvýšeným výskytem rizikových osob byl na PK VFN vysoký podíl pacientů dovezených RZS (1/3) a rovněž tak nejvyšší podíl přítomnosti PČR. Pravděpodobně díky problematické dopravní dostupnosti v Karlovarském kraji využívají pacienti k převozu do nemocnice více RZS (rovněž 30 %).

2) **Propuštění pacientů z lůžkové péče**

- Více než ¾ (79 %) pacientů bylo předáno do ambulantní psychiatrické péče.

- Naprosté minimum pacientů bylo předáno do péče denních stacionářů. Důvodem je výrazný nedostatek těchto zařízení v regionech.

- V nízkém podílu překladů do zařízení pro léčbu závislostí má, kromě nezachycených „vnitřních" překladů v léčebnách, hlavně vliv odmítání léčby ze strany pacientů.

- Úmrtnost v psychiatrických zařízeních je nízká a je hlavně tam, kde jsou dlouhodobě hospitalizováni gerontopsychiatričtí pacienti.

- Podíl překladů do zařízení sociálních služeb (ústavy sociální péče, pečovatelské domy, domovy důchodců…) je nízký (6 %) a je možný pouze tam, kde je dostatek těchto zařízení.

5.5 Doporučení

- posílit ambulantní psychiatry v regionech
- větší důraz na primární psychiatrickou péči
- podporovat větší spolupráci mezi praktickými lékaři a ambulantními psychiatry (včetně destigmatizace psychiatrie u somatických lékařů)
- výrazně rozšířit komunitní služby
- v Praze výrazně rozšířit nedostatečnou kapacitu záchytné stanice, aby lidé intoxikovaní alkoholem nekončili z větší části na psychiatrických lůžkách a nečerpali tak zdravotnické finanční prostředky

6 Popis stavu ambulantní psychiatrické péče v České republice se zaměřením na dospělou psychiatrii

MUDr. Erik Herman, MUDr. Juraj Rektor

6.1 Popis stavu ambulantní psychiatrické péče v České republice

Uvedené výsledky byly zpracovány na základě informací jednoho zdroje:

1. **Informace vycházející ze zprávy ÚZIS o činnosti ambulantních psychiatrických zařízení v ČR v roce 2011**

Činnost na odděleních a pracovištích psychiatrie zajišťovalo v roce 2011 celkem 1 267,55 odborných pracovníků (průměrný roční přepočtený počet pracovníků včetně smluvních pracovníků). Z celkového počtu těchto pracovníků bylo 764,00 lékařů, z nich 740,43 mělo specializaci v oboru psychiatrie. Počet zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (ZPBD) činil 404,30 úvazku, psychologů 63,04 úvazku a ostatních odborných pracovníků 36,21 úvazku. Od roku 2010 se sleduje také počet adiktologů (nelékařský zdravotnický pracovník, který vykonává preventivní, léčebnou a rehabilitační péči o osoby závislé na návykových látkách), na které v roce 2011 připadlo 13,82 úvazku (v roce 2010 pouze 4,10 úvazku).

Celkem bylo na odděleních a pracovištích psychiatrie v roce 2011 provedeno 2 799 tisíc vyšetření - ošetření. Proti předchozímu roku došlo k nárůstu o více než 5 % (o 133 652 vyšetření více) a od roku 2000 jejich počet vzrostl o téměř 36 %, tj. o 741 247 vyšetření.

Ve sledovaném roce bylo ošetřeno 556 456 pacientů a proti předešlému roku došlo k jejich významnému nárůstu, a to o více než 12 % (o 61 073 pacientů). Při porovnání s rokem 2000 dochází u dospělé populace k nárůstu počtu pacientů o téměř 54 % a rychleji rostl počet žen než mužů, počet pacientů ve věkové skupině 0 - 19 let stoupl o více než 8 %.
Po dopočtu celkového počtu vyšetření i pacientů na 100 % evidovaných lékařů bylo v roce 2011 ve všech registrovaných psychiatrických ambulancích v ČR provedeno odhadem 2 896 tisíc vyšetření a léčeno bylo 576 tisíc pacientů.

Poznámka:

1. Z uvedených informací nelze zjistit, kolik pacientů bylo léčeno v zařízeních jednotlivých typů (ambulance dospělé psychiatrie, dětské psychiatrie, sexuologie, adiktologie, denní stacionáře, krizová centra). Stejně tak nelze určit, kolik pracovníků pracuje v jednotlivých typech zařízení.

2. Počet ošetřených pacientů v roce 2011 uváděných ze zdrojů ÚZIS se podstatně liší od počtu ošetřených pacientů získaných na podkladě informací z VZP. Výše uvedený rozpor je způsoben pravděpodobně tím, že informace pro ÚZIS jsou poskytovány zdravotnickými subjekty bez zpětné kontroly udaných veličin.

6.2 Doporučení pro ambulantní psychiatrickou péči – dospělá psychiatrie

1) Síť ambulantních psychiatrických zařízení dospělé psychiatrie je v rámci ČR značně nerovnoměrně rozložena. V některých krajích - Karlovarský, Pardubický, Zlínský - je síť ambulantních zařízení dospělé psychiatrie hluboce pod hodnotou doporučenou Koncepcí oboru psychiatrie Psychiatrické společnosti z roku 2008. V této koncepci se doporučuje 9 ambulantních psychiatrů primární psychiatrické péče (dospělá psychiatrie) na 100.000 obyvatel, ve velkoměstských aglomeracích 10 psychiatrů. Doporučením je tuto síť doplnit na hodnoty blížící se doporučené hustotě sítě. Specifická situace je v Praze a Středočeském kraji, kdy je možno tyto regiony formálně i prakticky sloučit do jednoho.
2) Doporučeným řešením je rozšíření sítě ordinací dospělé psychiatrie především v těch regionech, kde je nedostatečná. Tato snaha však naráží na neochotu zdravotních pojišťoven navazovat smluvní vztahy s nově vznikajícími zařízeními.

3) Jednotlivá zdravotnická zařízení se starají o značně velký počet osob s psychickou poruchou, průměrně cca o 1000 osob v roce 2011. V regionech s nízkou hustotou sítě jednotlivé ZZ léčí až 1400 unicitních pacientů. Tyto vysoké počty neumožňují intenzivní péči o psychiatrické pacienty, vedou často k chronifikaci jejich potíží, sociálnímu a pracovnímu selhávání, případně k častějším hospitalizacím. Všechny tyto důsledky mají značný dopad na celý systém, ať už z finančního nebo z humánního hlediska.
4) Doporučeným řešením je opět rozšíření sítě především v těch oblastech, kde je počet ambulantních psychiatrických zařízení nedostatečný.

5) Nezbytným krokem ke zlepšení péče o osoby trpící psychickou poruchou je extenze aktuálně poskytovaných služeb ambulantní psychiatrie do dalších oblastí, které je možno poskytovat jak lokálně (v rámci jednotlivých ambulancí), tak centralizovaně (komunitní centra). Jedná se především o využívání terénních ambulantních psychiatrických sester, sociálních sester, terapeutů, psychoterapeutů. V současné době z praktického hlediska není vznik a provoz těchto specializovaných služeb reálně možný, neboť jsou hrazeny v neuspokojivé výši a nasmlouvání těchto služeb se zdravotními pojišťovnami naráží na zásadní limitace. Dalším faktorem je aktuálně malá dostupnost specializovaných pracovníků, kteří by byli schopni tyto funkce vykonávat. Zásadním způsobem by se měla rozvíjet spolupráce s praktickými lékaři.
6) Doporučeným řešením je vznik těchto služeb a jejich dostatečné hrazení ať již ze systému zdravotního pojištění nebo z jiných zdrojů. Tyto služby by mělo být možné realizovat jak v rámci jednotlivých ambulancí, tak i v rámci širší komunitní péče. Realizována by měla být i odborná příprava specializovaných pracovníků, kteří by v nově vzniklých službách pracovali.

7) Nezbytná je užší součinnost s komunitní, případně lůžkovou psychiatrickou péčí. Jedná se o péči o pacienty v komunitě, výpomoc při jejich pobytu v systému psychiatrických služeb a optimalizace péče o jednotlivého pacienta. Tyto aktivity rovněž narážejí na relativní absenci těchto intermediárních zařízení v jednotlivých regionech. Opět nasmlouvání služeb těchto zařízení naráží u zdravotních pojišťoven na nepřekonatelné potíže.

8) Doporučeným řešením je opět vznik těchto specifických zařízení v jednotlivých regionech a jejich adekvátní financování.

7 Komunitní péče

MUDr. Ondřej Pěč

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce naplněny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Z tohoto jednoznačně vyplývá, že komunitní péče je postavena na úzkém propojení zdravotní a sociální oblasti. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové, určuje jí však pozměněnou roli.

Komunitní péče je od poloviny 20. století dominantním trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, sledující redukci velkých psychiatrických léčeben a jejich alespoň částečnou přeměnou ve služby komunitní. Prostředkem těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které působí.

V novějším konceptu tzv. **vyvážené péče (balanced care**) jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni:

- praktičtí lékaři
- specializované ambulantní psychiatrické služby (např. psychiatrické ambulance) a týmy
- psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic
- krizové služby a denní stacionáře
- rezidenční péče v komunitě
- služby psychiatrické rehabilitace.

Principy péče:

- mobilita služeb
- propojenost služeb
- péče ve vlastním prostředí pacientů
- orientace na lidská práva a potřeby pacientů.

Současný stav poskytování komunitní péče v ČR:

Intermediární služby (**zdravotnické komunitní služby** v užším smyslu) pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí (denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, komunitní psychiatrické sestry) a spadají do resortu zdravotnictví. **Služby psychiatrické rehabilitace** jsou většinou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a formálně spadají do sociálních služeb (**sociální komunitní služby** v užším smyslu), charakter jejich činnosti je však spíše zdravotně-sociální. Na některých místech se služby kombinují do funkčních koordinovaných celků s úzkou vzájemnou spoluprací nebo do společných týmů, jde o kombinace lůžkových, intermediárních, rehabilitačních a ambulantních zařízení (**meziresortní služby**).

7.1 Intermediární péče

Krizová psychiatrická centra

- neodkladná, bezbariérová psychiatrická péče formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie, a také krátkodobého pobytu na lůžku (do 10 dnů)
- Krizové centrum pracuje nepřetržitě, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, potřebná je nepřetržitá dostupnost psychiatra, centra zahrnují trvalou možnost telefonického kontaktu
- V ČR pracují v současnosti 3 krizová psychiatrická centra: RIAPS Praha, Centrum krizové intervence Psychiatrické léčebny v Bohnicích a Krizové centrum Psychiatrické kliniky při Fakultní nemocnici Brno Bohunice (viz Obr. 2). Doposud neexistuje systémové hrazení těchto center ze systému zdravotního pojištění. Krizová centra v Praze-Bohnicích a v Brně jsou nesystémově hrazena v režimu úhrad lůžkových oddělení a RIAPS v Praze je hrazen kombinací výkonů určených pro denní stacionáře a rozpočtových prostředků hl. m. Prahy určených pro sociální služby.
- Vzhledem k různému zařazení krizových center do zdravotnického systému nejsou k dispozici spolehlivá statistická data o počtech léčených pacientů.

Mobilní krizové týmy

- Odborný tým (psychiatr, klinický psycholog, psychiatrická sestra) poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace.
- Službu je možné dnes již systémově hradit ze zdravotního pojištění, psychiatři a kliničtí psychologové mohou využívat výkon „emergentní psychoterapie“ (odbornost 910) a psychiatrické sestry výkon „krizová intervence“ (odbornost 914) ze Sazebníku zdravotních výkonů, včetně výkonů dopravy.
- V současnosti pracuje mobilní krizový tým v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov na Praze 4 (Medkova ul.).
- V roce 2010 byla poskytnuta péče týmu 780 pacientům, zhruba 1/3 z nich byli obyvatelé Prahy 4 (zdroj: statistické zjištění Asociace komunitních služeb – AKS).

Denní stacionáře (sanatoria)

- DS slouží pro denní léčbu psychiatrických pacientů.
- Základním prvkem péče je psychoterapeutický program, který je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací dle povahy duševní poruchy.
- Činnost lze hradit z prostředků zdravotního pojištění. V Sazebníku zdravotních výkonů existuje výkon plného denního programu stacionáře (6 hodin denně) a frakcionovaného programu stacionáře (alespoň 4 hodiny denně) s možnou kombinací s výkony skupinové psychoterapie.
- V ČR v současnosti existuje 21 denních stacionářů, méně než polovina z nich je kombinována s lůžkovými zařízeními, více než je polovina kombinována s ambulantními, psychoterapeutickými nebo rehabilitačními službami (viz Tabulka 1 a Obr. 3). Denní stacionáře jsou stále málo rozšířeny a jejich rozmístění v rámci ČR je nerovnoměrné.

Tabulka 1. Denní stacionáře pro léčbu psychických poruch u dospělých (bez závislostí a gerontopsychiatrie)

Název	Místo	Kombinace s jinými službami
Středisko psychoterapeutických služeb	Praha 1	Ambulantní a psychoterapeutické služby
ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika	Praha 4 a 10	Ambulantní, psychoterapeutické a rehabilitační služby
Fokus Praha	Praha 6	Ambulantní, psychoterapeutické a rehabilitační služby
Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov	Praha 4	Ambulantní, psychoterapeutické a rehabilitační služby
Psychosomatická klinika	Praha 6	Ambulantní a psychoterapeutické služby
Denní stacionář Horní Palata při VFN Praha	Praha 5	Lůžkové zařízení
Denní stacionář Psychiatrické kliniky	Praha 2	Lůžkové zařízení
Denní stacionář Psychiatrického centra Praha	Praha 8	Lůžkové zařízení
Denní stacionář Psychiatrické kliniky FN Plzeň	Plzeň	Lůžkové zařízení
RIDZ/EPOCHÉ	Plzeň	Ambulantní a psychoterapeutické služby
Denní stacionář při Psychiatrickém odd. Nemocnice Ostrov	Ostrov nad Ohří	Lůžkové zařízení
ISIDA	Česká Lípa	Ambulantní služby
Denní stacionář při Psychiatrickém odd. Nemocnice Náchod	Nové Město na Metují	Ambulantní služby
Denní stacionář Psychiatrického oddělení Nemocnice Pardubice	Pardubice	Lůžkové zařízení
Denní stacionář PhDr. Panovský	Pardubice	Ambulantní a psychoterapeutické služby
Denní stacionář Psychiatrické kliniky LFHK a FNHK	Hradec Králové	Lůžkové zařízení
Denní stacionář Psychiatrické léčebny Brno Černovice	Brno	Lůžkové zařízení
Denní stacionář Psychiatrické léčebny Jihlava	Jihlava	Lůžkové zařízení
TELEMENS Psychosociální centrum	Přerov	Ambulantní, psychoterapeutické a rehabilitační služby
Dům duševního zdraví	Ostrava	Ambulantní, psychoterapeutické a rehabilitační služby
Klinika u Oslíka. Denní klinika pro psychoterapii	Soběšovice	Ambulantní služby

- Dle ÚZIS bylo v roce 2010 v samostatných denních stacionářích ošetřováno 3980 pacientů a v denních stacionářích při lůžkových zařízeních 214 pacientů. Dle studie EDEN (Kitzlerová et al., 2003) bylo v roce 2000 ošetřováno v denních stacionářích nejvíce pacientů s neurotickými poruchami, dále pak se schizofrenií, závislostmi, afektivními poruchami a poruchami osobnosti. Relativní větší počet ošetřovaných pacientů s neurotickými poruchami může souviset s kratšími programy pro tuto klientelu.

Komunitní psychiatrické sestry

- Působí v přirozeném prostředí pacientů.
- Mezi jejich činnosti patří: případové vedení, individuální rehabilitace, krizová intervence, posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, zpracování rehabilitačního a krizového plánu, týmové konzultace případu, podpora užívání perorální medikace, aplikace depotní injekční medikace, postupy na zvládání stresu nebo krize, trénink komunikačních dovedností, techniky zaměřené na zvládání běžných situací, péče o somatický stav pacienta, psychoedukace pacienta i jeho blízkých, koordinace dalších potřebných služeb.
- indikace péče psychiatrem a úzká spolupráce s ním
- V ČR existují 4 pracoviště komunitních psychiatrických sester: Dům duševního zdraví v Ostravě, Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Klinika ESET a Psychiatrické oddělení ÚVN v Praze (viz Obr. 4).
- Práce psychiatrických sester může být systémově hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V Sazebníku zdravotních výkonů existuje samostatná odbornost 914 – psychiatrická sestra s výkony psychiatrické rehabilitace, krizové intervence a psychoedukace, s těmito výkony lze rovněž vykazovat výkony dopravy. Příčinou malého rozšíření psychiatrických sester byla v posledních letech neochota zdravotních pojišťoven uzavírat smlouvy na tuto činnost.
- Data o počtech ošetřených pacientů nejsou doposud systematicky sbírána a známa. Zjištěn byl pouze počet ošetřovaných pacientů na Klinice ESET v Praze, který činil v roce 2010 37 pacientů (zdroj: AKS).

Další služby

- V rámci Psychiatrické léčebny Bohnice funguje od roku 2013 nová služba Komunitní terénní centrum - v současné době má asi 50 klientů v asertivní péči. Tato služba zatím není dostatečně v systému zakotvena a popsána.
- Mezi další služby lze jistě doplnit programy prevence relapsu v oblasti psychiatrie, zejména na bázi telemedicíny (např. v ČR již existující program ITAREPS). Cílem je snížit počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních.

7.2 Meziresortní multiprofesní týmy

Asertivní komunitní léčba

- Multiprofesní tým se skládá obvykle z psychiatra, klinického psychologa, psychiatrických sester a sociálních pracovníků. Cílovou klientelou asertivního týmu jsou pacienti se závažnými psychickými poruchami (nejčastěji psychózy), kteří sami nevyhledávají potřebné služby, nespolupracují a přitom se u nich současně rozvíjí závažné psychické onemocnění. Záměrem týmu je postupně navázat kontakt

s pacientem a posléze mu zajistit potřebné zdravotní, rehabilitační a sociální služby. Pacienty sdílí všichni členové týmu. Převaha práce probíhá v přirozeném prostředí pacientů.

- Služba může být financována kombinací plateb ze systému zdravotního pojištění (psychiatr, psychiatrická sestra, klinický psycholog) a z dotací sociálním službám (sociální pracovníci).
- Zatím jediná služba tohoto typu vznikla před 2 lety na Klinice ESET v Praze.

Týmy pro léčbu duálních diagnóz

- Multiprofesní tým skládající se z psychiatra s AT specializací, psychiatrické sestry a sociálního pracovníka se zaměřuje na komplexní léčbu pacientů s komorbiditou nejčastěji psychózy a závislosti na návykových látkách (zejména nealkoholové závislosti). Cílem týmu je dosažení abstinence a posléze poskytnutí zdravotních, rehabilitačních a sociálních služeb dle potřeb pacienta. Financování je obdobné jako u asertivního týmu. Služba tohoto typu rovněž vznikla na Klinice ESET.

7.3 Psychiatrická rehabilitace zabezpečovaná sociálními službami

Od začátku devadesátých let se u nás na rehabilitaci lidí s duševním onemocněním začaly podílet neziskové organizace začleněné do resortu sociálních služeb. Financování těchto služeb probíhá prostřednictvím zpravidla jednoletých dotací a grantů z dotačních programů ministerstev (MPSV, MZ), grantových programů krajů a obcí. Na financování nových služeb se podílejí také evropské dotační programy (ESF) a v mimopražských regionech též tzv. individuální projekty. Financování je dle převažujících zkušeností těchto poskytovatelů nepravidelné a nedostatečné. Část služeb (sociální firmy a některé chráněné dílny) jsou financovány na základě zákona o zaměstnanosti. Zastřešujícími asociacemi těchto organizací jsou Asociace komunitních služeb /AKS/ a FOKUS Sdružení pro péči o duševně nemocné.

Služby pro podporu v oblasti bydlení

- Jedná se o komunitní (skupinová) bydlení, chráněná bydlení, domy a byty na půl cesty, podporované bydlení.
- V roce 2011 byla dle zjištění AKS kapacita služeb poskytujících bydlení 325 lůžek a podporované bydlení využívalo 303 klientů. Podporu v těchto službách poskytovalo 68,4 úv. odborných pracovníků. Lokalizaci služeb bydlení ukazuje Obr. 5.

Služby pro podporu práce a zaměstnání

- zahrnují sociálně terapeutické a chráněné dílny, sociální firmy a sociální družstva, přechodné zaměstnání, podporované zaměstnání, podporované vzdělávání, podpůrné edukativní programy při pracovní rehabilitaci (job club)
- Některé chráněné dílny a sociální firmy jsou financovány na základě zákona o zaměstnanosti.
- Chráněné dílny a sociálně terapeutické dílny jsou jednou z nejrozšířenějších služeb v oblasti rehabilitace. V roce 2011 je využívalo 504 klientů a podporu zde poskytovalo 125,35 úv. odborných pracovníků.
- Počty klientů a pracovníků služeb pro podporu práce a zaměstnání ukazuje Tab. 2 (Zdroj: statistické zjištění AKS) a jejich lokalizaci Obr. 6.

Tabulka 2. Počty klientů a pracovníků ve službách pro podporu práce a zaměstnání v roce 2011

	Počty klientů	Počty pracovníků
Chráněné a sociálně terapeutické dílny	573	126,35
Přechodné a podporované zaměstnání	560	21
Sociální firmy	72	

Služby pro podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů

- Jde o centra denních aktivit, svépomocné aktivity uživatelů či jejich rodinných příslušníků.
- Geografické rozložení těchto služeb znázorňuje Obr. 7. a 8.
- V roce 2011 využívalo center denních aktivit 1615 klientů a péči poskytovalo 78,2 úv. odborných pracovníků (Zdroj: AKS).

Případové vedení

- Případové vedení (case management) poskytují sociální pracovníci. Jedná se o individuální podporu, poskytování a koordinaci dalších služeb na základě zjištěných potřeb u klientů. Na některých místech případové vedení vytváří tzv. komunitní týmy, které navazují spolupráci s ambulantními psychiatry a s lůžkovými psychiatrickými zařízeními.
- V roce 2011 byla tato služba poskytována 2845 klientům s 95,14 úv. sociálních pracovníků (Zdroj AKS).
- Geografické rozmístění ukazuje Obr. 9.

Poradenství

- Poradenství je poskytováno buď sociálními pracovníky a právníky jako odborné sociální či právní poradenství, anebo jde o poradenství prostřednictvím samotných klientů, v tomto případě jde o poskytování informací o existujících službách
- V roce 2011 bylo poradenství poskytnuto 1058 klientům a na této činnosti se podílelo 3,68 úv. odborných pracovníků (zdroj: AKS).
- Geografické rozmístění ukazuje Obr. 10.

Další služby

- K dalším službám patří podporované vzdělávání, které bylo v r. 2011 poskytnuto 52 klientům prostřednictvím 3,9 úv. pracovníků.

Souhrnně lze konstatovat, že v roce 2011 u nás existovalo 30 neziskových organizací poskytujících služby psychiatrické rehabilitace se 326 odbornými pracovníky, kteří měli v péči 3870 klientů. Počty služeb dle jednotlivých typů jsou uvedeny v Tab. 3 (zdroj: AKS). Geografické rozložení těchto služeb ukazuje Obr. 11.

Tabulka 3. Počty jednotlivých rehabilitačních služeb zajišťovaných neziskovými organizacemi v ČR:

Psychiatrická rehabilitace a rezidenční péče poskytovaná nest.neziskovými organizacemi (30 organizací v r. 2011)		
Oblast podpory	Typ služby	Počet služeb
bydlení	Chráněné bydlení	**20**
	Podporované bydlení	**12**
práce	Chráněné a sociálně terapeutické dílny	**41**
	Podporované a přechodné zaměstnávání	**10**
	Sociální firmy	**7**
	Centrum denních aktivit	**29**
jiná	Případové vedení	**32**
	Podporované vzdělávání	**4**
	Poradenství	**18**

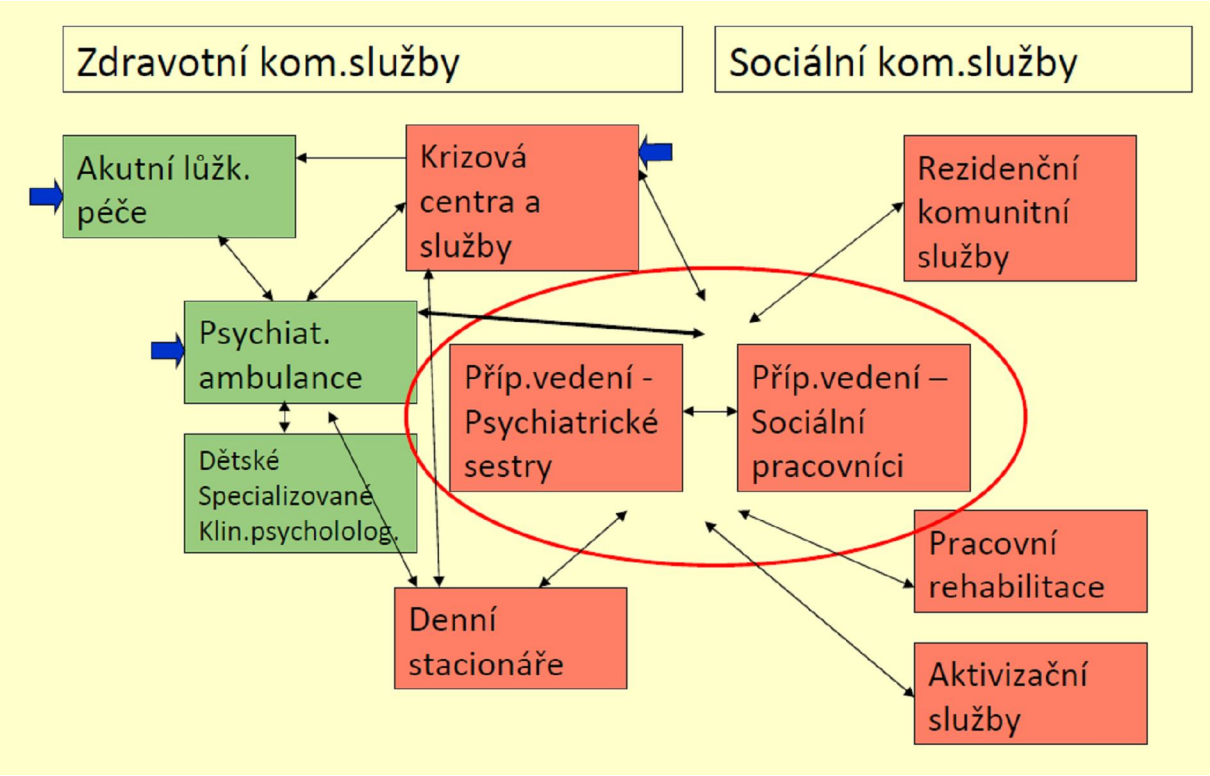
Podrobnější popis všech služeb je uveden v Příloze č. 1. V tomto textu při kategorizaci služeb vycházíme z mezinárodně užívaných obecných názvů rehabilitačních služeb pro lidi s duševními poruchami, nikoliv z definic užívaných zákonem o sociálních službách.

7.4 Závěr

Záměrem dalšího rozvoje komunitních služeb je vytvoření provázané sítě spolupracujících služeb a zařízení zdravotnických i sociálních v rámci určité geografické oblasti. Ideální velikost této oblasti odpovídá počtu 100 tisíc obyvatel. Prakticky by této oblasti nejvíce vyhovovaly bývalé okresy s ustálenými vazbami v rámci komunity, infrastrukturou a přirozeným centrem.

Hlavním koordinačním jádrem by se měla stát těsná spolupráce mezi psychiatrickou ambulancí a případovým vedením poskytovaným komunitními psychiatrickými sestrami a/nebo sociálními pracovníky. Úkolem případového vedení je pak dále navazovat péči na komunitní zařízení ve zdravotní i sociální oblasti (denní stacionáře, rezidenční komunitní služby, pracovní rehabilitace, aktivizační služby). Spolupráce ambulantního psychiatra by více navazovala na akutní lůžkové oddělení, krizová centra a služby, denní stacionáře (viz Obr. 1).

Obr. 1 Spolupráce komunitních služeb v rámci vymezené geografické oblasti (100 tis. obyvatel)



Komunitní služby jsou však nedostatečně rozvinuté po stránce kvantitativní a po stránce rozmístění v jednotlivých oblastech ČR:

- U krizových psychiatrických center je zapotřebí zavést systematické financování z prostředků zdravotního pojištění (Sazebník zdravotních výkonů), rozšířit jejich působnost v první fázi alespoň v rozsahu všech krajských měst. Více zařízení by pak připadalo v úvahu ve větších metropolích (Praha, Brno, Ostrava).
- Denní stacionáře jsou lokalizovány především ve velkých městech. Bylo by potřebné zvýšit počet těchto zařízení. V počáteční fázi předpokládáme takové rozšíření, aby jeden denní stacionář pokrýval zhruba oblast se 100 tis. obyvateli.
- Komunitní psychiatrické sestry působí prozatím velmi omezeně. Pro potřeby reformy psychiatrické péče by bylo zapotřebí jejich počet a místa působnosti výrazně navýšit (alespoň 2-5 na 100 tis. obyvatel). Je potřebná další dohoda se zdravotními pojišťovnami o rozšíření úvazků nebo navázání nových smluv na tuto činnost. Psychiatrické sestry mohou pracovat buď v rámci většího ambulantního zařízení nebo psychiatrické ambulance nebo mohou mít rovněž samostatnou registraci.
- Rezidenční komunitní služby (chráněná bydlení) jsou další oblastí péče, která je nedostatečně rozvinutá pro potřeby transformace služeb. Kapacitu je zde zapotřebí rovněž výrazně navýšit tak, aby mohly ve větší míře zajišťovat přechod pacientů z dlouhodobých hospitalizací.
- Ač došlo v minulých letech k mírnému rozšíření služeb psychiatrické rehabilitace, bude nutné do blízké budoucnosti jejich další posílení. Potřebné bude rovněž zlepšit pravidelnost a kvantitu jejich financování.

Rozšíření služeb s sebou ponese i potřebu zajištění dostatečného počtu odborně vzdělaného personálu. V tomto směru je důležité se zaměřit zejména na specializované vzdělání zdravotních sester v psychiatrické péči (postgraduální vzdělání u středoškolsky vzdělaných sester, magisterské specializované programy pro ošetřovatelství v psychiatrii). Současně by bylo vhodné zavést i možnost postgraduální specializace v psychiatrii pro sociální pracovníky po ukončení magisterského studijního programu. Dále bude nezbytné zajistit vzdělávací programy, praxe nebo doplňující vzdělávání pro personál přecházející z psychiatrických léčeben do komunitních služeb.

Literatura:

Kitzlerová, E., Pěč, O., Raboch, J., Howardová, A., Stárková, I., Baková, N., Sekot, M., Peichlová, J.: Mapování denních stacionářů v České republice, *Česká a slovenská psychiatrie* 99, 2003, č. 6, s. 299-305

Příloha č. 1 ORIENTAČNÍ DEFINICE REHABILITAČNÍCH SLUŽEB

Asertivní komunitní léčbu (assertive community treatment - ACT) charakterizují tyto prvky: multiprofesní tým včetně psychiatra, péče o pacienta je sdílena celým týmem, přímé poskytování služeb členy týmu, vysoká četnost kontaktů s pacientem, méně pacientů na jeden tým, asertivní „vyhledávání“ pacienta v jeho prostředí a nepřetržitá služba.

Byt na půli cesty je časově omezená služba klientům, kteří se ocitli v obtížných živ. situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálního tréninku, zaměřeného na rozvoj psychosociálních dovedností a dalších schopností klienta. Cílem je postupné zapojování do samostatného běžného života. V bytě bydlí maximálně 3 osoby. **Dům na půli cesty** je časově omezená služba klientům, kteří se ocitli v obtížných živ. situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálního tréninku, zaměřeného na rozvoj psychosociálních dovedností a dalších schopností klienta. Cílem je postupné zapojování do samostatného běžného života. V domě bydlí více než 3 osoby. **Chráněné bydlení** je residenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života. Poskytuje se na dobu neomezenou. **Podporované bydlení** je služba zaměřená na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení, poskytovaná u klienta doma (může se jednat i o prostředí ubytovny apod.).

Case management (případové vedení) je způsob péče ušitý na míru individuálním potřebám klienta, realizovaný prostřednictvím udělení odpovědnosti za posouzení klientovy situace a koordinace zdravotních, sociálních a dalších služeb jednomu pracovníkovi nebo týmu. Případový vedoucí jednak koordinuje péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle jeho individuálních potřeb, jednak poskytuje i přímou podporu pacientovi, zejména v jeho vlastním prostředí.

Centra denních aktivit poskytují klientům příležitost pro setkávání a vytváření sociálních kontaktů, emoční podporu, pomoc s řešením problémů a aktivizační programy.

Chráněná dílna představuje specifické pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost - případně vůbec nemohou - uplatnit se na trhu práce, poskytuje jim pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. (Klienti mají pracovní smlouvu, berou mzdu. CHD obvykle čerpá dotace od ÚP.)

Poradna je služba, která poskytuje klientům informace o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech. Nabízí různé možnosti řešení jejich problému nebo životní situace a napomáhá tyto možnosti realizovat. Poradenské služby jsou rovněž zřizovány za účelem poskytování informací o službách, léčebných a rehabilitačních programech, dále informací týkající se sociální problematiky a sociálního zabezpečení a konečně jako poradenství právní. **Informační centra uživatelů** - poskytování informací uživateli psychiatrických služeb o službách pro duševně nemocné a lidi v kontaktu s duševní nemocí, svépomocných aktivitách, volnočasových aktivitách, pracovních příležitostech, atd.

Krizová pomoc je službou, která odpovídá na klientův prožitek vlastní životní situace, již vnímá jako neodkladnou a naléhavou a ve stavu nouze ji není schopen řešit vlastními silami a z vlastních zdrojů. Cílem je poskytnout klientovi bezpečí, podporu, naději a vedení, aby pocítil úlevu, aby se zvýšila jeho schopnost situaci zvládat a aby se vrátil na předkrizovou úroveň přizpůsobení a žití.

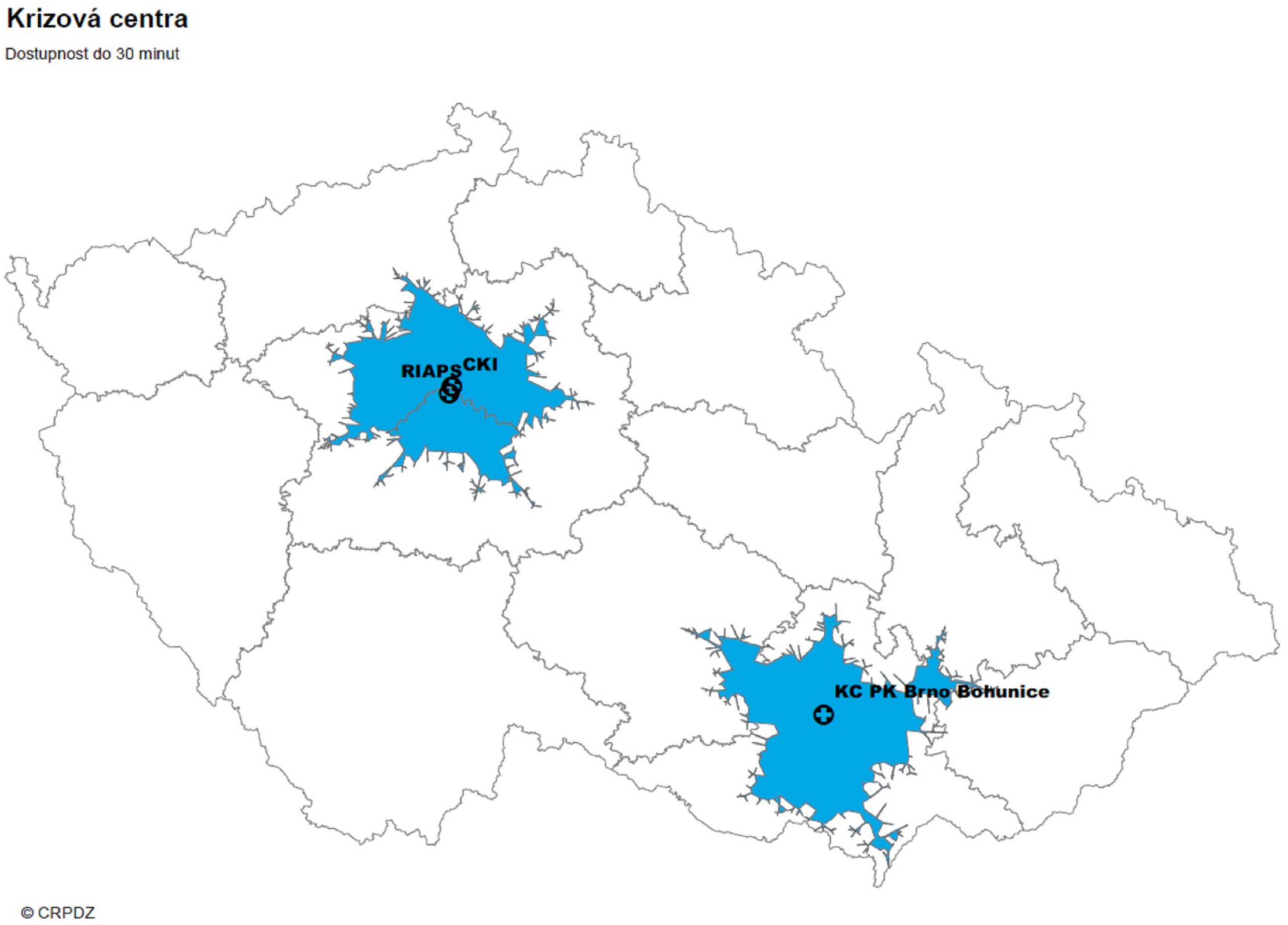
Cílem **Osobní asistence** je pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby neměl postižení. Poskytuje se bez omezení místa a času.

Přechodné zaměstnávání je časově limitovaný pracovně rehab. pokus umožňující lidem, kteří pro svůj handicap nejsou dočasně schopni obstát v běžném zaměstnání bez cizí pomoci, nácvik sociálních dovedností potřebných k získání zaměstnání a udržení se v něm, a to v prostředí primárního trhu práce a za pomoci socioterapeuta. Rehabilitované osoby

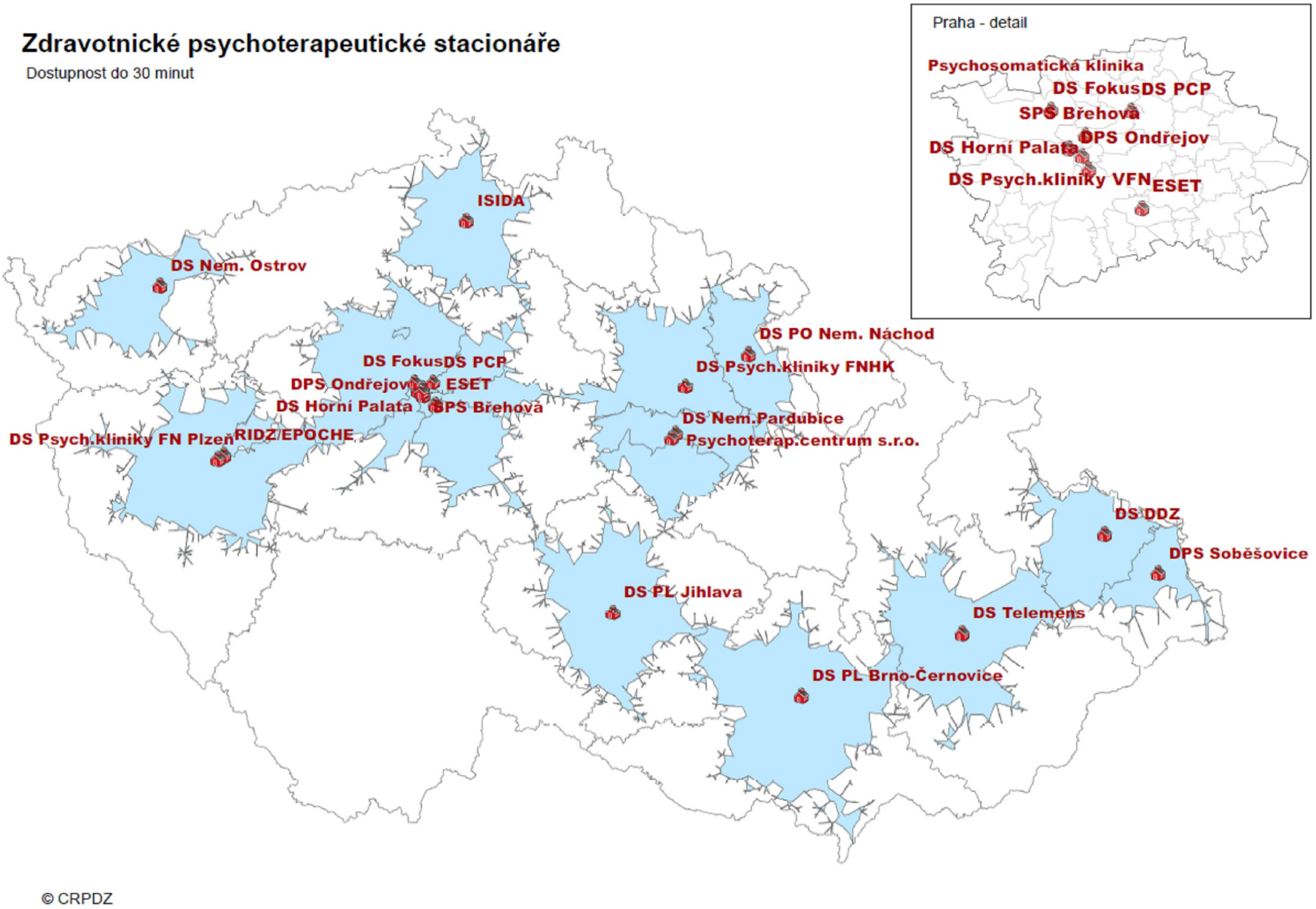
jsou zařazovány na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách mimo vlastní organizaci na časově omezenou dobu (obvykle 6 měsíců) na zkrácený úvazek. Rehabilitace probíhá za individuální podpory sociálních pracovníků či soc. terapeutů. Jedinec je za práci finančně odměňován (obvykle podle počtu odpracovaných hodin). Může absolvovat následně i více přechodných pracovních míst. Při výpadku či selhávání pacienta je nahrazen jiným nemocným nebo dočasně i pracovním terapeutem nebo sociálním pracovníkem. Podporované zaměstnávání nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Spočívá v placené práci v integrovaném prostředí se zajištěním dlouhodobé podpory pro člověka s postižením na otevřeném trhu práce. Pod pojmem placená práce se rozumí, že člověk dostává za stejnou práci stejnou mzdu jako zaměstnanec bez postižení.

Sociální firmy jsou samostatné provozy či podniky, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou. Provoz je podporován státními institucemi, event. sponzory a je zapojen do běžného tržního prostředí, často ve sféře služeb. Setrvání nemocného na pracovním místě není časově omezeno. Sociální firma je konkurenceschopný podnikatelský (podnikající) subjekt (jakéhokoli právního statutu) 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. (Může čerpat finanční dotace zejména od ÚP. Více info: www.socialnifirmy.cz)

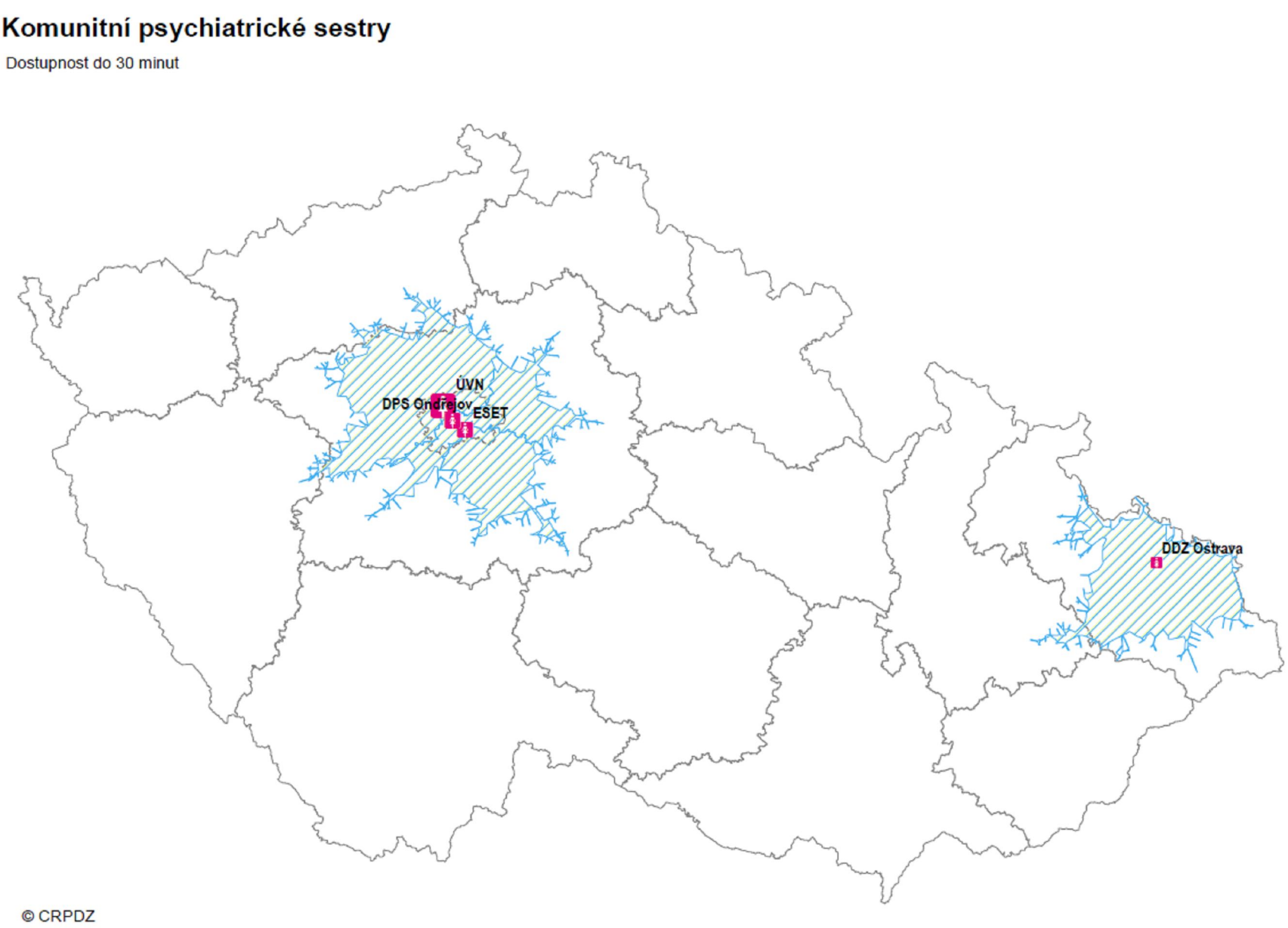
Obr. 2


Krizová centra
Dostupnost do 30 minut
RIAPSCKI
KC PK Brno Bohunice
© CRPDZ

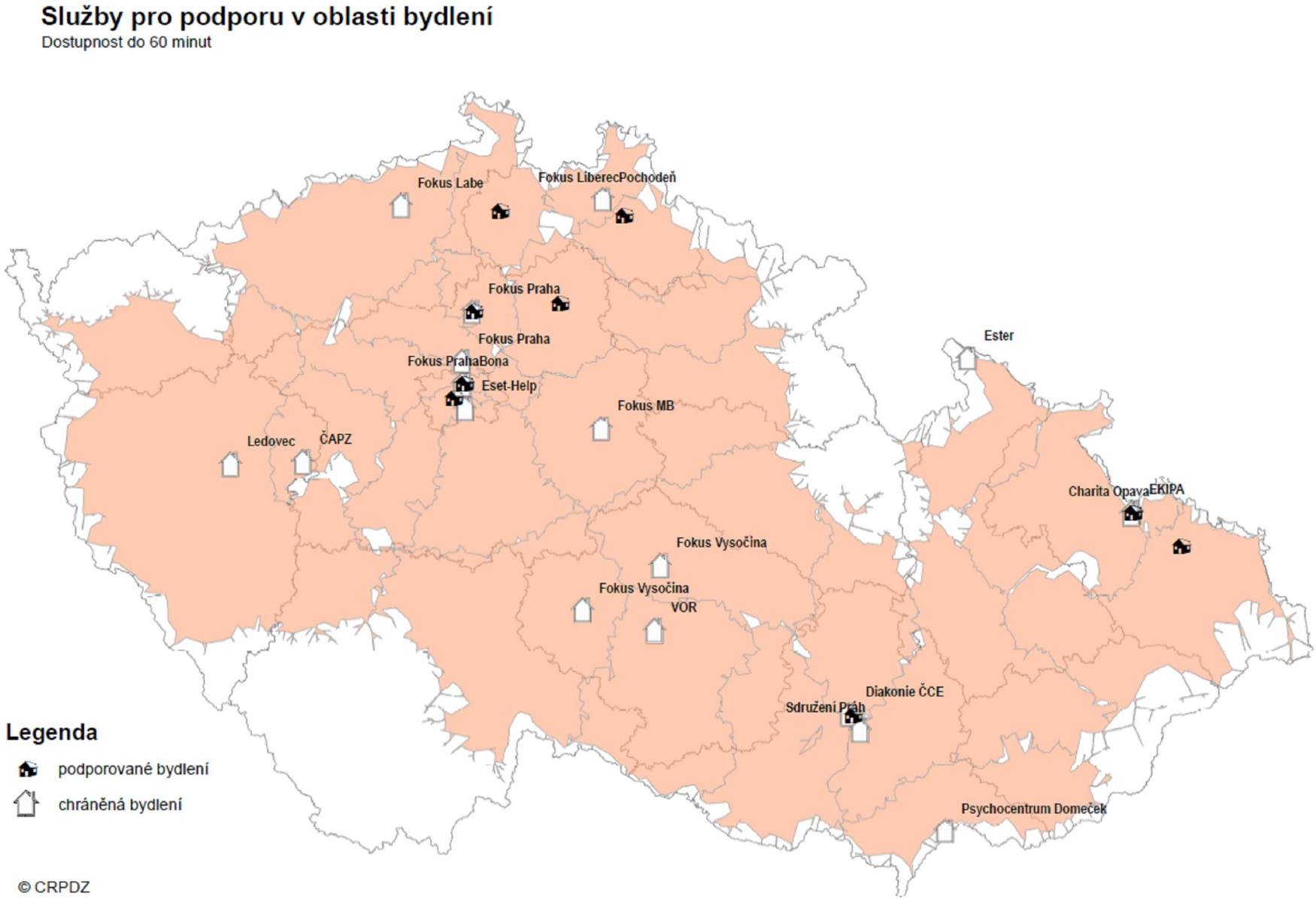
Obr. 3


Zdravotnické psychoterapeutické stacionáře
Dostupnost do 30 minut
Praha - detail
Psychosomatická klinika
DS Fokus
DS PCP
SPS Břehová
DPS Ondřejov
DS Horní Palata
DS Psych.kliniky VFN
ESET
ISIDA
DS Nem. Ostrov
DS PO Nem. Náchod
DS Fokus
DS PCP
DPS Ondřejov
ESET
DS Horní Palata
DPS Břehová
DS Psych.kliniky FNHK
DS Nem.Pardubice
Psychoterap.centrum s.r.o.
DS Psych.kliniky FN Plzeň
RIDZ/EPOCHE
DS DDZ
DPS Soběšovice
DS PL Jihlava
DS Telemens
DS PL Brno-Černovice
© CRPDZ

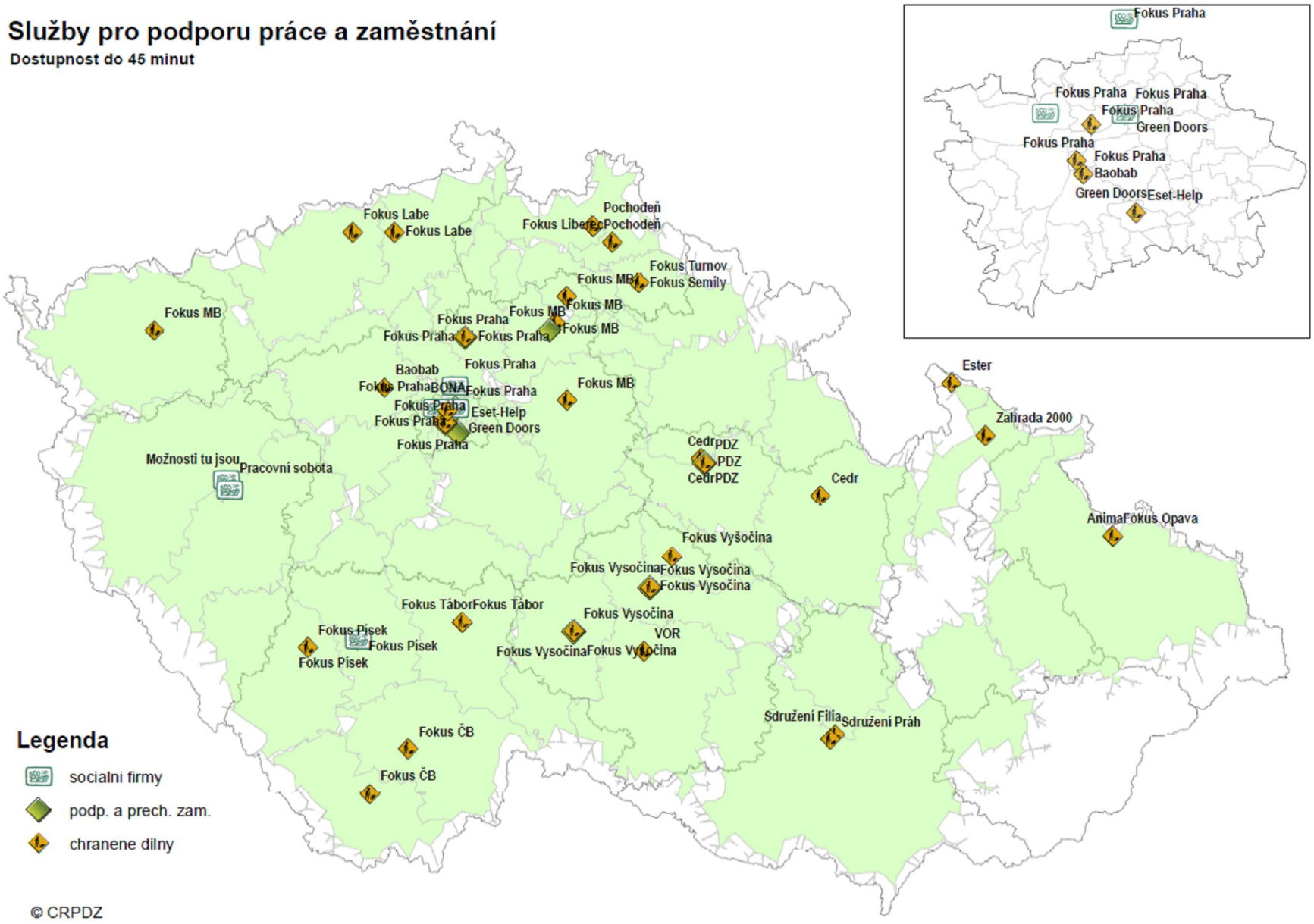
Obr. 4


Komunitní psychiatrické sestry
Dostupnost do 30 minut
ÚVN
DPS Ondřejov
ESET
DDZ Ostrava
© CRPDZ

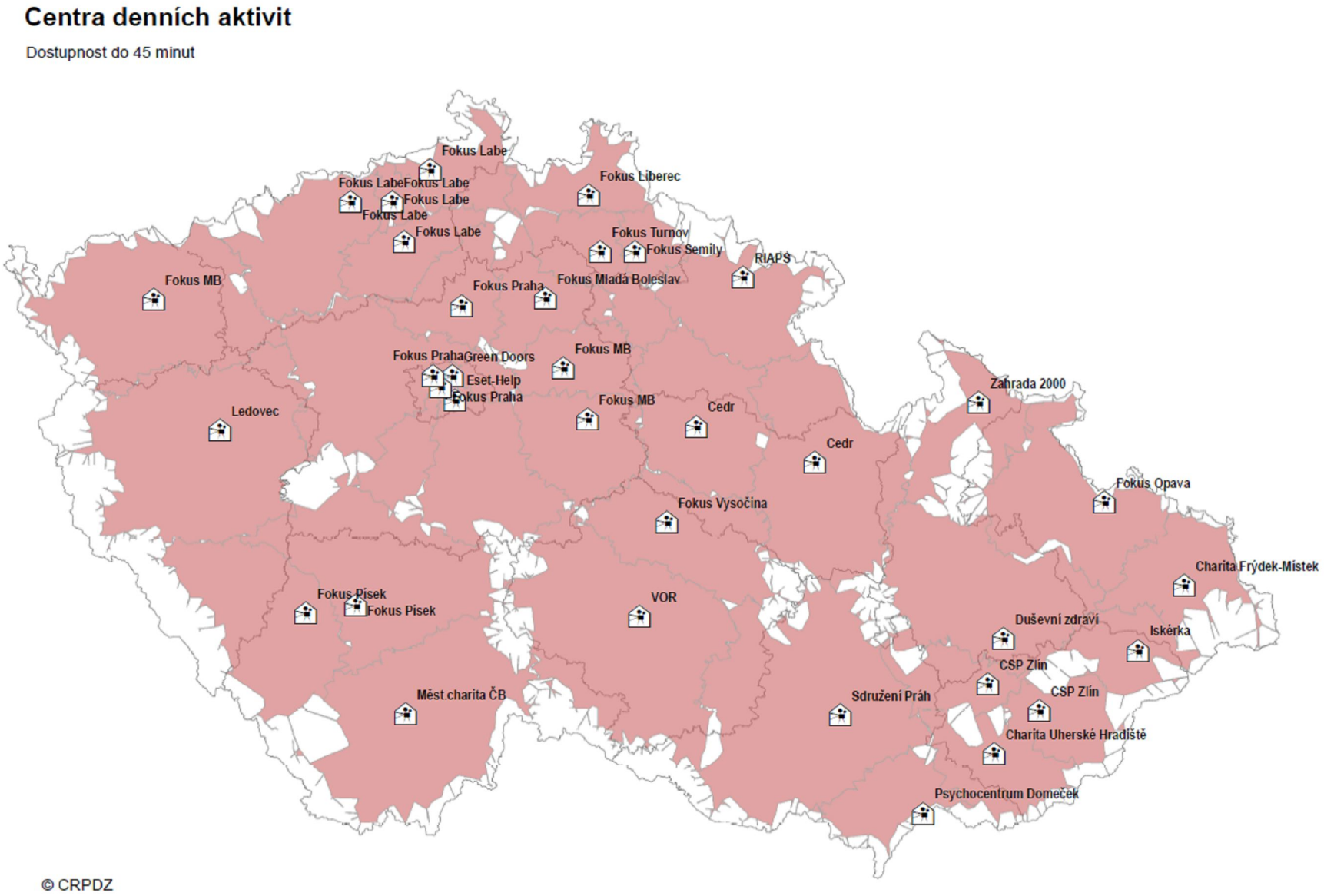
Obr. 5


Služby pro podporu v oblasti bydlení
Dostupnost do 60 minut
Fokus Labe
Fokus LiberecPochodeň
Fokus Praha
Fokus Praha
Fokus PrahaBona
Eset-Help
Fokus MB
Ledovec
ČAPZ
Ester
Charita Opava
EKIPA
Fokus Vysočina
Fokus Vysočina
VOR
Diakonie ČCE
Sdružení Práh
Psychocentrum Domeček
Legenda
podporované bydlení
chráněná bydlení
© CRPDZ

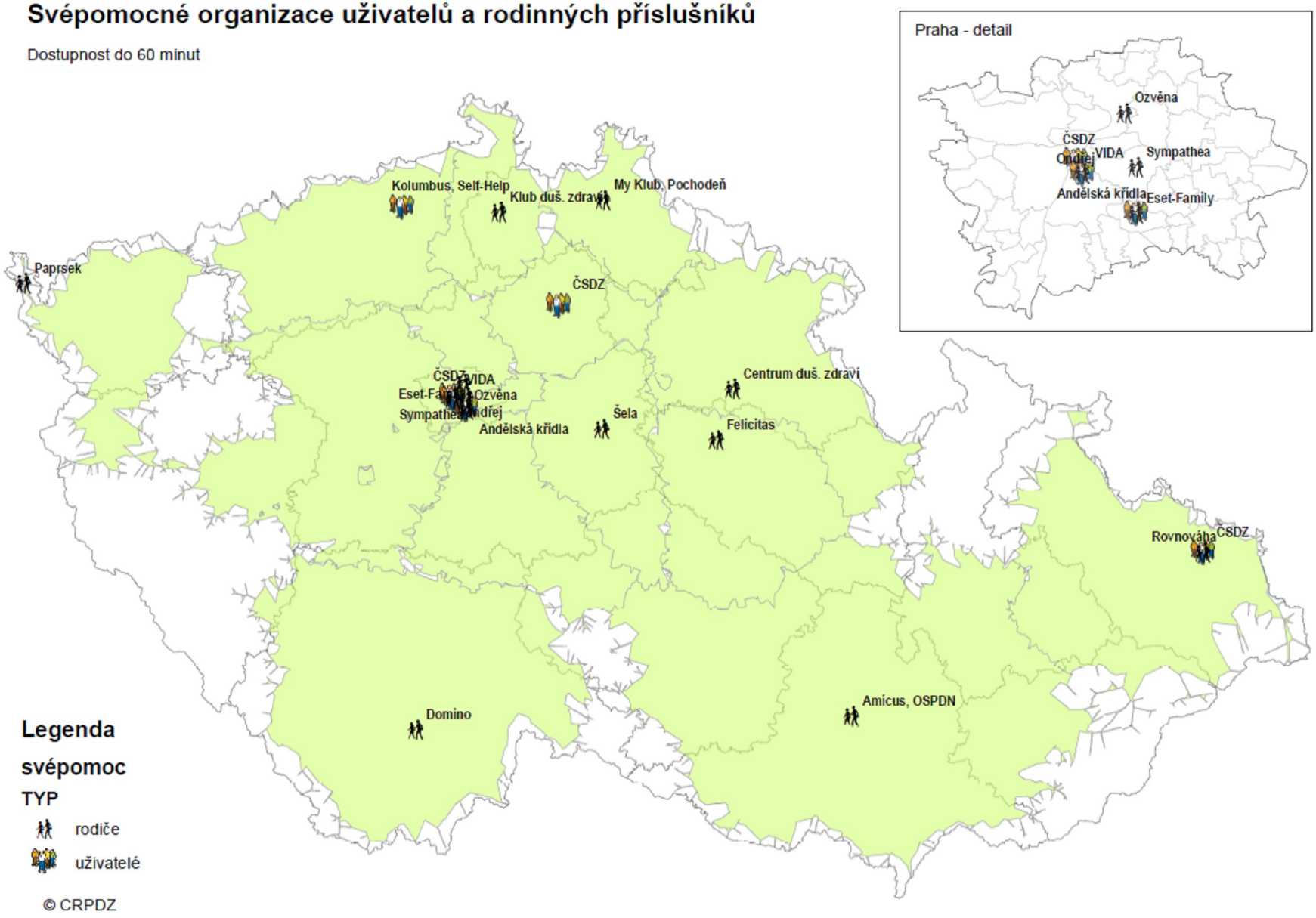
Obr. 6


Služby pro podporu práce a zaměstnání
Dostupnost do 45 minut
Fokus Praha
Fokus Praha Fokus Praha
Fokus Praha
Green Doors
Fokus Praha
Fokus Praha
Baobab
Green Doors Eset-Help
Fokus Labe
Fokus Labe
Fokus Liberec
Pochodeň
Pochodeň
Fokus Turnov
Fokus MB
Fokus Semily
Fokus MB
Fokus MB
Fokus MB
Fokus MB
Fokus Praha
Fokus Praha
Fokus Praha
Baobab
Fokus Praha
BONA
Fokus Praha
Fokus MB
Fokus Praha
Eset-Help
Fokus Praha
Green Doors
Fokus Praha
Ester
Zahrada 2000
Možnosti tu jsou
Pracovní sobota
Cedr
PDZ
PDZ
Cedr
PDZ
Cedr
Anima
Fokus Opava
Fokus Vysočina
Fokus Vysočina
Fokus Vysočina
Fokus Vysočina
Fokus Tábor
Fokus Tábor
Fokus Vysočina
VOR
Fokus Vysočina
Fokus Vysočina
Fokus Písek
Fokus Písek
Fokus Písek
Sdružení Filia
Sdružení Práh
Fokus ČB
Fokus ČB
Legenda
socialni firmy
podp. a prech. zam.
chranene dilny
© CRPDZ

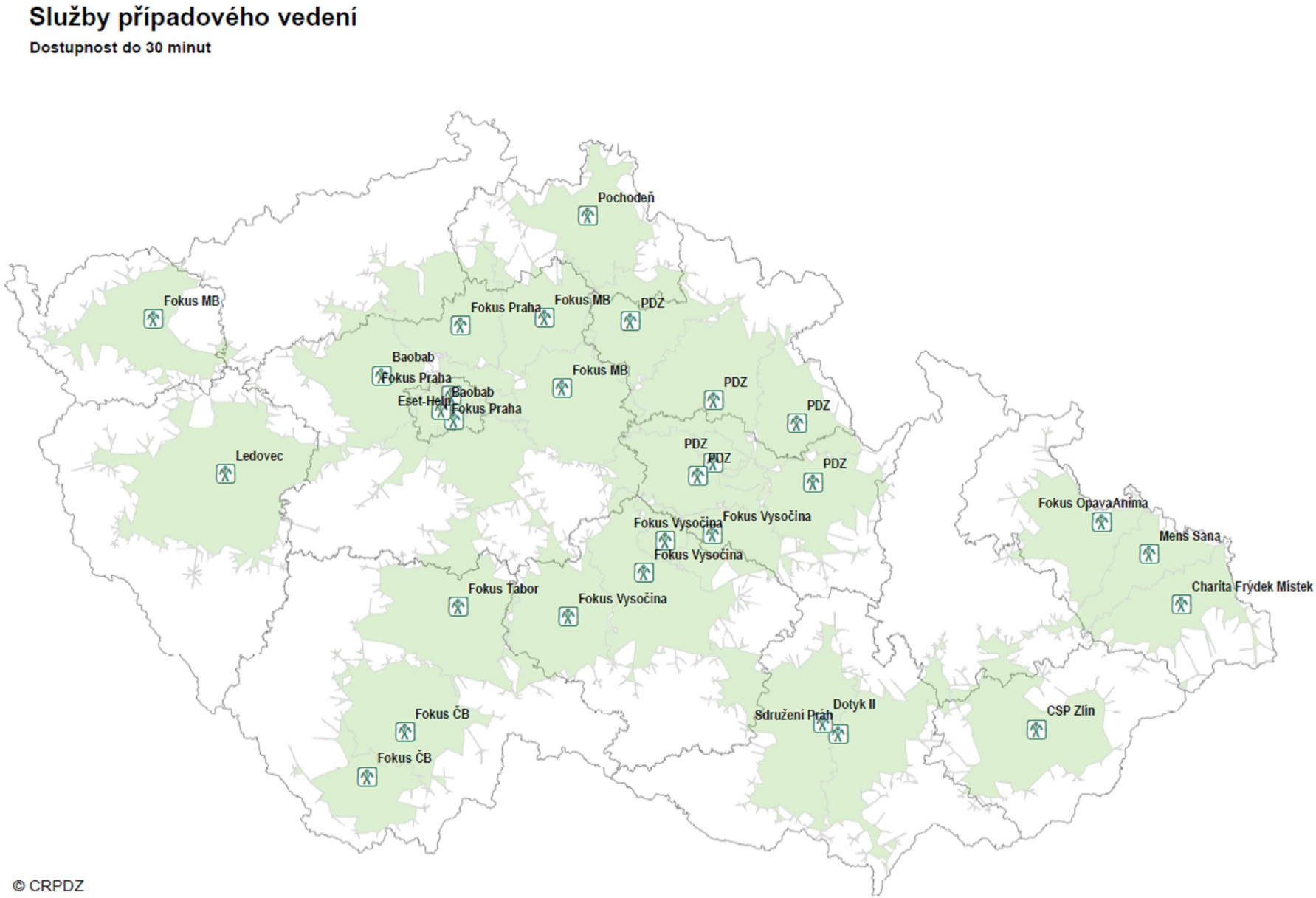
Obr. 7


Centra denních aktivit
Dostupnost do 45 minut
Fokus Labe
Fokus Labe
Fokus Labe
Fokus Labe
Fokus Labe
Fokus Labe
Fokus Liberec
Fokus Turnov
Fokus Semily
RIAPS
Fokus MB
Fokus Praha
Fokus Mladá Boleslav
Fokus Praha
Green Doors
Eset-Help
Fokus Praha
Fokus MB
Fokus MB
Cedr
Cedr
Zahrada 2000
Ledovec
Fokus Vysočina
Fokus Opava
Charita Frýdek-Místek
Fokus Písek
Fokus Písek
VOR
Duševní zdraví
Iskérka
CSP Zlín
CSP Zlín
Měst.charita ČB
Sdružení Práh
Charita Uherské Hradiště
Psychocentrum Domeček
© CRPDZ

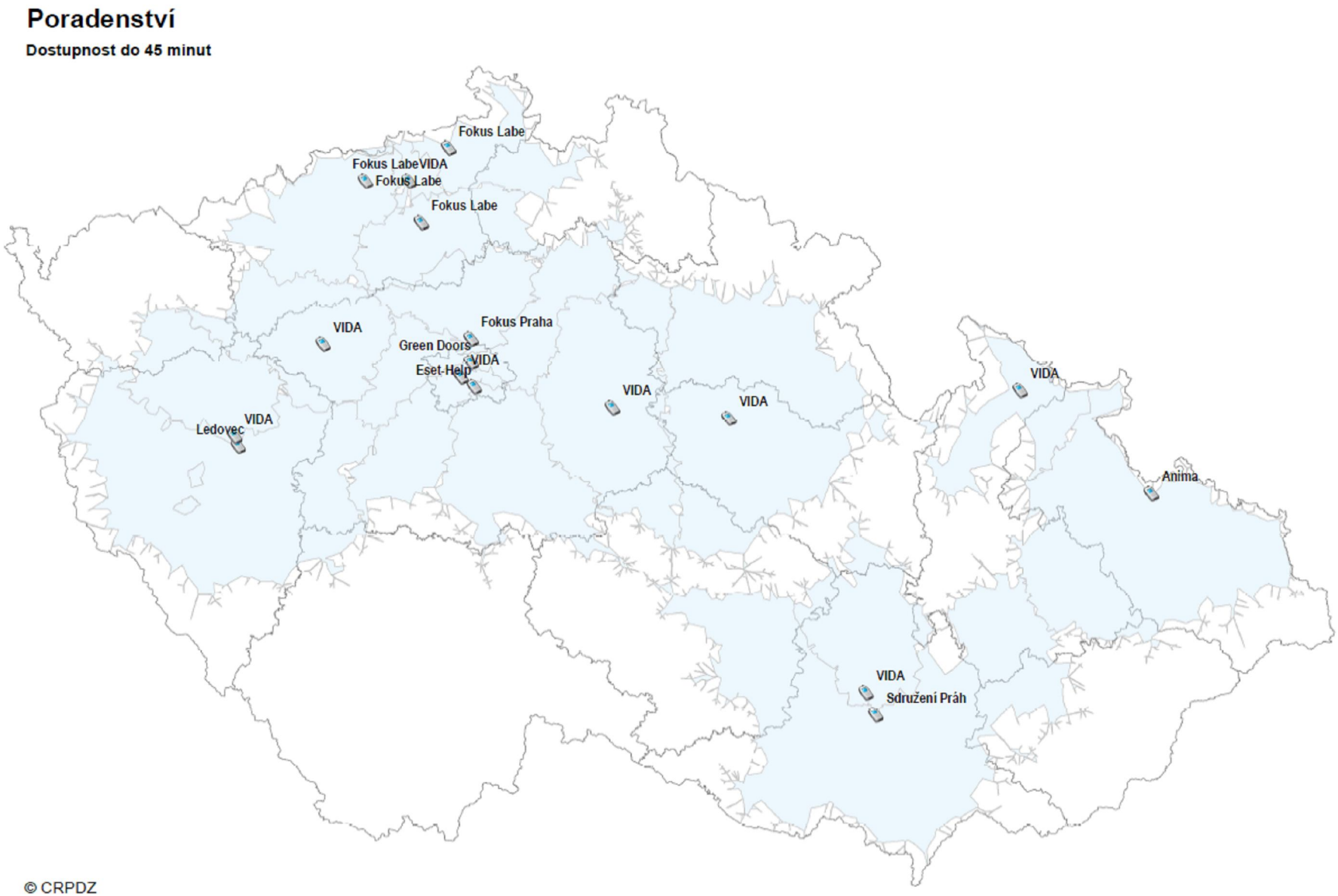
Obr. 8


Svépomocné organizace uživatelů a rodinných příslušníků
Dostupnost do 60 minut
Praha - detail
Ozvěna
ČSDZ
VIDA
Sympathea
Ondřej
Andělská křídla
Eset-Family
Kolumbus, Self-Help
Klub duš. zdraví
My Klub, Pochodeň
Paprsek
ČSDZ
ČSDZ
VIDA
Ozvěna
Ondřej
Andělská křídla
Šela
Centrum duš. zdraví
Felicitas
Rovnováha
ČSDZ
Domino
Amicus, OSPDN
Legenda
svépomoc
TYP
rodiče
uživatelé
© CRPDZ

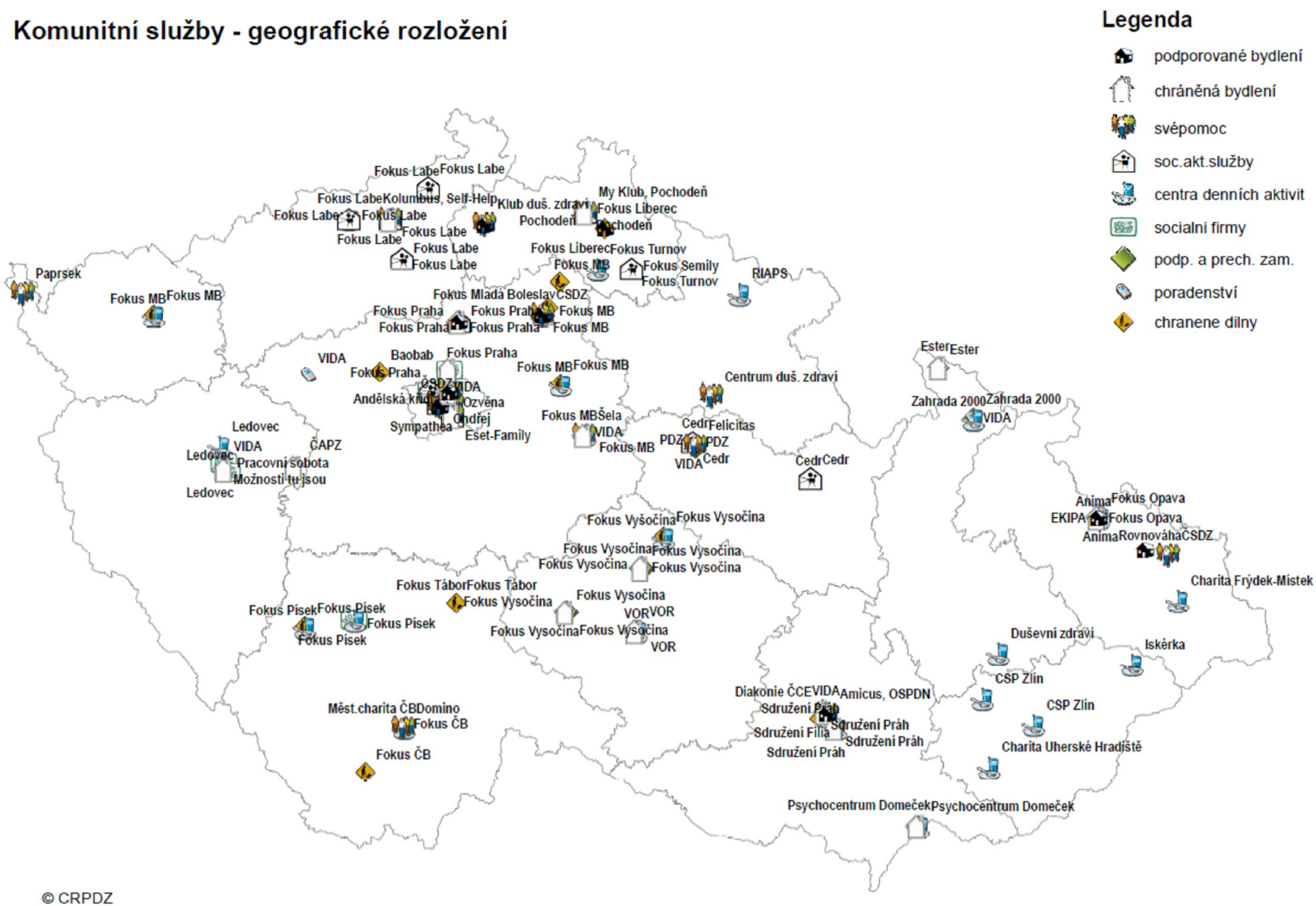
Obr. 9


Služby případového vedení
Dostupnost do 30 minut
Pochodeň
Fokus MB
Fokus Praha
Fokus MB
PDZ
Baobab
Fokus Praha
Fokus MB
Eset-Help
Baobab
Fokus Praha
PDZ
PDZ
Ledovec
PDZ
PDZ
PDZ
Fokus Vysočina
Fokus Vysočina
Fokus OpavaAnima
Mens Sana
Fokus Vysočina
Fokus Tabor
Fokus Vysočina
Charita Frýdek Místek
Fokus ČB
Dotyk II
Sdružení Práh
CSP Zlín
Fokus ČB
© CRPDZ

Obr. 10


Poradenství
Dostupnost do 45 minut
Fokus Labe
Fokus LabeVIDA
Fokus Labe
Fokus Labe
VIDA
Fokus Praha
Green Doors
VIDA
Eset-Help
VIDA
VIDA
VIDA
Ledovec
VIDA
VIDA
Anima
VIDA
Sdružení Práh
© CRPDZ

Obr. 11


Komunitní služby - geografické rozložení
Legenda
podporované bydlení
chráněná bydlení
svépomoc
soc.akt.služby
centra denních aktivit
socialni firmy
podp. a prech. zam.
poradenství
chranene dilny
Paprsek
Fokus MB
Fokus Labe
Kolumbus, Self-Help
Klub duš. zdraví
Pochodeň
My Klub, Pochodeň
Fokus Liberec
Fokus Turnov
Fokus Semily
RIAPS
Fokus Mladá Boleslav
ČSDZ
Fokus Praha
VIDA
Baobab
Andělská křídla
Ozvěna
Ondřej
Sympathea
Eset-Family
Centrum duš. zdraví
Ester
Zahrada 2000
Ledovec
ČAPZ
Pracovní sobota
Možnosti tu jsou
Cedr
Felicitas
PDZ
Fokus Vysočina
Fokus Tábor
Fokus Písek
VOR
Anima
Fokus Opava
EKIPA
Rovnováha
Charita Frýdek-Místek
Duševní zdraví
Iskérka
CSP Zlín
Diakonie ČCE
Amicus, OSPDN
Sdružení Práh
Sdružení Filia
Charita Uherské Hradiště
Měst.charita ČB
Domino
Fokus ČB
Psychocentrum Domeček
© CRPDZ

8 Hodnocení kvality péče o nemocné pomocí dotazníku QUIRC

MUDr. Lucie Kališová, PhD.

8.1 Úvod

Problematika dlouhodobě psychiatricky nemocných vyžadujících každodenní péči je často opomíjena a není jí věnována adekvátní pozornost. Je nezpochybnitelné, že se jedná o velmi početnou skupinu nemocných, zejména s diagnózou schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy. U těchto nemocných komplikuje průběh nemoci nedostatečná odpověď na léčbu, přetrvávání příznaků, snížení schopností fungovat v běžném životě a následně také přidružené užívání alkoholu či drog. Obecně lze konstatovat, že jde o nemocné s vysokou potřebou pomoci a komplexní péče, s vysokou mírou pracovní neschopnosti, u nichž vzhledem k jejich zranitelnosti a snížené sociální adaptabilitě dané chorobou, může docházet také k porušování jejich práv. Péče o tuto skupinu nemocných je náročná a specifická a v národním měřítku představuje významnou finanční i společenskou zátěž, a to jak pro zdravotnický systém, tak pro systém sociální péče.

Duševně nemocní, kteří potřebují každodenní péči nebo dohled a není v silách jejich příbuzných takto intenzivní péči zajistit, jsou v České republice hospitalizováni většinou na odděleních následné péče psychiatrických léčeben. Malé procento, a to zejména v poslední době, má možnost být umístěno v komunitním zařízení, např. v chráněném bydlení s každodenní přítomností personálu.

Hodnocení kvality péče, ač jde v mnoha zemích o přirozenou a pravidelnou součást procesu péče, je v naší zemi vnímáno značně kontroverzně. Řada zařízení u nás se totiž s měřením kvality péče setkala zejména v rámci jednorázových kontrol nadnárodních organizací, jejichž výsledek byl následně medializován a spojen s nevhodnou laickou prezentací situace. Takové posouzení kvality většinou neuspokojivě splnilo svůj účel. Hodnocení kvality by mělo být k dispozici poskytovatelům i příjemcům péče a mělo by umožnit revidovat vlastní zkušenosti, detekovat slabiny v rutinní praxi a následně, na základě získaných poznatků, umožnit zlepšení. Navzdory již zmíněnému svízelnému postoji k hodnocení kvality psychiatrické péče u nás, lze v poslední době zaznamenat snahy o standardizaci a zlepšení kvality péče, jehož součástí je standardizované hodnocení kvality.

Dotazník QUIRC (Quality Indicator for Rehabilitative Care) je validizovaný dotazník, který slouží ke komplexnímu a standardizovanému hodnocení kvality péče v zařízeních poskytujících péči a podporu nemocným s dlouhodobým průběhem onemocnění. Hodnotící nástroj QUIRC sleduje kvalitu péče v 7 oblastech (doménách) – prostředí, terapeutické prostředí, léčebné intervence, sebepéče a autonomie, sociální začlenění, lidská práva a praxe vedoucí k úzdravě (Tab. 1). QUIRC byl vytvořen a validizován v rámci mezinárodního projektu DemoBinc (Development of a Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Illness in Institutional Care). Šlo o projekt financovaný Evropskou Unií v 6. rámcovém programu, který probíhal od března 2007 do března 2010. Projektu se zúčastnilo 11 center z 10 zemí Evropské Unie (Velká Británie, Německo, Španělsko, Česká republika, Bulharsko, Itálie, Nizozemsko, Polsko, Řecko a Portugalsko), jedním z řešitelů byla také Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze.

QuIRC (Quality Indicator for Rehabilitative Care) je první mezinárodně uznaný internetový nástroj nabízející hodnocení kvality péče v psychiatrických zařízeních nebo v zařízeních sociální péče, ve kterých jsou dlouhodobě umístěni duševně nemocní. Tento

nástroj je od ukončení projektu DEMoBinc používán běžně v řadě zemí, nejvíce ve Velké Británii.

QUIRC se dá od roku 2011 používat bezplatně prostřednictvím webové stránky www.quirc.eu, kde jsou všechny informace k dispozici v českém jazyce. Dotazník se dá použít pro hodnocení péče v zařízeních poskytujících každodenní dlouhodobou psychiatrickou péči - nemocniční lůžkovou (oddělení následné péče v psychiatrických léčebnách) nebo komunitního typu (například chráněná bydlení). Program dokáže obratem zpracovat výsledky a poskytnout výsledné hodnocení formou grafu; umožňuje také srovnání výsledků – tj. například opakovaným každoročním hodnocením lze získat informaci o vývoji kvality péče.

Dotazník vyplňuje pracovník podrobně obeznámený s chodem zařízení, tj. má dostatečné informace o poskytování péče ve sledovaném zařízení (tj. primář, vrchní sestra, hlavní terapeut, manažer zařízení aj.)

V rámci projektu Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí) jsme použili dotazník QUIRC pro hodnocení aktuálního stavu poskytované kvality péče ve vhodných odděleních následné péče a v zařízeních komunitního typu (chráněná bydlení s každodenní přítomností personálu) po celé České republice.

8.2 Metoda

Hodnocení kvality péče v zařízeních se v rámci grantu MZ zúčastnila po dohodě oddělení následné péče psychiatrických léčeben (zejména oddělení pro pacienty s dlouhodobým průběhem psychóz) a chráněná bydlení umožňující bydlení minimálně 6 osobám, které sdílejí některé společné prostory a jsou pod každodenní supervizí odborníka (Tab. 1). Vstupním kritériem pro hodnocení byla možnost hospitalizovat či ubytovat nemocné po dobu delší než 6 měsíců.

Data zadávali prostřednictvím webové stránky www.quirc.eu informovaní zkušení pracovníci jednotlivých zařízení. Za spolupráci v tomto grantu obdrželi 500,- Kč za každé hodnocené oddělení. Jednotlivé vyplnění 145 otázek dotazníku QUIRC trvá přibližně 60-90 minut, pokud má hodnotitel k dispozici podrobné údaje o hodnoceném zařízení či oddělení.

Data byla získána se souhlasem jednotlivých zařízení z datové centrály ve Velké Británii a anonymně zpracována. Výsledné hodnocení udává procentuální hladinu kvality péče v jednotlivých doménách (tab. 2). Jednotlivá zúčastněná zařízení obdržela programem zpracovanou zpětnou vazbu (tj. výsledné hodnocení a příklady možných intervencí, pomocí kterých lze kvalitu péče zlepšit).

8.3 Výsledky

Hodnotili jsme celkem 15 oddělení z 8 psychiatrických léčeben umístěných v různých oblastech České republiky – jedna z léčeben nabídla vyplnění dotazníku QUIRC na 6 odděleních, dvě psychiatrické léčebny hodnotily 2 různá oddělení následné péče; celkem šlo o hodnocení zařízení pro 673 nemocných. Počet komunitních lůžek/míst v chráněném bydlení byl velmi limitován, pokud jsme dodrželi podmínky zařazení vhodných zařízení. Nakonec jsme spolupracovali se 4 chráněnými bydleními komunitního typu, pro celkem 46 nemocných. Z tabulky základních charakteristik sledovaných zařízení vyplývá, že v psychiatrických léčebnách byli nemocní umístěni na poměrně velkých odděleních pro až 55 nemocných, téměř 10 % nemocných ve sledovaných zařízeních naplňovalo právní podmínky nedobrovolného přijetí či léčby. Personální obsazenost sledovaných oddělení byla velmi omezená. Komunitní chráněná bydlení zajišťovala péči v menších zařízeních, nemocní měli individualizovaný přístup personálu. Klienti chráněných bydlení mají více možností, je podporována jejich autonomie a

samostatnost – mají klíče od svého bydlení, mají individuálnější režim – mohou si rozhodnout, kdy vstanou, půjdou spát, jsou zapojeni do přípravy jídel, do běžných úklidových prací či praní. Je jim nechána větší kontrola nad medikací (ač mohou být upomínáni si léky vzít). Pacienti psychiatrických léčeben mají většinu aktivit danou režimem oddělení, provoz oddělení, příprava jídel a praní prádla jsou uskutečňovány bez aktivního zapojení nemocného. Data ukazují, že větší procento nemocných v psychiatrických léčebnách má vyšší potřebu podpory, tj. dá se tedy odvodit, že část nemocných v léčebnách není co do tíže postižení srovnatelná s klienty komunitních chráněných bydlení (Tab. 3).

Graf 1 poskytuje přehled dosažených skóre v jednotlivých oblastech hodnocení u psychiatrických léčeben a u chráněných bydlení. Je zřejmé, že celkově odpovídá péče v chráněných bydleních vyšší kvalitě zejména v oblastech podpory samostatnosti a autonomie, v míře sociálního začlenění a v uplatňování konceptu praxe vedoucí k úzdravě. Výsledky oddělení v rámci jedné léčebny byly zprůměrovány.
Grafy 2-8 znázorňují podrobné skóre v každé ze 7 hodnocených domén. Jak bylo výše zmíněno, největší rozdíly jsou patrné v doménách autonomie, sociálního začlenění a praxe vedoucí k úzdravě. Percentuelní hladiny hodnocení v jednotlivých oblastech se mezi psychiatrickými léčebnami také liší, ale žádná z léčeben nedosahuje skórů získaných v komunitních zařízeních.
Graf 9 obsahuje hodnocení 6 oddělení v rámci jedné léčebny a je zřejmé, že kvalita péče dle hodnocení dotazníku Quirc se zde opět liší, i když nejde o odlišnosti větší než několik procent, maximálně 10 %.

Tab. 1 Oblasti, ve kterých je možné hodnotit kvalitu péče prostřednictvím 145 otázek hodnotícího nástroje QUIRC

Doména	Co hodnotí otázky obsažené v této doméně:
1. Prostředí (PR)	aspekty prostředí zařízení, praktické stránky organizace a provozu
2. Terapeutické prostředí (TP)	personál – počet, druh, proškolenost, supervize, postoje personálu informace o nezávislých inspekcích a podpoře aktivit uživatelů péče
3. Léčebné intervence (LI)	lékařské, psychologické, sociální léčebné postupy a intervence, podporu tělesného zdraví, používání omezovacích prostředků
4. Sebepéče a autonomie (SA)	podporu nezávislosti uživatelů a možnosti jejich volby, podporu možností samostatného fungování
5. Sociální začlenění (SZ)	míru účasti uživatelů péče na aktivitách v komunitě a míru jejich interakce s osobami mimo zařízení
6. Lidská práva (LP)	podporu práv uživatelů péče zařízením, míru zahrnutí uživatelů do rozhodnutí o jejich péči; posouzení dodržování důvěrnosti záznamů, stížnostní procedury poskytování právních služeb rezidentům a dostupnost voleb
7. Praxe vedoucí k úzdravě (PKÚ)	míru zahrnutí uživatelů péče do procesu plánování péče a léčby míru zahrnutí zařízení do místní komunity podporu autonomie uživatelů péče očekávání personálu týkající se úzdravy uživatelů péče

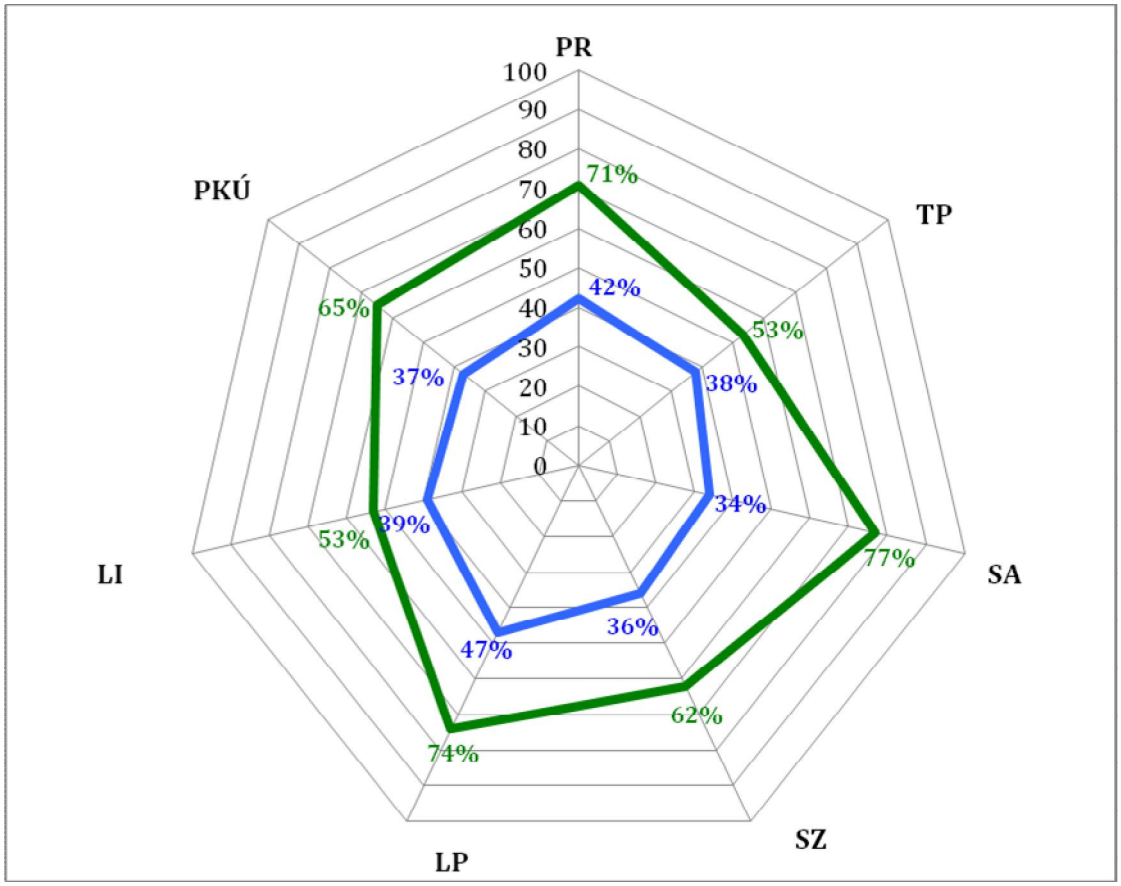
Tab. 2 Vzorek zařízení hodnocený v rámci grantu MZ

Zařazené psychiatrické léčebny - abecední pořadí	**Zařazená chráněná bydlení**
PL Bohnice PL Dobřany PL Havlíčkův Brod PL Horní Beřkovice PL Jihlava PL Kosmonosy PL Petrohrad PL Šternberk **Počet hodnocených oddělení: 15**	BONA Praha FOKUS Mladá Boleslav Terapeutická komunita Mýto Sdružení Práh, Brno

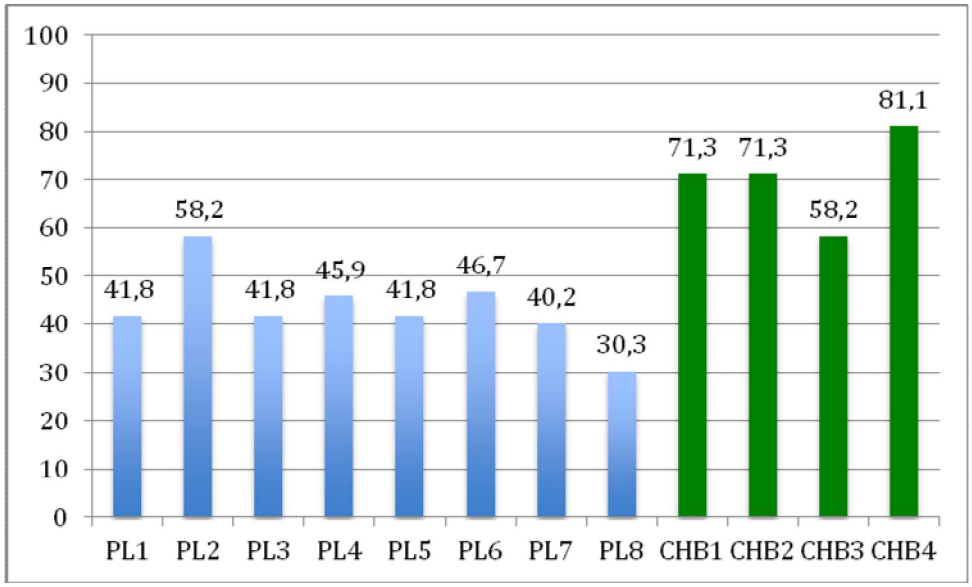
Tab. 3
Základní charakteristicky hodnocených zařízení – celkové hodnocení

Charakteristika	**Oddělení PL**	**Chráněná bydlení**
Počet lůžek /míst	**673**	**46**
Obsazenost v době hodnocení	**96%**	**91%**
Počet lůžek na oddělení/ v CHB - průměr	**44 (31-55)**	**9 (5-16)**
Počet nedobrovolně hospitalizovaných	**10%**	**0%**
Počet lůžek na pokoji – průměr	**9 (4-14)**	**2,5 (1-4)**
Personální zajištění - průměrně	**1 psychiatr / 19 pacientů 1 psycholog / 115 pacientů 1 soc. pracovník/ 73 pac. 1 sestra / 3 pacienty**	**1 blíže neurčený terapeut / 1 nemocného**
Použití omezovacích opatření v posledním měsíci - průměrně	**19%**	**0%**
Nemocní s vysokou potřebou pomoci	**22%**	**5%**

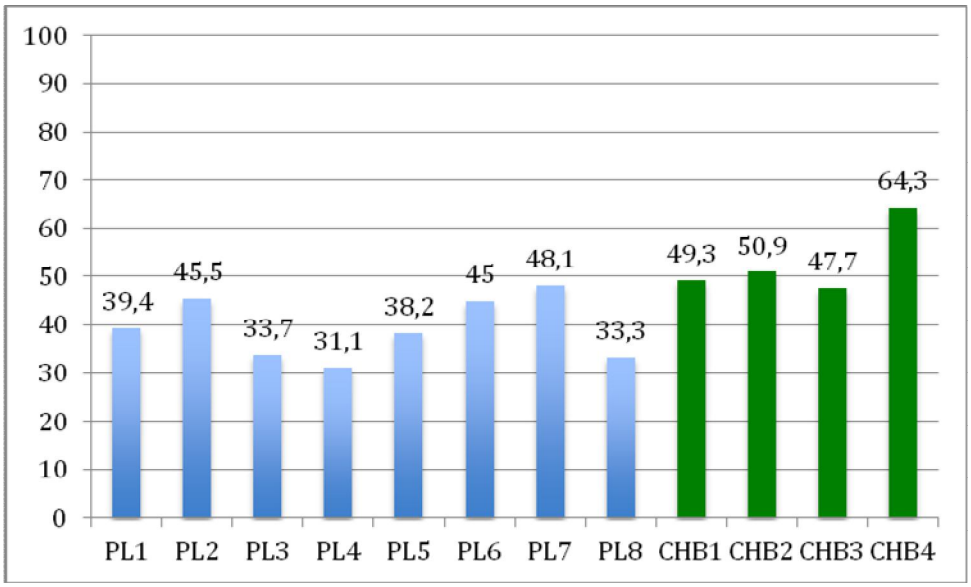
Graf 1
Celkové hodnocení kvality péče pomocí QUIRC – Psychiatrické léčebny versus chráněná bydlení komunitního typu
(zeleně chráněná bydlení, modře oddělení PL - procentuální hladiny kvality péče)



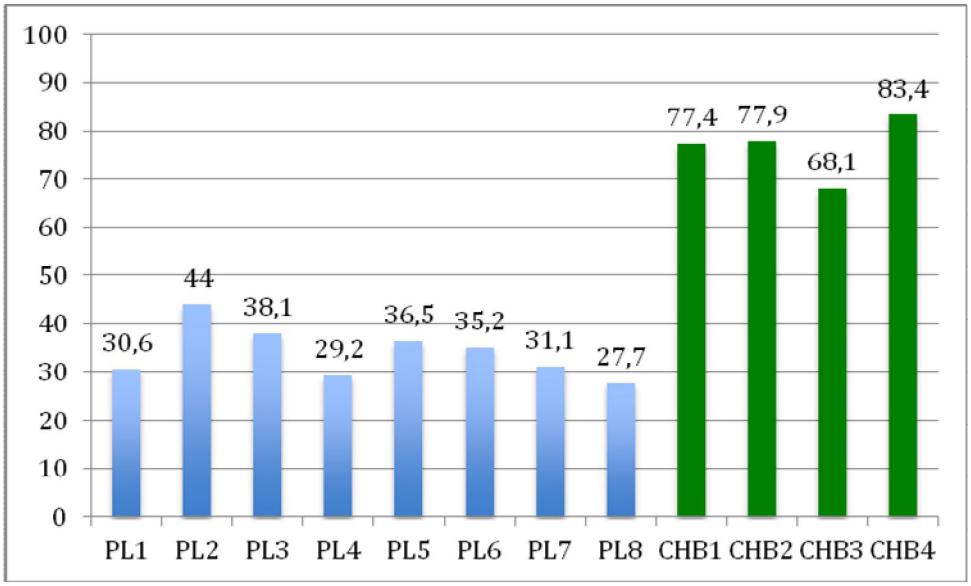
Graf 2.
Podrobné hodnocení – doména prostředí (PR)
(zeleně chráněná bydlení, modře oddělení PL - procentuální hladiny kvality péče)



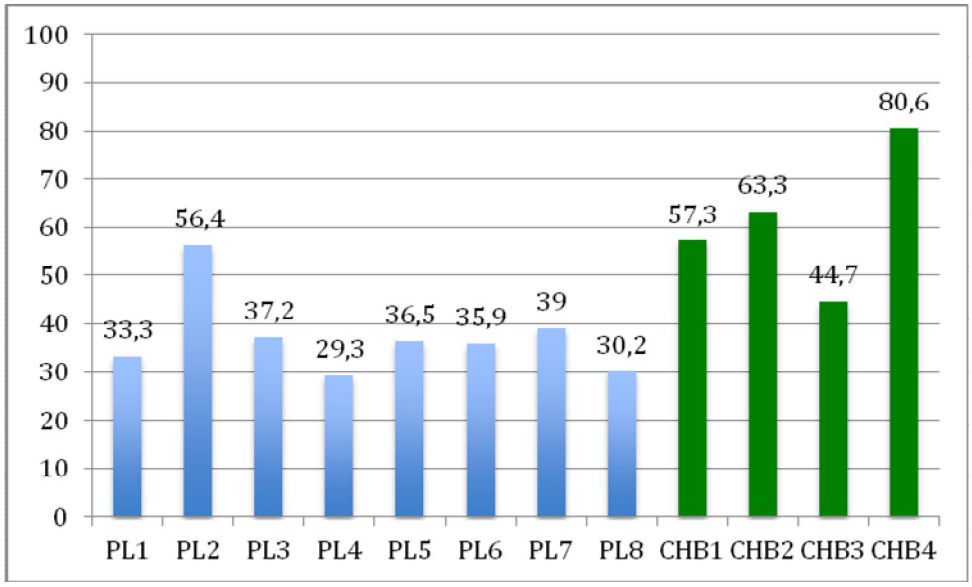
Graf 3
Podrobné hodnocení – terapeutické prostředí (TP)
(zeleně chráněná bydlení, modře oddělení PL - procentuální hladiny kvality péče)



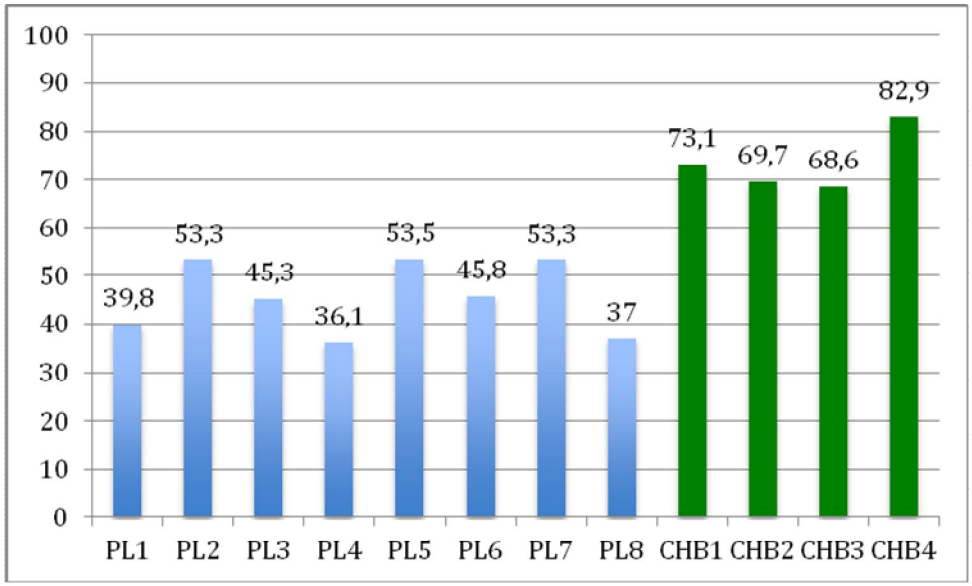
Graf 4.
Podrobné hodnocení – doména sebepéče a autonomie (SA)
(zeleně chráněná bydlení, modře oddělení PL - procentuální hladiny kvality péče)



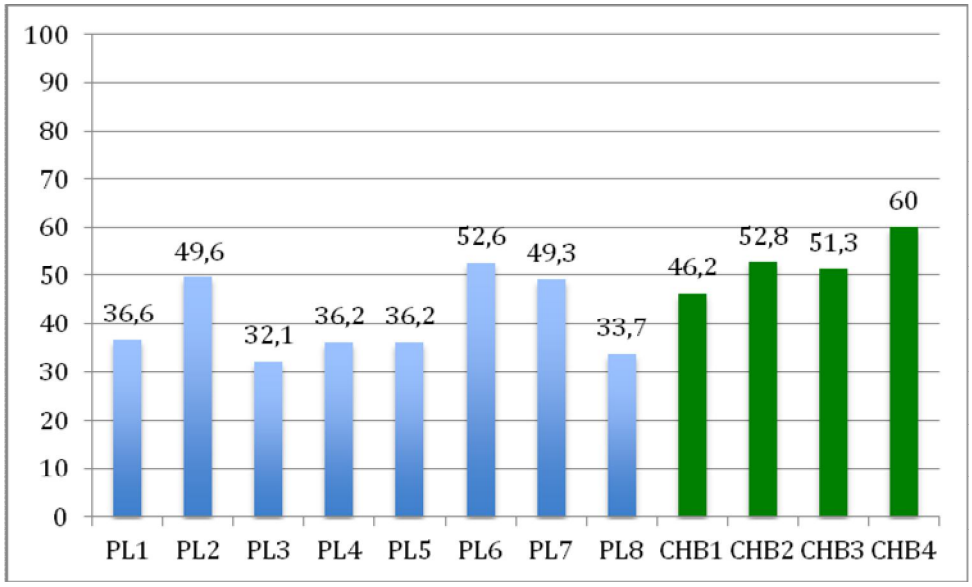
Graf 5.
Podrobné hodnocení – doména sociální začlenění (SZ)
(zeleně chráněná bydlení, modře oddělení PL - procentuální hladiny kvality péče)



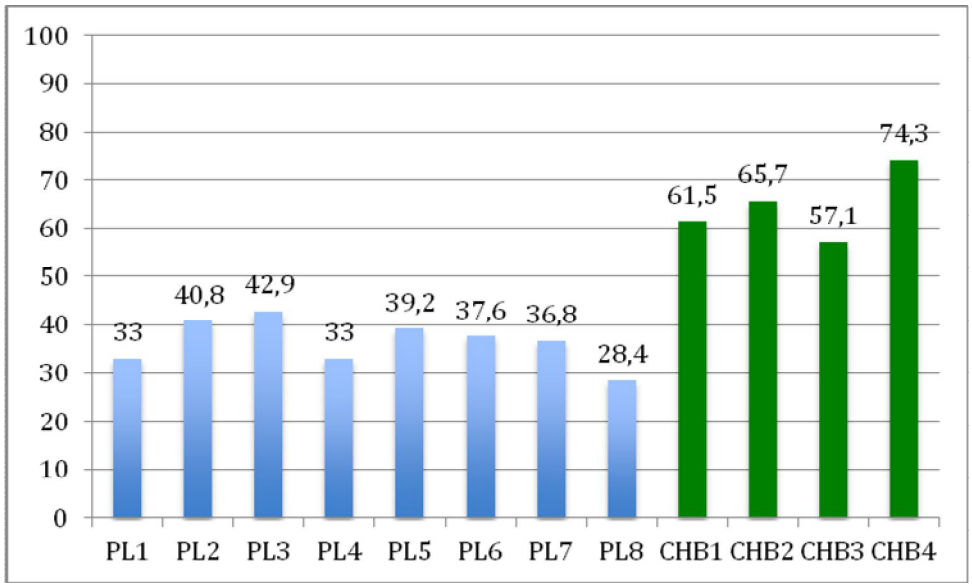
Graf 6.
Podrobné hodnocení – lidská práva (LP)
(zeleně chráněná bydlení, modře oddělení PL - procentuální hladiny kvality péče)



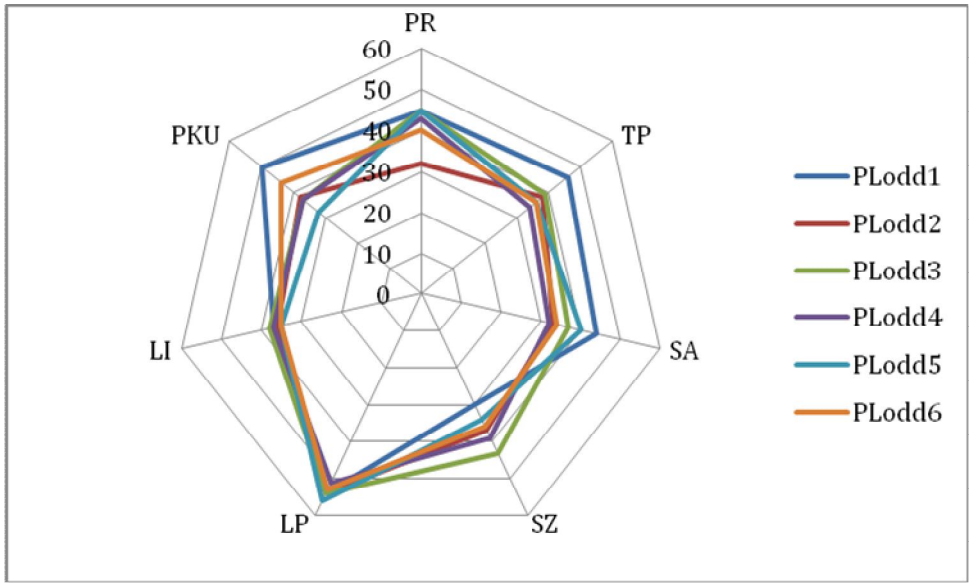
Graf 7.
Podrobné hodnocení – doména léčebné intervence (LI)
(zeleně chráněná bydlení, modře oddělení PL - procentuální hladiny kvality péče)



Graf 8.
Podrobné hodnocení – doména praxe vedoucí k úzdravě (PKÚ)
(zeleně chráněná bydlení, modře oddělení PL - procentuální hladiny kvality péče)



Graf 9
Hodnocení kvality péče pomocí dotazníku QUIRC na odděleních následné péče v rámci jedné psychiatrické léčebny (dosažené skóre odrážejí procentuální hladinu dosažené kvality péče)



8.4 Diskuze

V moderním přístupu v psychiatrii se snažíme u našich nemocných v rámci léčby nejen dosáhnout vymizení příznaků onemocnění, jako jsou bludy či halucinace, ale snažíme se především dosáhnout jejich úzdravy, která představuje začlenění nemocného do běžné společnosti, posílení jeho schopnosti obstát v běžném životě, podporu jeho autonomie. Koncept léčby nemoci se přesouvá od paternalistického pojetí k principu spolupráce v léčbě a péči. Uživatel péče by měl být aktivním „hráčem“, jeho vztah s odborníky by měl být co nejméně nátlakový, měl by se účastnit plánování léčby, být podporován v zapojení do volnočasových aktivit a měla by být posilována jeho nezávislost (Liberman, 2002).

Zde prezentovaná data jednoznačně podporují v tomto ohledu přínosnost rozvoje komunitní péče. Je nutné zmínit, že prezentovaná data představují dvě početně i charakterem rozdílné skupiny, záměrně nehovoříme o jejich statistickém srovnávání. Kvalita a systém péče v psychiatrických léčebnách jsou nepochybně ovlivněny vysokým počtem nemocných na jednom oddělení, jejich koncentrací na pokojích v poměru k velmi nízkým počtům ošetřujícího personálu. Režim na odděleních psychiatrických léčeben je lety prověřený, ale na mnoha místech dlouhodobě nemodernizovaný. Na druhé straně nedávno vzniklá chráněná bydlení jsou zatím schopna poskytnout péči pouze několika desítkám nemocných a při přijímání do zařízení jsou vybíráni nemocní, u kterých se předpokládá, že pobyt zvládnou.

Z výše uvedených dat však lze vysledovat, že koncept a kvalita péče se ze současného pohledu psychiatrické péče významně liší. V komunitních zařízeních je u nemocných v daleko vyšší míře podporováno samostatné fungování, začlenění do aktivit v jejich okolí a je brán větší ohled na dodržování lidských práv.

Mezinárodní studie a zkušenosti s deinstitucionalizací a rozvojem komunitní péče v ostatních zemí predikují, že bude stále nutné poskytovat péči malé skupině nemocných s dlouhodobým průběhem onemocnění formou umístění v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Na druhé straně se potvrzuje, že mnoho nemocných, kteří byli přestěhováni z oddělení

zaniklých léčeben do komunitních zařízení, zvládá život mimo léčebnu, pokud je jim poskytnuta vhodná podpora a péče.

Nástroje Quirc by bylo možné využít také ke sledování vývoje kvality péče ve stávajících psychiatrických zařízeních v České republice - pokud by se hodnocení provádělo každoročně, pokud by sloužilo k motivaci k praktickým změnám v péči a pokud by byly přítomny podmínky tyto změny uskutečnit.

Reference:

Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Kallert T, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisova L, Onchev G, Alexiev S, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida JM, Cardoso G, King M. PLoS One. 2012;7(6):e38070. doi: 10.1371/journal.pone.0038070. Epub 2012 Jun 4.

Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Schützwohl M, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kališová L, Onchev G, Alexiev S, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Adamowski T, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. BMC Psychiatry. 2011 Mar 1;11:35.

Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisová L, Onchev G, Dimitrov H, Mezzina R, Wolf K, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems.BMC Psychiatry. 2009 Sep 7;9:55. Review.

Killaspy H, King M, Wright C, White S, McCrone P, Kallert T, Cervilla J, Raboch J, Onchev G, Mezzina R, Kiejna A, Ploumpidis D, Caldas de Almeida J. Study protokol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental illness in institutional care (DEMoBinc). BMC Psychiatry 2009; 9:36.

Kališová L., Raboch J., Nawka A., Černý M., Killaspy H. Hodnocení kvality péče o dlouhodobě psychiatricky nemocné osoby. Informace o mezinárodním projektu EU DEMoBinc. Ces a slov Psychiatr 2011;107(1): 28 -32

Liberman RP, Kopelwicz A: Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21th century. International review of psychiatry 2002;14:245-255.

9 Návrh scénářů transformace psychiatrických léčeben

MUDr. Ondřej Pěč, Mgr. Barbora Wenigová, Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., MUDr. Jan Stuchlík

9.1 Kontext tvorby scénářů

Duševní poruchy představují významný zdravotnický i sociálně-ekonomický problém ve všech evropských zemích, přičemž jejich incidence a prevalence stále rostou. Během jednoho roku postihuje některá z duševních poruch nejméně 30 % obyvatel. Podpora duševního zdraví obyvatelstva a s tím související transformace psychiatrické péče proto patří k prioritám evropské politiky na všech úrovních, včetně Evropské komise a Evropské úřadovny Světové zdravotnické organizace.

Návrhy scénářů transformace psychiatrických léčeben jsou součástí projektu „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)". Cílem projektu je **zmapování současného stavu psychiatrické péče (a klinické psychologie)** na základě dat a informací Ministerstva zdravotnictví ČR, Všeobecné zdravotní pojišťovny, Asociace psychiatrických léčeben, Sdružení ambulantních psychiatrů a Asociace klinických psychologů. Bude zhodnocen stav komunitní péče a dosažení **realizace doporučení strategických dokumentů** (Koncepce oboru psychiatrie, 1998; Akční plán a Deklarace pro duševní zdraví, 2005). Bude vypracováno **pět scénářů transformace psychiatrických léčeben** a k nim ekonomická analýza. Pět variant transformace bude předběžně zahrnovat tři již v minulosti navržené (Politika péče o duševní zdraví v ČR – Cesty k její realizaci (CRPDZ, 2005), které zní: 1. „rozředění" péče ve stávajících psychiatrických léčebnách, 2. zachování některých oddělení léčeben a 3. zachování minimálního počtu psychiatrických léčeben. Další varianty jsou: 4. zrušení psychiatrických léčeben a 5. zachování stávajícího stavu. Cílem projektu bude vypracovat podrobnou analýzu stavu lůžkové i ambulantní a komunitní psychiatrické péče v regionech ČR, navrhnout varianty transformace psychiatrických léčeben a sepsat **doporučení optimálních regionálních potřeb lůžkové péče** v návaznosti na Koncepci oboru psychiatrie a další strategické dokumenty.

Převod akutní a dlouhodobé péče

Koncepce oboru psychiatrie, přijatá Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2001, si klade za úkol při celkovém úbytku počtu lůžek zhruba o polovinu, ponechat v léčebnách pouze péči o dlouhodobé pacienty a navýšit akutní péči v psychiatrických odděleních nemocnic. Současně doporučuje zvýšit kapacitu řady dalších služeb: psychiatrických a psychologických ambulancí, denních stacionářů, psychoterapeutických a krizových služeb, chráněných bydlení a dalších rehabilitačních programů.

V roce 2012 vychází z Ministerstva zdravotnictví podepsané memorandum za účelem optimalizace dané oblasti. Pro obor psychiatrie je doporučení **restrukturalizovat péči v psychiatrických léčebnách s přesunem části kapacit do komunitní péče** (viz Zdravotnické noviny, článek Restrukturalizace lůžkového fondu, č. 14, 2012).

Tato změna přinese jednak přesun těžiště léčby a rehabilitace pacientů směrem k jejich přirozenému prostředí, větší integraci psychiatrie do ostatních medicínských oborů, ale v pozdější fázi také nároky na přizpůsobení zdravotnického personálu (přeškolení personálu a jeho přesun do nově vzniklých kapacit). Změny v síti budou snáze realizovatelné při motivaci personálu a managementu ve všech segmentech služeb.

Změny psychiatrických léčeben doporučuje pracovní skupina projektu spojit s výstupy projektů v rámci BCA (Biennial Collaborative Agreement), které již od roku 2004 podporuje rozvoj komunitní péče. V rámci posledního období (2012 - 2013) bude řešeno téma **vzdělávání personálu** (zejména psychiatrických sester) v nových kompetencích pro přechod do komunitní péče.

Dále je potřeba spojit téma transformace s **destigmatizačními aktivitami** v České republice (mediální osvěta mezi veřejností a odborníky).

9.2 Varianty transformace psychiatrických léčeben

Způsob práce na variantách transformace

Jedním z cílů projektu bylo vytvoření pěti scénářů transformace léčeben. Základní materiál byl převzat z materiálů CRPDZ (Politika péče o duševní zdraví v ČR – Cesty k její realizaci (CRPDZ, 2005) a byl dán do diskuze pracovní skupině projektu. V pracovní skupině byly zastoupeny všechny segmenty péče o duševně nemocné, včetně zástupců psychiatrických léčeben. Všichni zástupci poslali svoje připomínky k návrhu, a posléze vznikl konečný návrh scénářů.

Teoreticky lze v současnosti uvažovat o třech možných variantách při změně sítě.

1. Varianta s „rozředěním“ péče v psychiatrických léčebnách
2. Varianta se zachováním jen některých oddělení psychiatrických léčeben
3. Varianta se zachováním jen některých psychiatrických léčeben
4. Varianta zachování stávajícího stavu
5. Varianta zrušení všech léčeben a) bez transformace do jiných typů služeb
   b) s transformací do jiných typů služeb

1. VARIANTA S „ROZŘEDĚNÍM“ PÉČE V PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBNÁCH

První varianta počítá se zachováním stávajících prostorových a personálních kapacit psychiatrických léčeben s tím, že v nich dojde k úbytku počtu pacientů (Graf č. 1).

Výhody:

- Zlepší se „komfort“ pacientů (intenzivnější péče personálu, zlepšení péče s ohledem na normy hygienické či v oblasti práv pacientů). Je však potřeba najít mechanismus, jak zvyšovat platby léčebnám výměnou za zvýšení tohoto „komfortu“ (např. náhradou za redukovaná lůžka zvýšení hodnoty ošetřovacího dne či návrh platby za ošetřovací dny v návaznosti na poměr - úvazek personálu: počtu hospitalizovaných, normy hygienické, lidskoprávní). Je třeba počítat s tím, že v léčebnách zůstanou „těžší“, často ekonomicky náročnější pacienti.

- Výhodou tohoto řešení je bezpochyby i skutečnost, že by nedocházelo k dramatickým změnám, které by se dotkly personálu. Léčebny jsou často významným zaměstnavatelem v regionu.

- Dalším kladem tohoto řešení je stav, kdy by se část doposud hospitalizovaných nebo častěji a déle hospitalizovaných pacientů přesunula do péče, která by mohla být blíže jejich přirozenému prostředí, se zapojením komunitních služeb.

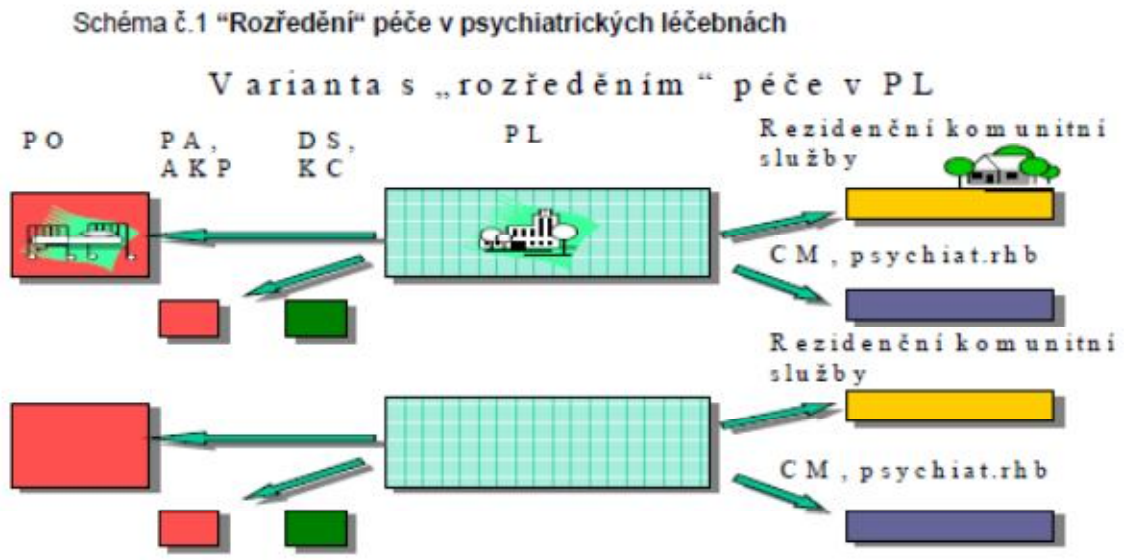
Nevýhody:

- Nevýhodou této varianty je však větší finanční náročnost (zachování plateb v léčebnách a zvýšení finančních zdrojů v ostatních službách – nutno vybudovat extramurální systém péče pro vážně nemocné).
- Rizikem je také organizační neprovázanost mezi léčebnami a posílenými extramurálními službami a vznik „dvoukolejného" systému péče /léčebny versus systém extramurální/.
- Dalším rizikem je přetrvávání institucionálního charakteru péče v psychiatrických léčebnách.
- Rovněž hrozí, že se nezlepší geografická nedostupnost pro pacienty.
- Dále bude potřeba efektivně vyřešit budovy PL. Mnohé PL jsou staré cca 100 let. Z tohoto důvodu lze předpokládat značné investice do budov, které budou zachovány.

Použité zkratky

PL – psychiatrické léčebny
PO – psychiatrická oddělení
PA – psychiatrické ambulance
AKP – ambulance klinických psychologů
DS – denní stacionáře
KC – krizová centra
CM – case management
Psychiatr. rhb. – psychiatrická rehabilitace

Graf. č. 1



Podmínky realizace

- zachování celkových finančních příjmů léčebny při rovnoměrném snížení lůžek na jednotlivých odděleních
- mechanismus úhrady v léčebnách zvyšující hodnotu ošetřovacího dne za zvýšení „komfortu“ péče (poměr personál:pacienti, normy hygienické, lidskoprávní …..)
- posílení extramurálních služeb odpovídající úbytku pacientů z léčeben

Výhody	Nevýhody
Zvýšení „komfortu“ v PL Nepříliš dramatické změny Personál nepřechází do jiných typů zařízení	Finanční náročnost Přetrvávající geografická nedostupnost Riziko organizační neprovázanosti PL – ostatní služby Riziko „dvoukolejného“ systému péče Riziko přetrvávání institucionálního charakteru péče v PL

2. VARIANTA SE ZACHOVÁNÍM JEN NĚKTERÝCH ODDĚLENÍ PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBEN

V druhé variantě (Graf č. 2) se uvažuje o zachování jen některých oddělení v psychiatrických léčebnách. Podmínkou je zde vyřešení tzv. fixních nákladů uvolněných oddělení. Aby se platby za lůžka v uvolněných odděleních „neztratily“ z psychiatrické péče, bylo by potřeba najít mechanismus převádějící úhrady za ně na úhradu např. rezidenčních komunitních služeb (např. chráněné bydlení), oddělení akutní lůžkové péče v nemocnicích nebo extramurálních komunitních služeb (např. ambulance, denní stacionáře, krizová centra, centra denních aktivit, rehabilitační zařízení atd..). Popřípadě by bylo možné tímto způsobem zachovat v léčebnách oddělení poskytující akutní péči a některá specializovaná oddělení. Dlouhodobou péči pak je možno transformovat do jiných služeb (rezidenční komunitní služby, extramurální komunitní služby).

Výhody:

- Výhodou této varianty by byla celkově menší finanční náročnost než v předchozím případě /výměna financování jedněch služeb za jiné/.
- Podle zvoleného typu zaniklých oddělení v léčebnách může být další výhodou navýšení kapacity akutní lůžkové péče v nemocnicích nebo komunitních služeb.

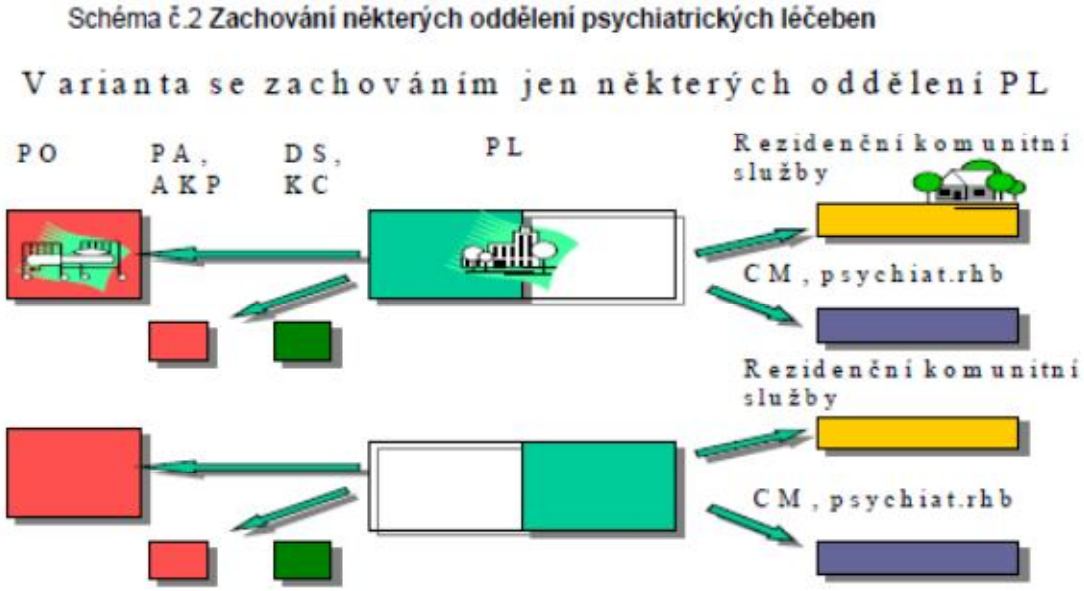
Nevýhody:

- Nevýhodou je zachování stávajícího stavu ve zbylých odděleních léčeben a nutnost řešení změn pracovních kariér části personálu.
- Nárokem tohoto řešení je zachování fixních nákladů uvolněných oddělení.

- Dále bude potřeba efektivně vyřešit zbylé budovy (po uvolněných odděleních). Mnohé PL jsou staré cca 100 let. Z tohoto důvodu lze předpokládat značné investice do budov, které budou zachovány.

- I v této variantě přetrvává riziko organizační neprovázanosti mezi léčebnami a posílenými extramurálními službami.

Graf č. 2



Podmínky realizace

• Vyřešení fixních nákladů uvolněných oddělení.

• Finanční mechanismus převádějící úhrady za ušetřené lůžkodny na úhradu (např. rezidenčních komunitních služeb v komunitě, event. pod správou léčebny).

Výhody	Nevýhody
Menší finanční náročnost než předchozí varianta Možnost zachování akutní péče /města/ a specializovaných odd. PL	Zbylá oddělení zůstanou beze změn (a bude nutno do nich investovat značné finance) Problém vyřešení fixních nákladů pro zachovalá oddělení Riziko organizační neprovázanosti PL – ostatní služby

3. VARIANTA SE ZACHOVÁNÍM JEN NĚKTERÝCH PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBEN

Třetí varianta (Graf č. 3) znamená zachování jen některých psychiatrických léčeben. Uzavření psychiatrické léčebny je však možné jen z rozhodnutí vlastníka, kterým je buď stát, nebo kraj. Podmínky realizace jsou obdobné jako u předchozí varianty, odpadá však problém řešení fixních

nákladů uvolněných oddělení léčeben. Tato varianta by kladla největší nároky na převod pacientů do jiných služeb, stejně tak i na řešení pracovních kariér personálu uvolněných léčeben.

Výhody:

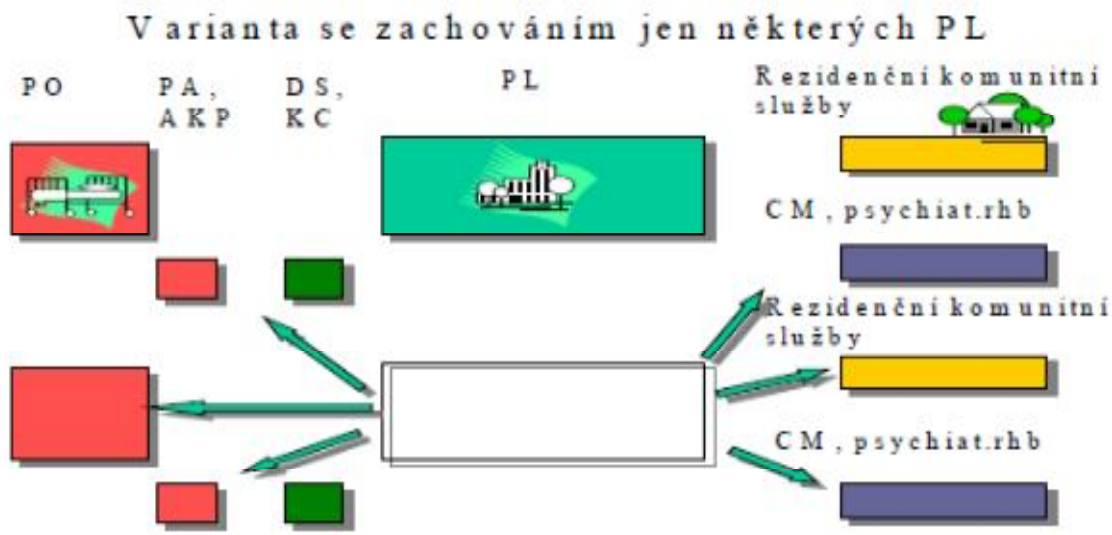
- Zde odpadá problém fixních nákladů.
- V této variantě by bylo možné vytvořit plán na zachování těch léčebenských kapacit, které by svým umístěním byly vhodné na převod do akutní lůžkové péče /např. léčebny začleněné do městských aglomerací/.
- Možnost zachování akutní péče /města/ a využití dislokovaných pracovišť např. pro léčbu závislostí.
- Dále bude potřeba efektivně vyřešit budovy zbylých PL. Mnohé PL jsou staré cca 100 let. Z tohoto důvodu lze předpokládat značné investice do budov, které budou zachovány.

Nevýhody:

- V této variantě stoupá výrazně náročnost propuštění pacientů a jejich převodu do jiných služeb.
- Dalším nezbytným momentem k řešení je propuštění personálu a jeho převod do dalších služeb. S tím stoupá nárok na „rekvalifikaci“ personálu.
- Dále bude potřeba efektivně vyřešit zbylé budovy (po uvolněných odděleních). Mnohé PL jsou staré cca 100 let. Z tohoto důvodu lze předpokládat značné investice do budov, které budou zachovány.
- I v této variantě přetrvává riziko organizační neprovázanosti mezi léčebnami a posílenými extramurálními službami.
- I zde přetrvává riziko přetrvávání institucionálního charakteru péče ve zbylých PL.

Graf č. 3

Schéma č.3 Zachování některých psychiatrických léčeben



Podmínky realizace

- Vytvoření dostatečných kapacit mimoléčebenské psychiatrické péče
- Převod finančních zdrojů do nově vzniklých služeb

Výhody	Nevýhody
Odpadá problém fixních nákladů Možnost zachování akutní péče /města/ a využití dislokovaných pracovišť např. pro léčbu závislostí	Náročnost propuštění pacientů a jejich převodu do jiných služeb Propuštění personálu a jeho převod do dalších služeb Řešení zbylých budov (bude potřeba investovat značné finance) Riziko organizační neprovázanosti PL – ostatní služby Riziko přetrvávání institucionálního charakteru péče ve zbylých PL

Kroky k převodu akutní a dlouhodobé péče

1. propracovat varianty změny sítě s experty na financování zdravotnictví, poskytovateli, zdravotními pojišťovnami, resortními ministerstvy a odbornou i širší veřejností (vytvoření pracovní skupiny)

2. vytipování vhodných geografických oblastí pro poskytování péče o duševně nemocné, zahrnující zdravotní (psychiatrické a psychologické) i sociální služby. Doporučujeme oblast

80.000-100.000 obyvatel (možnost využít členění na bývalé okresy). Tato oblast je potřeba dobře definovat a popsat podle všech dostupných informací (evidence-based).

3. vytvořit modelový scénář v konkrétních regionech na třech úrovních: a) málo rozvinutá extramurální péče, b) středně rozvinutá extramurální péče, c) více rozvinutá extramurální péče. Posléze je možno uskutečnit výše zmíněný scénář jako pilotní projekt ve vytipovaných regionech (experiment).

4. realizovat vyzkoušený, event. modifikovaný scénář v dalších regionech, ve spolupráci s lokální vládou a odborníky

Nástroje pro řešení těchto změn budou do značné míry záviset na dalším utváření celého zdravotnického systému. V současné podobě systému je lze hledat pouze v rámci dohodovacích řízení k Sazebníku výkonů, nebo rozhodnutí vlastníků zdravotnických zařízení. Je třeba podobně rozpracovat i varianty 4 a 5.

4. ZACHOVÁNÍ STÁVAJÍCÍHO STAVU

Výhody:

- V této variantě nejsou potřeba transformační náklady.
- Další výhodou je stabilita pracovních míst.

Nevýhody:

- Při variantě „status quo“ je ohromné riziko konzervace zastaralého modelu péče, který je ve srovnání se strategickými dokumenty ČR i zahraničí nedostatečný, a to zejména z důvodu porušování lidských práv.
- Budou nutné velké investice do budov PL.

5. ZRUŠENÍ LÉČEBEN

A) BEZ TRANSFORMACE DO JINÝCH TYPŮ SLUŽEB

Výhody:

- Žádné nejsou

Nevýhody:

- Při této variantě je velké riziko, že nastane chaos v celém systému.
- Bude nutný převod velkého množství nemocných do zatím neexistující sítě péče.
- Sekundárně se navýší náklady na léčbu zanedbaných případů (zvýšené riziko bezdomovectví, chronických stavů, alkoholismu, suicidálních případů, násilného chování atd.) .

- Náklady na budování nové sítě péče
- Pokud se nebude systematicky budovat nová síť, dojde k propouštění velkého počtu zaměstnanců.

Podmínky realizace:

- Pracovní skupina shledává tuto variantu jako nerealizovatelnou.

B) S TRANSFORMACÍ DO JINÝCH TYPŮ SLUŽEB

Jednalo by se o postupné zrušení všech psychiatrických léčeben během transformační překlenovací fáze, během které by bylo nutné vytvořit potřebné kapacity akutní lůžkové péče, ambulantní (psychiatrické a psychologické) péče a komunitních extramurálních služeb. Tento proces by vyžadoval překlenovací náklady („dvoukolejné financování“) na období vytváření nových služeb, dokud nedojde k úplnému uzavření kapacit léčebenských. Vznikla by také nutnost řešení některých specializovaných oddělení léčeben /detenční oddělení, sexuologická a AT oddělení/.

Výhody:

- zásadní přeměna psychiatrické péče do modernějšího systému, který je méně stigmatizující a citlivější k lidským právům
- možnost využití budov léčeben pro jiné účely

Nevýhody:

- Bude nutno najít překlenovací finanční zdroje pro transformaci.
- Při rušení PL bude potřeba řešit pracovní kariéry pracovníků v léčebnách.
- V místě zrušení PL je (i přes možnost „rekvalifikačního“ vzdělání) je riziko ztráty pracovních míst.
- Riziko přetrvávání zaběhlých stereotypů péče při nedostatečném vzdělávání personálu. Z toho plyne nutnost vytvořit systém vzdělávání pro přestup do komunitní péče.

Komentář:

Předkládané varianty jsou čistě teoretické. V realitě se bude jednat o kombinaci níže uvedených variant, která bude zvolena vždy v konkrétním případě na základě zvolené obecné strategie, zjištění současných a potřebných služeb v konkrétním regionu a jejich rozmístění. Představujeme si tedy, že varianty 1, 2, 3, 5B bude možno využít v regionech podle jejich potřeb a stavu péče.

Podmínky realizace:

- překlenovací finanční zdroje
- systémová příprava a řízení

- vytvoření dostatečného množství vzdělaného personálu
- řešení některých specializovaných oddělení léčeben /detenční, AT, sexuologické/

pro použití v regionech:

- definování relevantního regionu (optimálně 80.000 – 100.000 obyvatel). V ČR možno využít členění na okresy
- spolupráce s místním lokálním vedením, odborníky
- evidence informací o definování úrovně stavu péče o duševně nemocné

Literatura:

Politika péče o duševní zdraví v ČR: Cesty k její realizaci. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2005.

Koncepce oboru psychiatrie, 2000, Psychiatrická společnosti ČLS JEP

Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné (První optimální model transformace psychiatrické léčebny), Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, (2006 - 2007).

G. Thornicroft and M. Tansella, Better Mental Health Care, 2009, Cambridge University Press, New York

10 Transformační scénáře PL a jejich dopady na kapacity a náklady psychiatrické péče v ČR

Doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr., MSc.

10.1 Výchozí předpoklady

Vycházíme z pěti možných transformačních scénářů PL, které byly v projektu identifikovány. U některých scénářů pak dále rozlišujeme tzv. podscénáře, které se liší úrovní změny v kapacitách PL (pokles 30 % nebo 50 % kapacit) nebo se liší ve vytvoření náhradních kapacit (v případě scénáře 5). Celkem tak budeme zkoumat osm možných „podscénářů“, které pro přehlednost zachycujeme v následující tabulce.

Scénáře (5)/podscénáře (8)	**Pokles kapacit (počtu pacientů)**	
1. Rozředění péče v PL při zachování prostorových a personálních kapacit	-30 %	
2a, 2b. Uzavření některých oddělení PL (zmenšení velikosti PL při zachování současné kvality)	-30 %	-50 %
3a, 3b. Uzavření některých PL jako celku (zmenšení počtu PL)	-30 %	-50 %
4. Zachování stávajícího stavu (status quo)	0 %	
5a. Zrušení PL bez transformace do jiných služeb	-100 %	
5b. Zrušení PL a vytvoření nových služeb	-100 %	

Z hlediska dopadů na kapacity a náklady psychiatrické péče je třeba rozdělit odhad do dvou kroků:

1. na odhad změny **počtu klientů (kapacit)** v základních typech psychiatrických služeb po změně kapacit PL
2. na odhad změny **nákladů** psychiatrických služeb vyvolaných změnami v předchozím bodě

Pro tyto účely byly nejprve definovány základní typy psychiatrické péče a jejich kapacit v počtu klientů (viz tabulka).

Typ služby	**Kapacita**	**MJ**
Ambulantní péče	556 456	pacientů
Léky na předpis	556 456	pacientů
Případové vedení - psychiatrická sestra	200	pacientů
Případové vedení - sociální pracovník	1 500	pacientů
Akutní lůžková psychiatrická péče /nemocnice/	18 548	pacientů
Následná lůžková péče /PL/	41 377	pacientů
Rezidenční komunitní služby	600	pacientů
Ústavní rezidenční služby	2 500	pacientů
Krizové služby	9 000	pacientů
Denní stacionáře	5 000	pacientů
Pracovní rehabilitace	1 000	pacientů
Aktivizační programy	1 200	pacientů

Obecně platí, že jak kapacitní, tak ekonomické údaje za zdravotně-sociální a sociální služby pro duševně nemocné jsou méně dostupné než údaje ze sektoru zdravotnictví, který je popsán ve statistických ročenkách ÚZIS ČR a kapacitní a ekonomické údaje lze získat také od zdravotních pojišťoven. Problém zdravotně-sociálních a sociálních služeb pro duševně nemocné spočívá ve financování z mnoha rozdílných zdrojů, v poskytování poměrně různorodých služeb a zřejmě též v používání rozdílné terminologie. Pro některé služby centralizovaná data dodnes neexistují. U některých typů služeb, jež poskytuje jen omezený počet zařízení, je třeba také vzít v úvahu, že zjištěná nákladová data jsou značně ovlivněna typem zařízení, takže náklady v případě většího rozšíření služby se mohou i řádově lišit. Ze zmíněných důvodů je nutné považovat vstupní data u některých typů služeb za orientační.

10.2 Dopady na počty klientů (kapacit)

Po kategorizaci služeb a zjištění či odhadu jejich kapacit byly experti z oboru psychiatrie požádáni o hrubý procentní odhad změny počtu klientů (a tedy potřebných kapacit) v základních typech psychiatrických služeb v závislosti na snížení kapacit PL podle výše popsaných scénářů (a podscénářů) transformace péče o duševní zdraví. Tato otázka je však sama o sobě komplikovaná a proto jsme zvolili metodu Delfi, která předpokládá, že odhady jsou prováděny v několika kolech, kdy experti mají k dispozici odhady ostatních v předešlém kole. To také umožnilo, aby experti mohli v diskusi lépe definovat význam jednotlivých scénářů a mohli zvážit argumenty kolegů. Jde tedy o proces postupného se „učení“ a zpřesňování odhadů.

Pro účel těchto expertních odhadů byl připraven dotazník ve formě několika tabulek, které experti vyplnili na základě svých znalostí. Následně experti dostali celkovou informaci o všech odhadech v daném kole. Průběh byl následující:

1. kolo
Experti jsou osloveni dotazníkem, aby v procentech vyjádřili očekávané změny kapacit, účast celkem 7 expertů.

Následuje diskuse výsledků.

2. kolo
Účastní se celkem 8 expertů (experti upravují odhady z 1. kola, 1 nový účastník).

Následuje diskuse výsledků

3. kolo
Účastní se celkem 10 expertů (experti upravují svoje odhady, 2 noví účastníci).

Výsledky metody Delfi uvádíme v následujících tabulkách. Pro zajímavost uvádíme i vývoj průměrných hodnot během jednotlivých kol pro každou kategorii služeb. Tučně jsou navíc zvýrazněny největší změny v odhadech, které vznikly poté, co si účastnici blíže vyjasnili význam jednotlivých scénářů a uvědomili si jejich dopady na psychiatrické služby.

Vysoké hodnoty u některých služeb byly dány především tím, že současný stav kapacit je poměrně nízký. Takže i násobné změny nemusejí znamenat žádný velký dopad na podobu psychiatrické péče a její celkové náklady.

Tabulka 1: Očekávané změny v kapacitě služeb v %
Snížení kapacity PL o 30 % (scénáře 1, 2a nebo 3a)

Typ služby	3. kolo	2. kolo	1. kolo
Ambulantní péče	115	117	113
Léky na předpis	114	116	113
Případové vedení - psychiatrická sestra	**740**	**596**	**282**
Případové vedení - sociální pracovník	**300**	**235**	**212**
Akutní lůžková psychiatrická péče /nem./	122	119	117
Následná lůžková péče /PL/	70	70	70
Rezidenční komunitní služby	173	168	174
Ústavní rezidenční služby	116	120	115
Krizové služby	155	145	138
Denní stacionáře	141	133	130
Pracovní rehabilitace	135	132	132
Aktivizační programy	134	131	132

Tabulka 2: Očekávané změny v kapacitě služeb v %
Snížení kapacity PL o 50 % (scénáře 2b nebo 3b)

Typ služby	3. kolo	2. kolo	1. kolo
Ambulantní péče	131	135	124
Léky na předpis	132	140	126
Případové vedení - psychiatrická sestra	**1245**	**1038**	**468**
Případové vedení - sociální pracovník	**470**	**398**	**280**
Akutní lůžková psychiatrická péče /nem./	140	142	150
Následná lůžková péče /PL/	50	50	50
Rezidenční komunitní služby	248	236	245
Ústavní rezidenční služby	123	128	129
Krizové služby	192	192	176
Denní stacionáře	173	157	155
Pracovní rehabilitace	164	159	165
Aktivizační programy	166	162	168

Tabulka 3: Očekávané změny v kapacitě služeb v %
Snížení kapacity PL o 100 % na nulu bez vytvoření nových služeb (scénář 5a)

Typ služby	3. kolo	2. kolo	1. kolo
Ambulantní péče	127	139	147
Léky na předpis	127	138	143
Případové vedení - psychiatrická sestra	**114**	**150**	**200**
Případové vedení - sociální pracovník	**115**	**150**	**200**
Akutní lůžková psychiatrická péče /nem./	**141**	**158**	**201**
Následná lůžková péče /PL/	0	0	0
Rezidenční komunitní služby	106	119	129
Ústavní rezidenční služby	110	124	129
Krizové služby	**135**	**150**	**186**
Denní stacionáře	**111**	**131**	**157**
Pracovní rehabilitace	**107**	**131**	**157**
Aktivizační programy	**108**	**131**	**157**

Tabulka 4: Očekávané změny v kapacitě služeb v %
Snížení kapacity PL o 100 % na nulu a vytvoření nových služeb (scénář 5b)

Typ služby	3. kolo	2. kolo	1. kolo
Ambulantní péče	141	145	143
Léky na předpis	156	159	146
Případové vedení - psychiatrická sestra	**3262**	**2785**	**1000**
Případové vedení - sociální pracovník	**1235**	**1170**	**387**
Akutní lůžková psychiatrická péče /nem./	248	224	235
Následná lůžková péče /PL/	0	0	0
Rezidenční komunitní služby	**361**	**318**	**306**
Ústavní rezidenční služby	151	149	152
Krizové služby	316	267	238
Denní stacionáře	235	216	201
Pracovní rehabilitace	217	201	187
Aktivizační programy	231	218	206

10.3 Dopady na náklady psychiatrických služeb

Odhady celkových nákladů je nutno považovat za orientační. Predikce nákladů podle typu služby je v případě navrhovaných transformačních změn expertním odhadem, který je i přes datová omezení, důležitým podkladem pro plánování transformace péče o duševní zdraví.

Jak jsme již zmínili, data za zdravotně-sociální služby jsou méně dostupné než údaje ze sektoru zdravotnictví, který je popsán ve statistických ročenkách ÚZIS ČR a ekonomické údaje lze získat také od zdravotních pojišťoven.

Model transformace neuvažuje zdravotnické služby poskytované praktickými lékaři, proto ani ekonomický model tyto služby nezahrnuje.

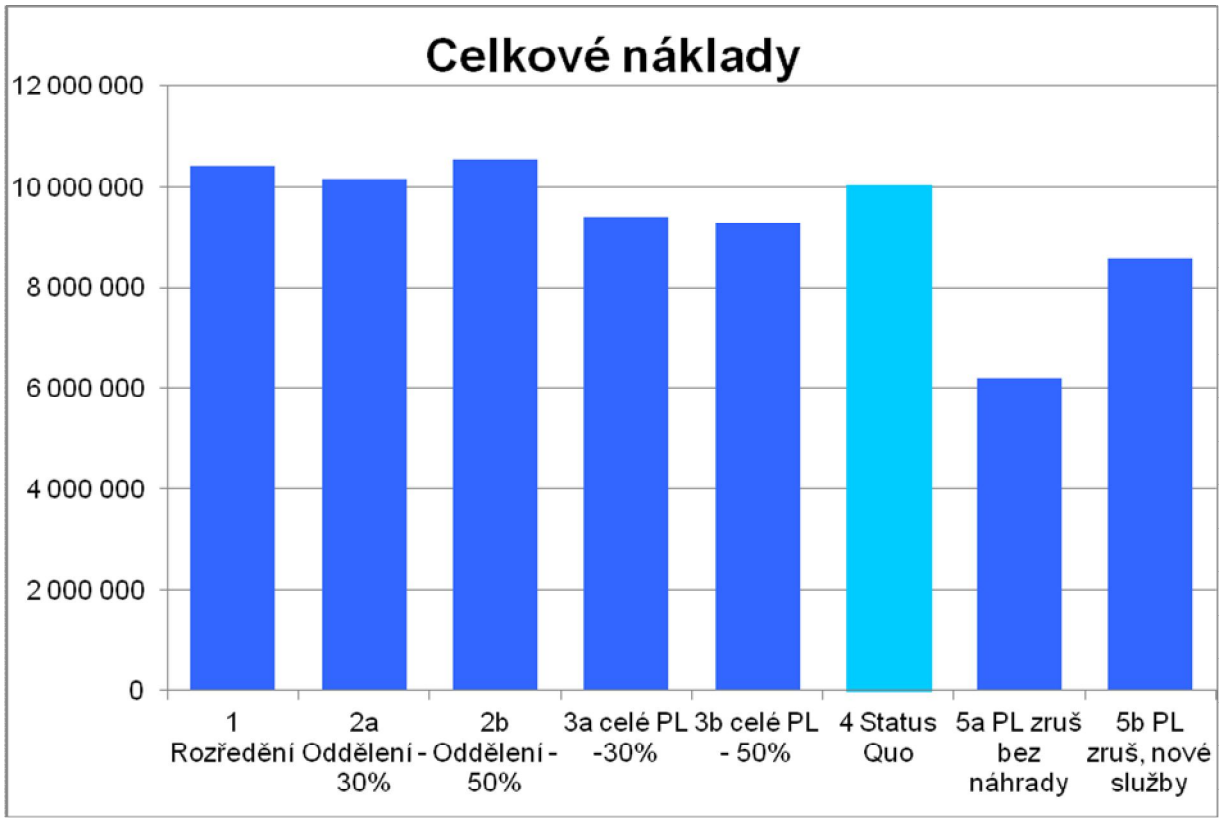
Při predikci budoucích nákladů na péči o duševní zdraví budeme vycházet z předpokladu lineárních vztahů: dvojnásobek služeb bude stát dvojnásobek prostředků. I když lze předpokládat určité úspory z rozsahu (více služeb bude stát v průměru méně), nelze o takových úsporách dělat žádné rozumné předpoklady.

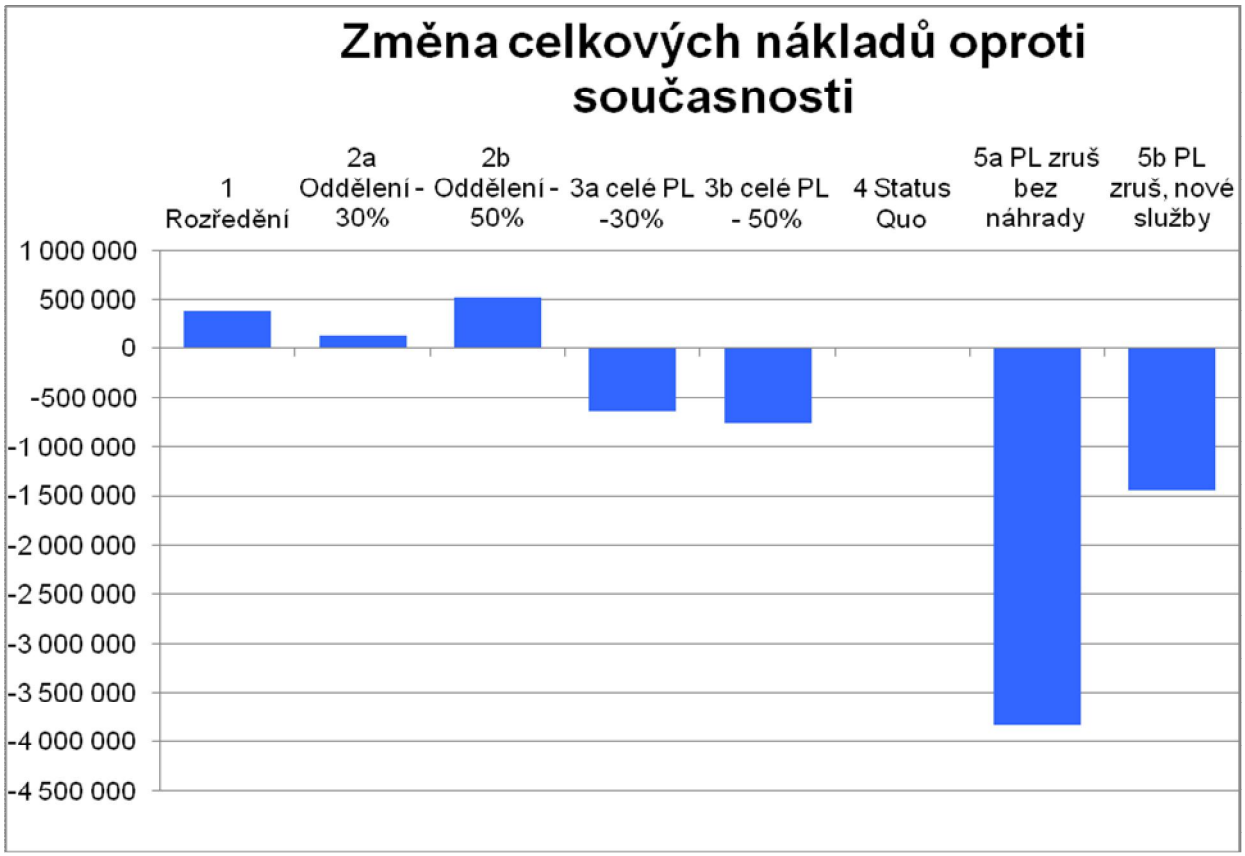
Dále byly použity tyto předpoklady v případě jednotlivých scénářů ohledně fixních a variabilních nákladů:

Scénář 1 - Rozředění péče: předpokládáme, že i při "zvýšení kvality" některé náklady s nižším počtem pacientů klesnou, např. léky, prádlo, jídlo apod. Snižujeme proto 10 % z celkových nákladů.

Scénář 2 - Uzavřít některá oddělení PL: předpokládáme, že uzavřením některých oddělení se ušetří pouze 50 % nákladů (tedy těch variabilních), čili že 50 % je fixních. Lze simulovat i jiné poměry variabilních a fixních nákladů.

Scénář 3 - Uzavřít některé PL: předpokládáme, že uzavřením celé PL se ušetří 100 % nákladů. Náklady na uzavření jsou jednorázové a nejsou proto zahrnuty.





10.4 Model se zvýšením průměrných nákladů

Transformace zřejmě přinese zvýšení jednotkových nákladů v lůžkové, ambulantní i komunitní péči. Z lůžkových zařízení odejdou pravděpodobně ty jednodušší případy, zatímco komplikovanější případy zůstanou, takže se průměrné náklady na případ či ošetřovací den zvýší. Naopak v ambulantní a komunitní péči se objeví zřejmě nyní komplikovanější a tudíž nákladnější pacienti. Proto jsme ještě připravili model, který by navíc zahrnul tyto předpoklady:

a) v základní variantě zůstávají **průměrné náklady na pacienta** konstantní;
b) v alternativní variantě dochází k nárůstu **průměrných nákladů na pacienta/klienta.**
(PL opouštějí „lehčí“ pacienti, v ostatních typech služeb to však znamená **příchod** „těžších“ pacientů);

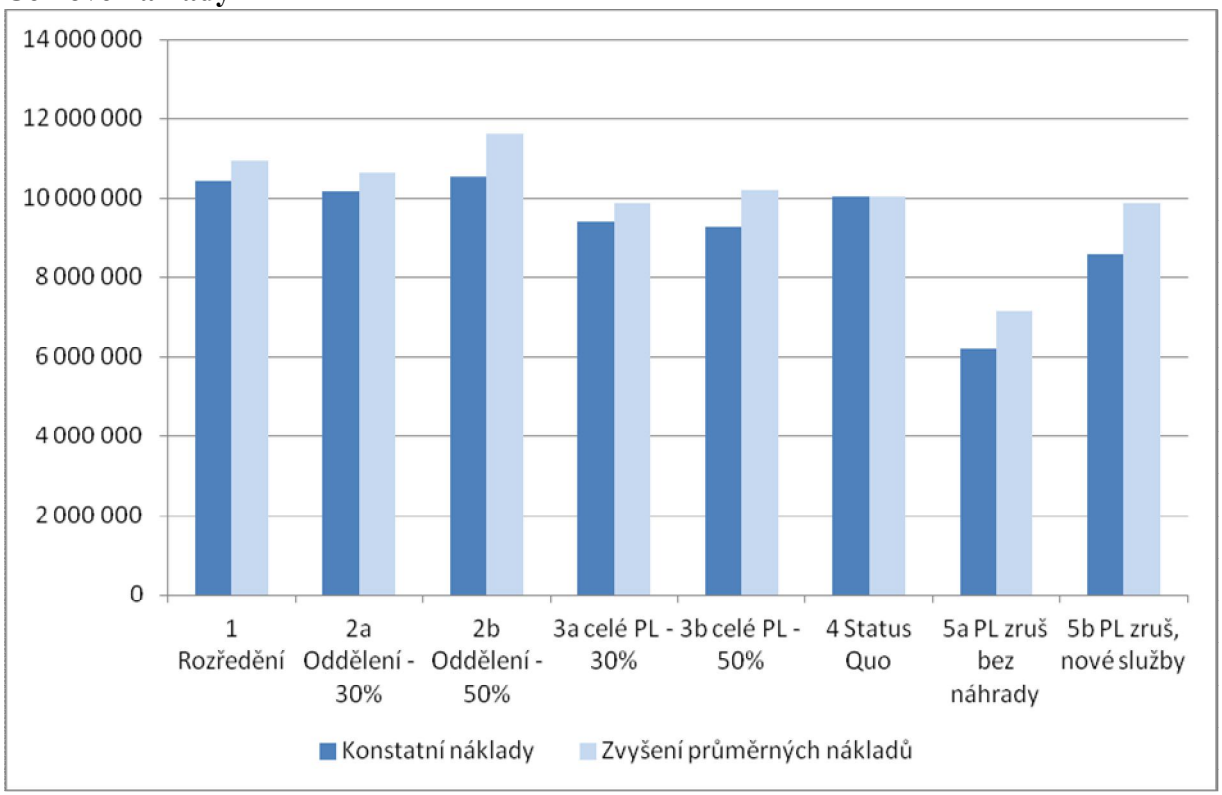
b1) v případě redukce 30 % kapacit PL nárůst průměrných nákladů o 5 % v ostatních psychiatrických službách;

b2) v případě redukce 50 % kapacit PL nárůst průměrných nákladů o 10 % v ostatních službách;

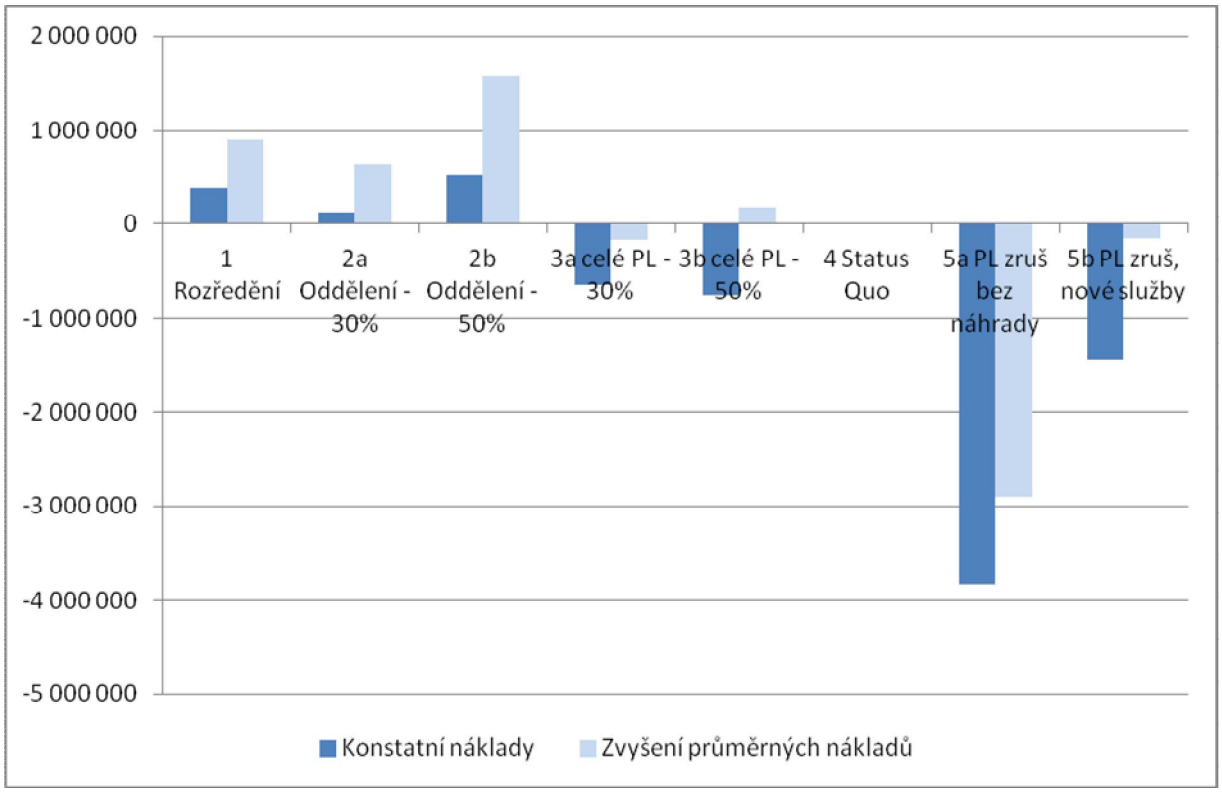
b3) v případě redukce 100 % kapacit PL nárůst průměrných nákladů o 15 % v ostatních službách.

Je nutno připomenout, že k těmto parametrům, nejsou dostupné žádné reálné údaje, neboť ty by byly dostupné až v případě, že by tato varianta nastala. Je však nutné počítat s tím, že pokud do ambulancí lékařů a do komunitní péče pošleme komplikovanější pacienty, kteří jsou v současnosti v institucionální péči, je třeba zřejmě zvýšit úhradu za výkony tak, aby byl složitější mix pacientů finančně pokryt.

Celkové náklady



Změna nákladů



10.5 Diskuse výsledků

Nejnižší celkové náklady bude samozřejmě generovat scénář 5a – Zrušení PL bez náhrady, který by vedl ke snížení současných nákladů o 40 %. Tento scénář však bude mít fatální důsledky na kvalitu péče o duševně nemocné. Dojde zřejmě k přehlcení ostatních služeb, kde však budou pacienty odmítat v důsledku omezených kapacit. Může dojít k nárůstu sociálních problémů v rodinách nemocných, k možnému bezdomovectví psychiatrických pacientů, možná i ke zvýšení kriminality, nebo alespoň k jejich kriminalizaci. Analýza těchto rizik je však již mimo hranice této ekonomické analýzy.

U ostatních scénářů (1-4) je zajímavý především fakt, že změny v celkových nákladech nejsou až tak rozsáhlé. V podstatě dojde ke snížení nákladů na PL, které jsou však vyváženy vyššími náklady v ostatních typech psychiatrických služeb. Scénáře a podscénáře 1-4 se tak pohybují od -8 % až po +5 %. Model se zvýšenými průměrnými náklady pak počítá se změnami v rozsahu -2% až po +16 %.

Tabulka: Odhadované celkové náklady podle scénářů v procentech, status quo = 100 %

Scénáře	1 Rozř.	2a Odd. -30%	2b Odd. -50%	3a PL -30%	3b PL - 50%	4 Status Quo	5a PL zruš bez náhrady	5b PL zruš, nové služby
Model konstantní průměrné náklady	104	101	105	94	92	100	62	86
Zvýšení průměrných nákladů	109	106	116	98	102	100	71	98

V případě realizace scénářů 1 – 3 (rozředění, uzavření oddělení, uzavření léčeben), případně jejich racionálního mixu, lze očekávat, že při zvýšení celkových nákladů o 5, maximálně o 10 %, je možné po dvaceti letech váhání transformovat péči o duševně nemocné na zcela novou úroveň do podoby 21. století, a to při významném zvýšení kvality péče, zajištění důstojnosti i komfortu pacientů. To vše při zřejmé minimalizaci rizik oproti variantám úplného uzavření léčeben, na který není systém připraven. Absolutní výši nákladů spojených s navrhovanou reformou psychiatrické péče v ČR lze i vzhledem k tomu, že zatím není znám její konkrétní scénář, jen velmi přibližně odhadnout. Domníváme se, že v provozních nákladech by se mělo jednat o částku minimálně 2 - 3 miliardy Kč a v investicích minimálně o částku 4 - 5 miliard Kč.

10.6. Financování

Zjištění výše nákladů na duševní zdraví a struktury těchto nákladů podle typu péče jsou informace důležité jak pro transformaci péče o duševní zdraví, tak také pro zvýšení pozornosti české společnosti na problematiku duševního zdraví a na ekonomické dopady duševních onemocnění na jednotlivce i společnost.

Zdravotní služby pro duševně nemocné jsou v České republice financovány stejně jako ostatní typy zdravotní služby, tedy především zdravotními pojišťovnami. Způsob úhrady poskytnutých zdravotních služeb pro odbornosti psychiatrie a psychologie je stejný jako u ostatních lékařských odborností. U odborných ambulantních lékařů je péče hrazena platbou za výkon. Nemocnice a psychiatrické léčebny jsou ve své podstatě financovány formou historicky vzniklých rozpočtů s určitým ročním procentním nárůstem, i když zdravotním pojišťovnám je nutno každý rok tento rozpočet „vyúčtovat" trochu jiným způsobem (ošetřovací dny, výkony, platby za případ). Fragmentace zdravotnických a sociálních služeb a jim alokovaných finančních zdrojů může být zdrojem komplikací pro poskytovatele těchto služeb a zejména pro samotné duševně nemocné pacienty, kteří mají pochopitelné problémy se ve spletitém sociálním systému orientovat. Financování sociálních služeb pro duševně nemocné není centrálně sledováno, takže máme jen omezené informace o tom, jaké služby se občanům poskytují, kdo tyto služby platí a kdo jsou příjemci těchto služeb.

V současnosti jsou tradiční psychiatrické služby hrazeny:
- úhrady zdravotních pojišťoven (dominantní zdroj)
- spoluúčast pacientů
- příspěvky a dotace obcí, krajů, ministerstva zdravotnictví a MPSV

Komunitní psychiatrické služby jsou financovány:
- úhrady zdravotních pojišťoven (ovšem s menším podílem než tradiční služby)
- granty a projekty od obcí, krajů, ministerstva zdravotnictví a MPSV, soukromých nadací
- spoluúčast pacientů, platby pacientů (částečně ze sociálních příspěvků)
- dary od fyzických a právnických osob

V případě transformace je třeba počítat s podílem:
- změnami v úhradách ze zdravotního pojištění
- změnami v platbách pacientů
- v ideálním případě uhrazením transformačních nákladů z fondů EU

11 Sazebník výkonů

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Činnost zdravotnických pracovníků v oboru psychiatrie je z finančního hlediska oproti jiným odbornostem znevýhodněna tím, že jádrem diagnostického a terapeutického systému je především přímý kontakt s pacientem a lidská práce. V oboru je zatím jen málo činností založených na materiálu a přístrojích, i když se tato nepříznivá situace v poslední době mírně zlepšila vstupem takových metod, jako je repetitivní magnetická stimulace mozku, chronobioterapie či metody telemedicíny.

Z tohoto důvodu upozorňujeme na nutnost zavedení **nových výkonů**, které budou reflektovat transformaci péče o duševně nemocné směrem do nemocniční, ambulantní a komunitní sféry, případně aby byly **upraveny bodové hodnoty již zavedených výkonů** tak, aby byly v praxi skutečně realizovatelné. Je třeba **dohody s plátci zdravotní péče**, aby tyto výkony byly také zdravotnickým zařízením nasmlouvány v dlouhodobější perspektivě.

Jako **příklady** navrhovaných staro/nových výkonů, které Psychiatrická společnost předloží v tomto roce do dohodovacího řízení, uvádíme:

Lůžková péče

specializovaná psychiatrická péče

akutní intenzivní psychiatrická péče

telefonická komunikace u hospitalizovaného pacienta

sociální šetření u hospitalizovaného pacienta

Pro psychiatry

Urgentní psychiatrická ambulantní intervence

Nesystematická psychoterapie a edukace

Konzultace pro instituce komunitní péče

Případové vedení a účast v asertivním týmu

Krizové intervence v terénu

Návštěva pacienta psychiatrem

Ztížená práce – komunikace s dospělým/pedopsychiatrickým pacientem

Výkon ambulantní ochranné léčby sexuologické, psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické

Pro klinické psychology

restrukturalizace a reindexace některých výkonů

Pro psychiatrické sestry

Re/edukace pacientů

Kognitivní trénink pacientů

Návštěva pacienta sestrou

12 Regionální standardy sítě psychiatrických služeb

Doporučení vznikla na základě diskuze odborníků a ze zkušeností s modely psychiatrické péče v karlovarském regionu a hl. městě Praha.

Služba	koncepce – lůžka, lékaři, místa, osoby na 100 tis. obyvatel	přepočet koncepce na malý region	přepočet koncepce na střední region	přepočet koncepce na velký region
1. lůžková péče	**lůžka**			
lůžka celkem	100	307	640	1500
lůžka akutní	30	92	192	450
lůžka následná	70	215	448	1050
z toho				
lůžka gerontopsych.	20	61	128	300
lůžka adiktologická	25	77	160	375
lůžka dětská a dorostová	6-8	18-25	38-51	90 - 120
Lůžka specializovaná	Určitá část z výše uvedených lůžek dle potřeby a aktuálního stavu regionu	xxx	xxx	xxx
2. ambulantní péče	**lékaři**			
ambulance všeobecná	9	27,6	57,6	*135*

gerontopsychiatrie	0,5	1,5	3,2	7,5
adiktologie	1,5	4,6	9,6	*22,5*
pedopsychiatrie	1,5	4,6	9,6	*22,5*
poruchy příjmu potravy	0,25	0,8	1,6	3,75
psychiatrická sexuologie	0,75	2,3	4,8	11,25
psychoterapeutická ambulance	2	6,1	12,8	30
amb. klin. psychol.	15	46	96	225
3. intermediární péče	**místa/lůžka**			
denní stacionář psych.	18 míst	55 míst	115 míst	270
denní stacionář AT	18 míst	55 míst	115 míst	270
denní stacionář dětský	7 míst	21 míst	45 míst	105
krizové centrum dosp.	2 lůžka	6 lůžek	13 lůžek	30
kriz. centrum děts.	0,5 místa	2 místa	3 místa	7,5
	osoby			
komunitní sestra	3	9	19	45
adiktolog-případový manager	3	9	19	45
3. komunitní péče sociální a rehabilitační				
chráněné a rehabilitační dílny	10 míst	30 míst	64 míst	150 míst

přechodné a podporované zaměstnání	25 míst	77 míst	160 míst	375 míst
komunitní a chráněné bydlení	20 míst	61 míst	128 míst	300 míst
domy a byty na půl cesty	10 míst	31 míst	64 míst	150 míst
podporované bydlení	2 soc. prac.	6 soc. prac.	13 soc. prac.	30 soc. prac.
centrum denních aktivit	50 míst	154 míst	320 míst	750 míst
případové vedení	1 soc. prac.	3 soc. prac.	6,5 soc. prac.	15 soc. prac.

13 Doporučení

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Česká psychiatrická společnost o. s. ve spolupráci s pracovní skupinou Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a dalšími relevantními subjekty navrhuje tyto hlavní body scénáře reformy psychiatrické péče v ČR pro období 2014 - 2020 v souvislosti s možností využití evropských fondů.

Motto: Duševní poruchy budou v první polovině 21. století představovat jednu z nejvýznamnějších zdravotních zátěží společnosti s obrovskými ekonomickými důsledky.
Na to by měl reagovat i systém zdravotní péče a jeho financování.

V případě transformace je třeba počítat se

- změnami v úhradách ze zdravotního pojištění, které podpoří nové, především extramurální formy péče a budou redistribuovat finanční toky směrem k akutní a komunitní péči (nutnost prosazení příslušných výkonů do sazebníku)
- změnami v platbách pacientů, např. v případě rezidenčních služeb
- transformačními náklady, které v ideálním případě by měly být z velké části uhrazeny z fondů EU.

Transformace by měla být rozdělena do několika etap:
(indikativní harmonogram)

První etapa (2014 - 2016)

- vytipování vhodných geografických oblastí pro poskytování péče o duševně nemocné, zahrnující komunitní zdravotní i sociální služby. Doporučujeme oblast 80.000-100.000 obyvatel při respektování administrativního dělení státu
- budování extramurálního kooperujícího systému péče s proporcionální sítí ambulantních a komunitních zařízení s využitím a rozvojem stávající sítě zařízení
- diferenciace psychiatrických oddělení nemocnic (na zařízení komplexní akutní lůžkové péče a na komunitní centra s krizovými lůžky, denním stacionářem, ambulancí, eventuálně se specializovaným programem)

- posílení komplexní akutní lůžkové péče (včetně intenzivní psychiatrické péče), kterou by měla poskytovat vybraná oddělení nemocnic a vytipované psychiatrické léčebny
- redukce (cca o 10 %) a diferenciace lůžek v psychiatrických léčebnách (akutní, následná, specializovaná, krizová, sociálně-zdravotní) vedoucí ke zlepšení kvality péče
- možnost transformace některých psychiatrických léčeben nebo jejich podstatných částí na zařízení sociální péče
- budování speciálních služeb, jako např. výjezdových týmů, rezidenčního bydlení apod.
- neprodlené zahájení vzdělávání především nelékařského zdravotního personálu a získávání příslušných odborníků včetně rekvalifikačních kursů

Druhá etapa (2017 -2018)

- aktivity z první etapy pokračují
- uvedení komplexního komunitního systému do praxe a vytvoření pevných vazeb primární, sekundární i terciární sféry včetně sociální péče a praktických lékařů
- vyřešení spolufinancování péče o dlouhodobě nemocné s duševní poruchou jak z oblasti zdravotní tak sociální

Třetí etapa (2019 - 2020)

- pokračují výše uvedené aktivity
- redukce celkového počtu lůžek následné péče o 30 - 50 %

Jednotlivé etapy jsou na sebe navázány a není možné měnit jejich pořadí či úplně vynechat.

Předpokládáme, že transformace by se neměla držet explicitně některého z 5 (resp. 8) uvažovaných transformačních scénářů, ale že prvky ze všech reálných scénářů budou kombinovány, a tak minimalizovány negativní dopady jak na osoby s duševní poruchou, na profesionály i další osoby pečující o své blízké, tak na celou společnost.

Problematika závislostí, dětské psychiatrie a gerontopsychiatrie má svá specifika. Příslušné materiály uvádíme v samostatných přílohách naší zprávy.

Podpora vedení státu a úzká **spolupráce s plátci zdravotní péče** jsou základním předpokladem úspěšného průběhu projektu. Informovanost a diskuse **s odbornou i laickou veřejností**, především pacientskými a příbuzenskými organizacemi jsou samozřejmostí.

14 Dětská a dorostová psychiatrie – základní data, nejdůležitější výsledky výzkumu a praxe

Podle posledních epidemiologických studií se ukazuje výskyt duševních poruch u dětí a adolescentů v 10-20 % dětské a adolescentní populace (Belfer et al., 2006, Fleitlich –Bilyk et al., 2004). V současnosti je pociťován velký nedostatek dostupnosti ambulantní a lůžkové péče, což mimo jiné souvisí s vysokou efektivitou psychoterapeutických a farmakoterapeutických postupů v dětské a dorostové psychiatrii (například u dětí s ADHD je farmakoterapie úspěšná u 60 - 70 % léčených dětí – Coghill et al., 2008). Zobrazovací metody a biochemická vyšetření identifikují etiopatogenezu u řady chorob dětského věku, jako jsou ADHD, afektivní poruchy, schizofrenie, poruchy chování apod. (Durston, 2008). Výsledky genetického výzkumu budou v brzké době pravděpodobně schopny predikovat výsledky farmakoterapie (Durston et al., 2005). Kontrolované studie farmakoterapie agresivity u autistických jedinců ukazují účinnost této léčby za dvojitě slepých podmínek (Moura et al., 2008).
Celosvětově kontinuálně několik let výrazně stoupá incidence a prevalence autismu. V souvislosti s nároky dnešní doby i ekonomicky rozvinutých zemích se zvyšuje a očekává se další zvyšování nemocnosti úzkostných a depresivních poruch dětí jednak pro vysoké nároky ve školách, pro prohlubující se problematiku týraných a zanedbávaných dětí. Závažnější se stává problematika dětí z neúplných rodin, sociálně slabých rodin a na to navazující duševní poruchy v souvislosti s návykovými nemocemi.
Intenzivní práce s rodinou doplňuje metodiku dětského psychiatra v ambulanci nebo na lůžku. Lůžková psychiatrie je nezbytnou součástí léčby duševních poruch u dětí a adolescentů vzhledem k nutnosti léčit zde pacienty s extrémní agresivitou, nesocializovanými poruchami chování, těžkými depresemi, psychózami apod.
Dětská psychiatrie se stala svébytným oborem, který využívá metod biologických, psychofarmakologických a psychoterapeutických s perspektivou výrazného zlepšení nebo úpravy stavu u řady pacientů. Je prokázanou „prevencí“ duševních poruch do dospělého věku.

Dětské psychiatrické ambulance – DPA

MUDr. Jaroslav Matýs

1) **Síť DPA**
   a. Funkce a charakteristika práce DPA
   b. Síť DPA a dostupnost – současný stav

2) **Předpokladaný vývoj ambulantní pedopsychiatrické péče**

3) **Cílový stav**
   a. Síť DPA a dostupnost
   b. Nutné změny
   c. Příloha č. 1.

1) Síť DPA

a. Funkce a charakteristika práce DPA

1. DPA zajišťuje komplexní pedopsychiatrickou péči. Zahrnuje diagnostické a terapeutické metody zaměřené na biologickou, psychologickou a sociální dimenzi onemocnění, zajišťuje a koordinuje další specializovanou péči, provádí dispenzarizaci, podílí se na veřejné péči a na prevenci. V drtivé většině DPA jsou nestátní zdravotnická zařízení, převážně samostatně pracující psychiatr pro děti a dorost.
2. DPA poskytuje akutní i dlouhodobou, kontinuální péči až do pacientovy dospělosti.
3. DPA vykonává dispenzární péče pro děti a dorost s duševní poruchou ve smyslu platné vyhlášky č. 386/2007 novelizované v roce 2011 u těchto diagnóz:
    - Psychiatrická onemocnění dětského věku (schizofrenie, afektivní poruchy, deprese, ADHD apod.)
    - Demence a organické psychické poruchy
    - Autismus
    - Závislosti
    - Amnestický syndrom a reziduální stavy
    - Schizofrenie, akutní psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy
    - Poruchy nálady středně těžké a těžké, těžké úzkostné poruchy
    - Poruchy příjmu potravy
    - Těžké poruchy osobnosti
    - Středně těžké a těžké mentální retardace
    - Stavy po suicidálním pokusu

4. Certifikované pedopsychiatrické ambulance jsou součástí systému vzdělávacích pracovišť pro pedopsychiatry, psychiatry a pediatry v odborné přípravě.
5. Ambulantní pedopsychiatrické diagnostické spektrum a nejnižší věk záchytu duševních poruch
    - ADHD od 2-3 let
    - Úzkosti od 3,5 let
    - Deprese od 3,0 let
    - Inferiorní intelekt od 3,0 let
        - Mentální retardace
    - Autismus od 2,5 let
    - Psychózy od 6 let, převážně po 12 roce
        - Schizofrenní okruh
        - Afektivní poruchy- deprese, mánie, bipolární poruchy

Na rozdíl od psychiatrie pro dospělé ambulantní pedopsychiatr v léčbě dětských pacientů je nucen spolupracovat a také velice úzce spolupracuje s pracovníky mimo zdravotnictví. Jedná se hlavně o rezort školství a odbory sociálně-právní ochrany dětí při magistrátech a úřadech měst a obcí.

V první řadě jsou to specialisté v rezortu MŠMT ČR - pedagogové, speciální pedagogové, etopedi, školní psychologové. V rámci komplexnosti terapie pedopsychiatr svými odbornými doporučeními zasahuje do výuky dětí a adolescentů na všech typech škol, a to od běžných až po školy speciální. Je v úzkém kontaktu s pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně pedagogickými centry (děti s mentální retardací, s autismem). Výraznou návaznost na DPA mají dětské domovy, výchovné ústavy, střediska výchovné péče. Bez úzké spolupráce s těmito institucemi a pracovníky není komplexní terapie v ambulantní pedopsychiatrii možná. Prozatím chybí standardy spolupráce s těmito institucemi.

Současná legislativa ve školství absolutně nevyhovuje dnešním poznatkům. Nezajišťuje vymahatelnost práva na běžných školách pro děti s duševními poruchami hlavně v rámci inkluzivního přístupu. Prosazování opatření je velice obtížné a často až nemožné. Tyto děti jsou často vydány napospas vůli a postojům ředitele, pedagoga, vychovatele. Často nejsou respektovány klinické psychiatrické diagnózy, nedodržují se lékařské pedopsychiatrické závěry a doporučení, úlevy ve výuce, v režimu výuky, školní zátěže a školního zařazení. To vše bez patřičné zákonné ochrany, respektive zákonné povinnosti pro pedagogické pracovníky tyto lékařské diagnózy a doporučení respektovat. Tato praxe má za následek problémy v léčbě duševních poruch dětí a adolescentů, relapsy a dekompenzace duševních poruch, problémy ve vývoji osobnosti, sebehodnocení a celkovém zdravotním stavu.

b. Síť DPA a dostupnost – současný stav

2/3 dětí a dorostu v ČR jsou pojištěnci VZP, proto vycházíme především z jejích údajů. Nutno podotknout, že veliký podíl pojištěnců v dětské a dorostové populaci je u zdravotních pojišťoven 205 a 213. Je to hlavně v krajích Moravských, speciálně kraj Moravskoslezský, Olomoucký. Zdravotní pojišťovny 205 a 213 mají více než 50 % pojištěnců ve věkové kategorii 0-18 let v tomto regionu. Tento fakt je nutno si uvědomit při hodnocení dostupnosti dle regionů. Nicméně v České republice není přesně zmapována síť pedopsychiatrických ambulancí, údaje ÚZIS jsou velice nepřesné. Údaje o počtu smluvních ambulantních lékařských míst se dle jednotlivých zdrojů liší.

Dle údajů dodaných pracovní **skupinou PS ČLS JEP**, **je v současnosti dětských psychiatrických ambulancích (DPA) smluvně 124 pracovišť. V propočtu na lékařské místo se uvádí číslo 97,75 plných lékařských úvazků pro celou ČR.** To by odpovídalo deklarovanému prvnímu stupni zajištění ambulantní pedopsychiatrické péče „Personální vybavení: 1 pedopsychiatr na 100 000 obyvatel (cca 21 000 dětí a adolescentů), výhledově 2 pedopsychiatři na 100 000 obyvatel“. (Z revidované koncepce dětské psychiatrie z roku 2008) Tyto údaje ale nejsou reálné.

Ve snaze zjistit reálnou dostupnost pedopsychiatrické ambulantní péče, vykonali jsme šetření v terénu a požádali na jednáních v roce 2011 vedení VZP o aktualizaci a analýzu smluvních vztahů pro odbornost 306 za rok 2011. Sami jsme porovnali „smluvní“ statistické údaje od VZP s naším šetřením v terénu.

Naše údaje (Asociace dětské a dorostové psychiatrie a Výboru sekce DDP PS JEP) **a údaje,** které poskytla **VZP**, se po podrobné analýze dat dle námi doporučených kritérií na reálnou

dostupnost na 100 000 obyvatel a smluvní lékařské úvazky **v zásadě shodují.** Jsou ale v poměrně významném rozporu s daty předkládanými a prezentovanými pracovní skupinou Psychiatrické společnosti ČLS JEP k reformě psychiatrické péče v ČR na MZ(!). Podrobné údaje viz níže (příl. č. 1 - výtah z materiálu VZP).

Dle analýzy **VZP měla v roce 2011 celkem 110 ambulantních smluvních partnerů-AZZ v odbornosti 306, s celkovým poměrným kapacitním číslem, dále PKČ = 79,4.** Celkové je **skutečné PKČ nižší o 24,4 úvazku, než je uvedeno v koncepci. V současnosti tedy chybí 25 plných lékařských pedopsychiatrických úvazků v ambulancích, což je 25 % ze základního doporučeného počtu DPA!** Viz níže, příl. č. 1 - výtah z materiálu VZP, Ing. Zdeněk Vokuš – OCZP, dne: 9. 7. 2012. Tato data jsme konzultovali a projednali osobně na společném jednání na centrále VZP v září 2012. **Za pedopsychiatrii je považujeme za relevantní a odpovídají nejpřesněji dnešní realitě.**

Síť DPA je nerovnoměrná. V saturaci DPA dle krajů je „smluvně" nejlépe zajištěna Praha (+2,43 lékařského místa-LM) a Olomoucký kraj (+1,35LM). Nejvýraznější deficity jsou v kraji Moravskoslezském (-6,45LM), Středočeském (-5,9LM) a Jihomoravském (-3,8LM). V propočtu na účtované výkony je ale deficit DPA vzhledem ke smluvním úvazkům právě v Praze -2,18 LM a v Olomouckém kraji – 1,96 LM.

V této statistice nejsou zachyceny ambulance mimo systém veřejného zdravotního pojištění - platba v hotovosti (jenom sporadicky). Statistika taky nevystihuje zaměření pedopsychiatrické ambulance. Tedy jestli se jedná o ambulanci tzv. biologicky-psychiatricky orientovanou, nebo se jedná o ambulanci převážně, resp. výhradně psychoterapeuticky zaměřenou. U druhého typu ambulancí může být problém s dostupností při předepisování psychofarmak v daném regionu.

Stávající kapacita DPA zůstává daleko za skutečnou potřebou psychiatrické péče v této věkové kategorii a nepostačovala by ani při plné síti 1 DPA/100 000 obyvatel. V současnosti jsou objednací doby na první vyšetření v průměru mezi 3-6 měsíci a stále se prodlužuje. U některých ambulancí se objednací lhůty prodloužily už i na 9 měsíců. Není tak v běžném provozu dostatečný prostor pro akutní, statimové pedopsychiatrické vyšetření u akutních psychóz, suicidality, náhlých afektivních dekompenzací autistů, mentálně retardovaných pacientů. Lékaři DPA mají v těchto případech veliké provozní problémy s přeobjednáváním pacientů. Prakticky je nedostupná konziliární pedopsychiatrická činnost pro dětská oddělení nemocnic na okresech, kde proto dochází k ne příliš „lege artis" postupu, a to, když konziliární vyšetření provádějí lékaři bez odborné způsobilosti v oboru dětská a dorostová psychiatrie.

2) Předpokládaný vývoj ambulantní psychiatrie pro děti a dorost

V diagnostickém spektru ambulantní práce je předpoklad, že těžiště bude nadále práce s dětmi a rodinami s ADHD, hlavně se závažnými stupni, a s pacienty s komorbidními poruchami. Trvale se zvyšuje náročnost na záchyt, diagnostiku a léčbu poruch autistického spektra (nárůst

z 0,05% na dnešních 1,1% na 100 000 obyvatel). Daleko častěji se budou na dětské psychiatry obracet pacienti a jejich rodiče s problematikou afektivních a úzkostných poruch.

Akcentovat se bude problematika dětí a adolescentů s návykovými nemocemi. Tady bude styčná plocha s adiktologií. Primodiagnostika se přesouvá do nižších věkových kategorií – do předškolního věku. Bude nutné propojovat spolupráci hlavně s praktickými lékaři pro děti a dorost (PLDD) a část terapie, po proškolení, snad přesunout i na tyto lékaře (srovnatelně s praktickými lékaři pro dospělé). Právě PLDD mají možnost pracovat i s rodinou. Tento posun regulovaného sdílení nekomplikované psychiatrické péče s praktickými lékaři pro děti a dorost je v souladu s moderními trendy. Nevyhnutelností je vyšší míra spolupráce s rezortem MŠMT a k tomu odpovídající změny legislativy. Škola a školští pracovníci – pedagogové mají významný vliv na průběh terapie duševních poruch u dětí a adolescentů. V tomto směru bude nutné posílit postavení (ambulantního) pedopsychiatra (ale i lékaře jakékoliv odbornosti) v souladu s vyššími právními normami (mezinárodní úmluvy, ústava, zákon o poskytování zdravotních služeb….) na ochranu (duševního) zdraví a pro zdravý vývoj dětí a adolescentů dle Listiny lidských práv a svobod a Úmluvy o právech dítěte. Nízkou dostupnost ambulantní pedopsychiatrické péče konstatoval i Veřejný ochránce lidských práv při návštěvách pedopsychiatrických lůžkových zařízení v ČR.

3) Cílový stav

a. Síť DPA a dostupnost

Dnes, při objektivně se zvyšující morbiditě duševních poruch, s přesunem primodiagnostiky už do předškolního věku, se ukazuje, že **reálně je nutno zvýšit počet DPA na 100 000 obyvatel z jedné na dvě DPA** tak, jak je uvedeno výhledově v „koncepci pedopsychiatrické sítě z roku 2008."

b. Nutné změny

Ke zvýšení dostupnosti a efektivity DPA jsou nutné tyto změny:

1. **Změna systému vzdělávání - zkrácení předatestační přípravy na ověřený původní 5letý model v ČR před redukcí atestačních oborů.**
2. **Doplnění sítě DPA** - umožnění nových smluvních vztahů pro DPA
   - Primárně v regionech, kde je v současnosti výrazný deficit DPA (MSk, StřČk, … JMk, Ustk)
   - Sekundárně v celé ČR postupná saturace **na kalkulační číslo 2 DPA/ 100 000 obyvatel**

Cíl - nárůst DPA oproti dnešnímu stavu o cca o 125 DPA pro celou ČR.

3. **Změna legislativy ve školství.** Měla by být uložena zákonná povinnost pracovníkům ve školství (školy, PPP, SPC) respektovat diagnostické závěry a doporučení lékařů obecně.
4. **Finančně vykrýt narůstající nákladovost na psychofarmaka** u dětí pro moderní a bezpečnější léky. DPA jsou pod trvalým tlakem ekonomických sankcí za překračování limitů více než jiné obory.

5. **Zajištění dostatku dětských klinických psychologů v ambulancích.** Jsou nepostradatelnou a nenahraditelnou odborností pro pedopsychiatry. Psychologové ze speciálních pedagogických center a z pedagogicko-psychologických poraden nejsou kvalifikovanými pracovníky a nejsou erudovaní pro zdravotnictví a tedy i pro pedopsychiatrii.
6. **V síti ambulantní pedopsychiatrické péči zvýšit úhrady pro „zvlášť obtížné, závažné a zvláštní diagnózy".**
    a. pervazivní vývojové poruchy
    b. poruchy příjmu potravy
    c. akutní psychotické stavy, afektivní poruchy a jejich relapsy a dekompenzace
    d. návykové nemoci

    Poznámka: Vzhledem k obtížnosti určitých diagnóz připadá do úvahy bonifikace úhrady za léčbu těchto dětí u těžkých diagnóz – autismus, těžké stavy deprese, psychotické stavy, poruchy příjmu potravy… Diagnostika, terapie a intervence u těchto diagnóz je podstatně těžší a složitější než u jiných duševních poruch.
    Touto bonifikací nebude narušena dostupnost DPA, protože v pedopsychiatrii každá DPA musí zvládat všechny poruchy. Do budoucna by koncepčně bylo vhodné jednat se ZP o zvýhodnění úhrad za zvlášť těžké dg (seznam dle doporučení odborné společnosti) a jejich terapii v obecné rovině pro celý obor.
7. **Zvýšení finančního ohodnocení ambulantních výkonů** tak, aby práce pedopsychiatra byla srovnatelně finančně atraktivní s jinými atraktivními odbornostmi. Je to další významný faktor ke zvýšení zájmu o tento obor mezi mladými lékaři.

c. Příloha č. 1.

Zdroj VZP – Analýza poskytování psychiatrické péče v odbornosti 306

Z jednání mezi zástupci VZP a zástupci Asociace dětské a dorostové psychiatrie a Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP

Analýza poskytování zdravotní péče dětem v oboru psychiatrie ve VZP ČRv roce 2011

Vypracoval: Ing. Zdeněk Vokuš – OCZP

Dne: 9. 7. 2012

Postup zpracování:

Analýza byla provedena nad daty za **rok 2011**, přičemž zdrojem produkčních dat byly aplikace ORACLE BAM BI, ORACLE BI Discoverer Plus a aplikace RPP.

Dětští pacienti byli definováni **věkovou skupinou od 1 do 18 let (+365 dní)**

1) Síť AZZ s hlavičkovou odborností 306 – dětská psychiatrie

V následující tabulce č. 4 je zmapována po jednotlivých krajích síť AZZ se smluvní odborností 306 – dětská psychiatrie:

Tab. č. 4: Síť smluvních ZZ odbornosti 306 - dětská psychiatrie

Číslo KP	Název KP	Počet obyvatel	Počet IČZ	Souhrn PKČ	Počet IČZ/ 100 tis.obyv.	PKČ/ 100tis. obyv.	Odchylka od PKČ VZP ČR	Normativní PKČ *	Odchylka od norm. PKČ
01	Praha	1 207 090 202 794	20	14,5	1,66	1,20	0,44	12,07	2,43
02	Středočeský kraj	1 249 808 253 318	9	6,6	0,72	0,53	-0,24	12,50	-5,90
03	Jihočeský kraj	628 426 120 069	7	5,3	1,11	0,84	0,08	6,28	-0,98
04	Plzeňský kraj (+KV)	856 044 104 102 57 189	9	9,0	1,05	1,05	0,29	8,56	0,44
06	Ústecký kraj	821 942 163 139	7	5,1	0,85	0,62	-0,14	8,22	-3,12
07	Liberecký kraj	436 510 85 198	5	3,4	1,15	0,78	0,01	4,37	-0,97
08	Královehradecký kraj	550 071 104 047	6	5,3	1,09	0,96	0,20	5,50	-0,20
09	Pardubický kraj	512 004 98 709	6	3,1	1,17	0,61	-0,16	5,12	-2,02
10	Vysočina	508 810	7	2,5	1,38	0,49	-0,27	5,09	-2,59

		97 898							
11	Jihomoravský kraj	1 153 400 213 941	10	7,7	0,87	0,67	-0,10	11,53	**-3,83**
12	Olomoucký kraj	634 802 119 076	11	7,7	1,73	1,21	0,45	6,35	1,35
13	Moravskoslezský kraj	1 235 019 231 175	8	5,9	0,65	0,48	-0,29	12,35	**-6,45**
14	Zlínský kraj	586 795 108 265	5	3,3	0,85	0,56	-0,20	5,87	-2,57
	VZP ČR celkem	**10 380 721** 1 958 920	**110**	**79,4**	**1,06**	**0,76**		**103,81**	**-24,41**

* přepočet při normativním počtu 1 pedopsychiatra na 100 000 obyvatel (dle návrhu zástupců ADDP)

****nad kalkulaci LM/pod kalkulaci LM**

*** zeleně počet dětí od 0-18 let – zdroj ÚZIS 2011

V tabulce jsou

1. po jednotlivých krajích počty IČZ
2. **souhrnná hodnota poměrného kapacitního čísla** (dále jen **PKČ)**
3. přepočty těchto hodnot na jednotku 100.000 obyvatel
4. síť AZZ s odborností 306 vyhodnocena z hlediska odchylky PKČ jednotlivých krajů od průměru VZP ČR
5. síť AZZ s odborností 306 vyhodnocena z hlediska odchylky dle odchylky PKČ jednotlivých krajů od teoreticky stanoveného PKČ (teoreticky stanovená hodnota vychází z předpokladu zástupců ADDP o zajištění zdravotní péče v ambulantní dětské psychiatrii 1 dětským psychiatrem 100.000 obyvatel)

Z tabulky vyplývá, že VZP ČR měla k 31. 12. 2011 celkem 110 ambulantních smluvních partnerů v odbornosti 306 s celkovým PKČ = 79,4. Toto celkové skutečné PKČ je nižší o 24,4 úvazku, než teoretická hodnota doporučená ADDP.

Tab. č. 6: Krajské srovnání smluvní odbornosti 306 z pohledu časového využití smluvních ordinačních hodin v roce 2011

nad kalkulaciLM/pod kalkulaciLM

Kraj	Vykázané hod/rok	Smluvní PKČ	Teoretické PKČ	PKČ teor. - PKČ sml.
01	10 705,50	14,50	12,32	-2,18
02	7 782,42	6,64	8,96	2,32
03	4 522,42	5,27	5,21	-0,06
04	6 070,92	8,95	6,99	-1,96
06	7 329,75	5,10	8,44	3,34
07	3 285,42	3,40	3,78	0,38
08	5 667,00	5,30	6,52	1,22
09	4 134,75	3,08	4,76	1,68
10	2 069,75	2,53	2,38	-0,15
11	6 456,92	7,70	7,43	-0,27
12	4 047,77	7,65	4,66	-2,99
13	3 675,08	5,90	4,23	-1,67
14	3 160,33	3,30	3,64	0,34
VZP ČR	**68 908,02**	**79,32**	**79,32**	**9,28 -9,28 =0**

Lůžková pedopsychiatrická péče

MUDr. Hodková Iva

1) **Současný stav**
   - **Popis vývoje**
   - **Lůžková kapacita ČR**
   - **Síť lůžek základní charakteristika**
   - **Přehled lůžek kraje**
   - **Vykazování péče**
   - **Financování péče**
   - **Doporučení k hospitalizaci**
   - **Propuštění z hospitalizace**
   - **Dg. skladba**
   - **Spádovost**

2) **Cíle transformace**

1) Lůžková část - Současný stav

Celkový počet obyvatel v České republice k 31. 12. 2011 byl 10 505 445.
Počet dětí ve věku 0 - 18 let je 1 958 920.

Počet lůžek dětské a dorostové psychiatrie k 31. 12. 2012
Celková lůžková kapacita je 628 lůžek, z toho je 488 lůžek následné péče a 140 lůžek akutních. Lůžka následná (doléčovací) poskytují i akutní péči a naopak lůžka akutní často poskytují i péči následnou.

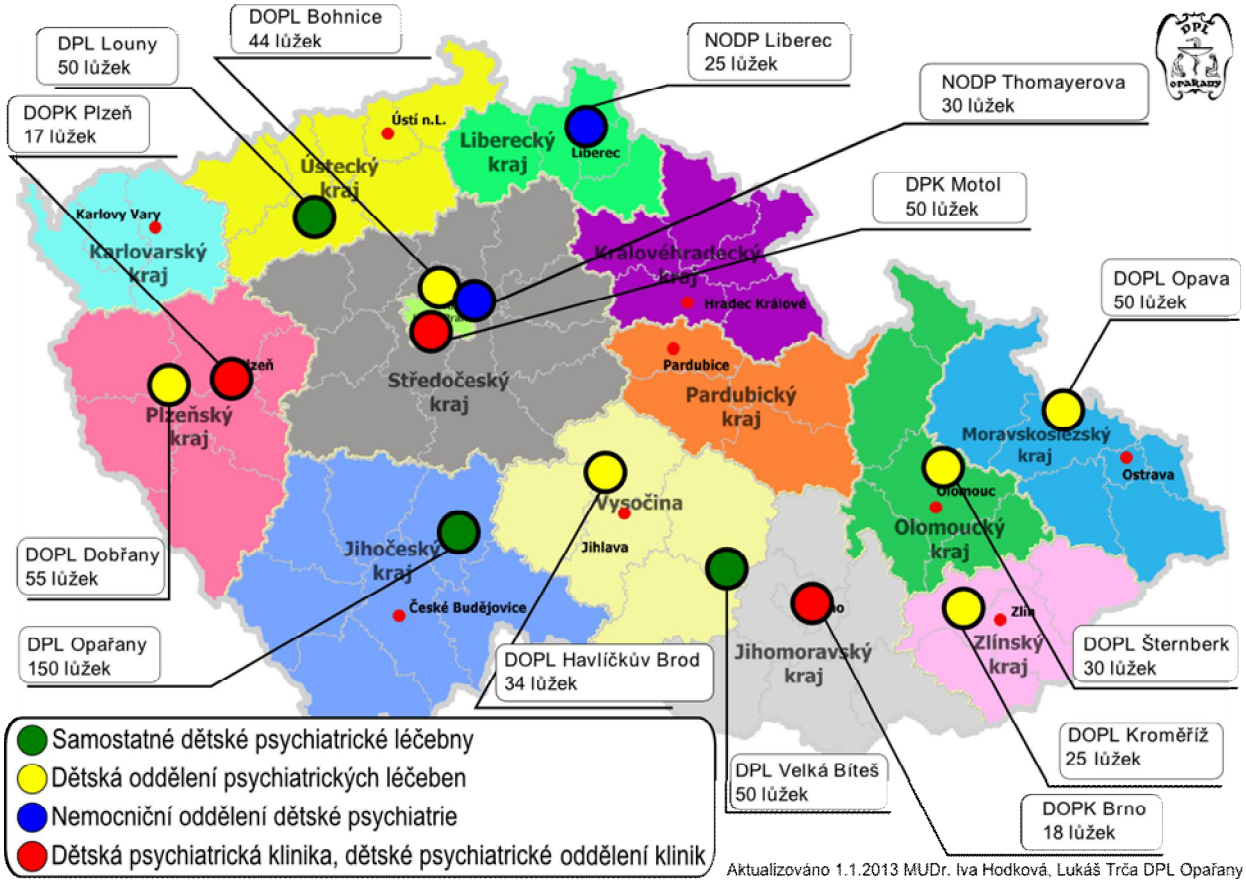
V letech 1989 - 2007 z 1 100 lůžek zaniklo celkem 447 na 653 lůžek, tj. snížení o 40 %, a to zánikem jednotlivých subjektů a redukcí počtu ve stávajících zařízeních.

V letech 2008 - 2012 zaniklo celkem 25 lůžek tj. o 3,8 %. Jednotlivé subjekty upravovaly pouze počty lůžek, žádné zařízení nezaniklo.

V průběhu let 2008 -2012 vznikla pouze nová kapacita 25 lůžek v DEO PL Dobřany z 30 na 55 lůžek.

Lůžková kapacita pedopsychiatrie v ČR

Počet pedopsychiatrických lůžek je v porovnání s evropskými státy přiměřený, ale nerovnoměrně geograficky rozložený, nedostačuje ale počet lůžek pro děti a mladistvé závislé na psychoaktivních látkách, zejména pro následnou péči.



Počet lůžek celkem: 628

	akutní péče		následná péče	
	počet	%	počet	%
Počet lůžek	140	22,29	488	77,71

Počet obyvatel ČR celkem **10 505 445**
počet dětí 0 - 18 let **1 958 920**
z toho
- **0 - 14 let** **1 541 241**
- **15 - 18 let** **417 679**

Potřeba lůžek: 6/100 000 obyvatel, tj. 630 lůžek
Skutečnost: 628.

Síť lůžek základní charakteristika

- Nerovnoměrné rozložení lůžkové péče regionálně - zcela chybí lůžková kapacita v kraji Karlovarském, Královéhradeckém, Pardubickém a Středočeském. V kraji Vysočina naopak 2 zařízení následné péče.
- Nerovnoměrnost mezi regionem Čech a Moravy

Lůžková kapacita pedopsychiatrie v ČR				
	akutní péče		následná péče	
	počet	%	počet	%
Počet lůžek	140	22,29	488	77,71

Počet dětských psychiatrických lůžek následné péče				
	Čechy		Morava	
	počet	%	počet	%
Počet lůžek	383	78,48	105	21,52

Počet akutních dětských psychiatrických lůžek				
	Čechy		Morava	
	počet	%	počet	%
Počet lůžek	122	87,14	18	12,86

- Nerovnoměrné rozložení lůžek akutních a následných v jednotlivých regionech. Celkově připadá na 3,5 lůžka následné péče 1 lůžko akutní.

Přehled psychiatrické lůžkové péče pro děti a adolescenty v jednotlivých krajích

Ke zpracování materiálu byla použita data získaná od VZP a ÚZIS za rok 2011.

- **Kraj: PRAHA**

Počet obyvatel: 1 241 664
počet dětí: 202 794
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 75 lůžek.
Skutečnost: 50 + 30 + 44 = 124 lůžek celkem, z toho 80 lůžek akutních.
Zařízení:
* nemocnice: 80 akutních lůžek - DPK Motol - ČR,
* pedopsychiatr. odd. Thomayerova nemocnice Krč - Praha, Středočeský kraj, Liberecký kraj.
OLÚ, léčebna: - DEO PL Bohnice 44 lůžek následných - spádovost 65 % z Prahy 18 % Středočeský kraj, 2 % cizinci a 15 % ostatní kraje

- **Kraj: STŘEDOČESKÝ**

Počet obyvatel: 1 279 345
počet dětí: 253 318
Potřeba lůžek: 6/ 100 000 obyvatel, tj. 77 lůžek

Skutečnost: 0
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 0

- **Kraj: JIHOČESKÝ**

Počet obyvatel: 636 138
počet dětí: 120 069
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 38 lůžek
Skutečnost: 150 lůžek následných
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 150 lůžek následných - DPL Opařany – spádovost Jihočeský kraj 29 %, Středočeský kraj 16 %, Ústecký kraj 15 %, Praha 6% a celá ČR

- **Kraj: PLZEŇSKÝ**

Počet obyvatel: 571 709
počet dětí: 104 102
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 34 lůžek
Skutečnost: 55 + 17 = 72 lůžek celkem, z toho 17 lůžek akutních.
Zařízení:
* nemocnice: 17 lůžek akutních - DEO PK Plzeň – spádovost Plzeňský kraj
* OLÚ, léčebna: 55 lůžek následných - DEO PL Dobřany – spádovost Plzeňský kraj, Karlovarský kraj, Ústecký kraj.

- **Kraj: KARLOVARSKÝ**

Počet obyvatel: 303 165
počet dětí: 57 189
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 18 lůžek
Skutečnost: 0
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 0

- **Kraj: ÚSTECKÝ**

Počet obyvatel: 828 026
počet dětí: 163 139
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 50 lůžek
Skutečnost: 50 lůžek následných.
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 50 lůžek následných - DPL Louny – spádovost Ústecký kraj, Plzeňský kraj, Karlovarský kraj, Středočeský kraj a Praha.

- **Kraj: LIBERECKÝ**

Počet obyvatel: 438 600
počet dětí: 85 198
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 26 lůžek
Skutečnost: 25 lůžek akutních.
Zařízení:

* nemocnice: 25 lůžek akutních - pedopsychiatrické odd. Liberec – spádovost Liberecký kraj, Ústecký kraj, Středočeský kraj.
* OLÚ, léčebna: 0

- **Kraj: KRÁLOVÉHRADECKÝ**

Počet obyvatel: 553 856
počet dětí: 104 047
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 33 lůžek
Skutečnost: 0
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 0

- **Kraj: PARDUBICKÝ**

Počet obyvatel: 516 411
počet dětí: 98 709
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 31 lůžek
Skutečnost: 0
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 0

- **Kraj: VYSOČINA**

Počet obyvatel: 511 937
počet dětí: 97 898
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 31 lůžek
Skutečnost: 84 lůžek následných.
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna:
o 34 lůžek - DEO PL Havlíčkův Brod – spádovost Kraj Vysočina, Královéhradecký, Pardubický, Středočeský
o 50 lůžek následné péče DPL Velká Bíteš – spádovost Jihomoravský kraj, Kraj Vysočina, Moravskoslezský kraj.

- **Kraj: JIHOMORAVSKÝ**

Počet obyvatel: 1 166 313
počet dětí: 213 941
Potřeba lůžek: 6 / 100 000 obyvatel, tj. 70 lůžek
Skutečnost: 18 lůžek akutních.
Zařízení:
* nemocnice: 18 lůžek akutních – DEO PK Brno - Bohunice – spádovost Brno, Jihomoravský kraj.
* OLÚ, léčebna: 0

- **Kraj: OLOMOUCKÝ**

Počet obyvatel: 638 638
počet dětí: 119 076

Potřeba lůžek: 6/100 000 obyvatel, tj. 38 lůžek
Skutečnost: 30 lůžek následných.
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 30 lůžek následných – DEO PL Šternberk spádovost Olomoucký kraj, Moravskoslezský kraj, Zlínský a Pardubický

- **Kraj: ZLÍNSKÝ**

Počet obyvatel: 589 030
počet dětí: 108 265
Potřeba lůžek: 6 /100 000 obyvatele, tj. 35 lůžek
Skutečnost: 25 lůžek následných.
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 25 lůžek následných – DEO PL Kroměříž – spádovost Zlínský kraj, Jihomoravský kraj, Olomoucký kraj.

- **Kraj: MORAVSKOSLEZSKÝ**

Počet obyvatel: 1 230 613
počet dětí: 231 175
Potřeba lůžek: 6/100 000 obyvatel, tj. 74 lůžek
Skutečnost: 50 lůžek následných.
Zařízení:
* nemocnice: 0
* OLÚ, léčebna: 50 lůžek následných – DEO PL Opava – spádovost Moravskoslezský kraj, Olomoucký kraj, Zlínský kraj.

Vykazování lůžkové péče v pedopsychiatrických a psychiatrických OLÚ

Pedopsychiatrická péče je vykazována v 7 dětských psychiatrických OLÚ a dále ve 12 OLÚ pro dospělé. Průměrná doba hospitalizace je 74,69 OD.

Počet OD celkem	70 361,00
URČ	942,00
Průměrná doba hospitalizace	**74,69**

2 zařízení DEO PL dlouhodobě nevykazují dětská lůžka ani pod odborností 3U6 a ani pod kódem ošetřovacího dne 00026.
Kromě těchto sedmi OLÚ (od 00026 odbornost 3U6) byli dětští pacienti ještě hospitalizováni v psychiatrických OLÚ pro dospělé (OD 00021; odbornost 3U5).
Analýza dat poskytnutá za rok 2011 je nepřesná, a to vzhledem k tomu, že 2 zařízení DEO PL dlouhodobě nevykazují dětská lůžka ani pod odborností 3U6 a ani pod kódem ošetřovacího dne 00026. Jsou tedy vykazováni pod odborností 3U5 a OD 00021.
Přesto lze uvést, že z analýzy vyplývá, že v OLÚ odbornosti 3U5 bylo v roce 2011 hospitalizováno cca 33 % dětských pacientů z celkového počtu hospitalizovaných dětských pacientů a na dětské pacienty bylo vykázáno cca 19 % OD z celkového počtu OD. Většina

dětských pacientů hospitalizovaných v OLÚ odbornosti 3U5 pak byla z věkové skupiny 15 až 18 let (cca 80 %).

- v odbornosti 3U5 (psychiatrické OLÚ pro dospělé) bylo v roce 2011 hospitalizováno poměrné velké procento dětských pacientů, ale většina z nich (cca 80 %) byla z věkové skupiny 15 – 18 let

Počet OD celkem	16 589,00
URČ	471,00
Průměrná doba hospitalizace	**35,22**

- **z hlediska nákladů je rozdíl mezi hospitalizací dětí v dětském psychiatrickém OLÚ a psychiatrickém OLÚ pro dospělé prakticky zanedbatelný, není zohledněna historicky náročnost pedopsychiatrické péče. Historická podfinancovanost.**
- obložnost teoretickou modelací dat VZP vychází u pedopsychiatrických lůžek OLÚ jako nízká, počítáno ještě při základu OD 95% obložnosti
- využití lůžkového fondu dětských psychiatrických OLÚ je až na jedno ZZ poměrně nízké (od 51 % do 75 %) – výsledky jsou výsledkem teoretické modelace dat a jsou zatíženy přepočtem ještě 95% obložností v základu 0D

Pedopsychiatrické diagnózy jsou taktéž zaznamenány v souborech dat poskytovatelů akutní psychiatrické péče 00006 3H5 v rámci celé ČR, která nemají lůžka dětské psychiatrie.

- Naopak chybí analýza dat na akutních lůžkách dětské a dorostové psychiatrie. Data nejsou více analyzována.

Financování lůžkové pedopsychiatrické péče

- Je historicky podfinancováno ve srovnání s dospělou psychiatrií. Průběžně dlouhodobě uvádíme za lůžka v DPL a DEO PL ztrátu na 1 ošetřovacím dni 500 - 1000 Kč.

- Systém nevyhovuje změně dynamických ukazatelů. Ve všech zařízeních dochází k většímu obratu na lůžku, k nižší obložnosti, k výraznému poklesu průměrné oš. doby a k větší pracnosti a intenzifikaci procesu.

- Paradoxně za menší objem finančních prostředků dochází k vyššímu obratu URČ a RČ, k větší poptávce po lůžkových zdrav. službách.

- **Trvá historicky neatraktivita provozování lůžek dětské psychiatrii pro ekonomické propady.**

<u>DEO PL a DPL</u>

Systém financování je nastaven na výkon za obložené lůžko.

Lůžkoden je hrazen nasmlouvaným paušálem za obložené lůžko cca v průměru kolem 1600 Kč/den. Liší se dle jednotlivých poskytovatelů.

Nezohledňuje propady obložnosti v řádu desítek procent i 50 % v průběhu kalendářního roku ve vazbě na školní rok specifické pro obor pedopsychiatrie. Odlišné chování proti dospělé psychiatrii, kde obložnost je kontinuální a kolísá cca kolem 5 %.

Vykazujeme kód OD 00026 3U6 nebo 00021 3U6 bez možnosti dalších výkonů.

Dochází k výraznému ekonomickému propadu.

Akutní lůžka na klinikách a v nemocnicích

00006 3H6

Jsou financována základem D a dalšími výkony. Tak může zohlednit tento systém změny v poklesu prům. doby hospitalizace.

Nedochází ve srovnání s lůžky DEO PL a DPL k takovému ekonomickému propadu.

Průměrná doba hospitalizace

Podle analýzy VZP za rok 2011

- DEO PL a DPL průměr 74,69 dne (107… 37) OD 00026 odb. 3U6
- Děti na lůžkách pro dospělé průměr 35 dnů (53…37…14…9) OD 00021 3U5

V posledním roce 2012 v převážně většině lůžkových zařízení pedopsychiatrie poklesla průměrná doba hospitalizace v průměru až o 20 %.

- Negativní vliv regulačních poplatků 100 Kč/den zcela jednoznačný.
- Hospitalizace neomezená je bez ReP u dětí s ústavní výchovou, v pěstounské péči a u rodin v hmotné nouzi – znevýhodnění dětí nespadající do této výjimky.
- Zbývající část reguluje hospitalizaci dětí zpravidla podle svých ekonomických možností.
- Regulační poplatky zcela jednoznačně více redukují přístup dětí k hospitalizaci, než regulují využití lůžkové péče.

Doporučení k hospitalizaci

Převážná většina přijímaných pacientů prochází přes dětské psychiatrické ambulance a indikaci k hospitalizaci posuzuje dětský psychiatr. V malém počtu přes praktické lékaře, překladem mezi lůžkovými zařízeními, přes ZZS a PČR a na přání rodiny.

Propuštění pacienta

Pacienti jsou propuštěni z lůžkové péče většinou do péče ambulantního psychiatra a dále sledováni ambulantně.

Dg. skladba hospitalizovaných pacientů

Pacienti k diagnostice nebo do léčebného procesu. Většinou převažují komorbidní pacienti.

F80-98 kolem 60 %, z toho nejvíce F901, F928, F84 (nárůst proti r. 2010,2011- F84)

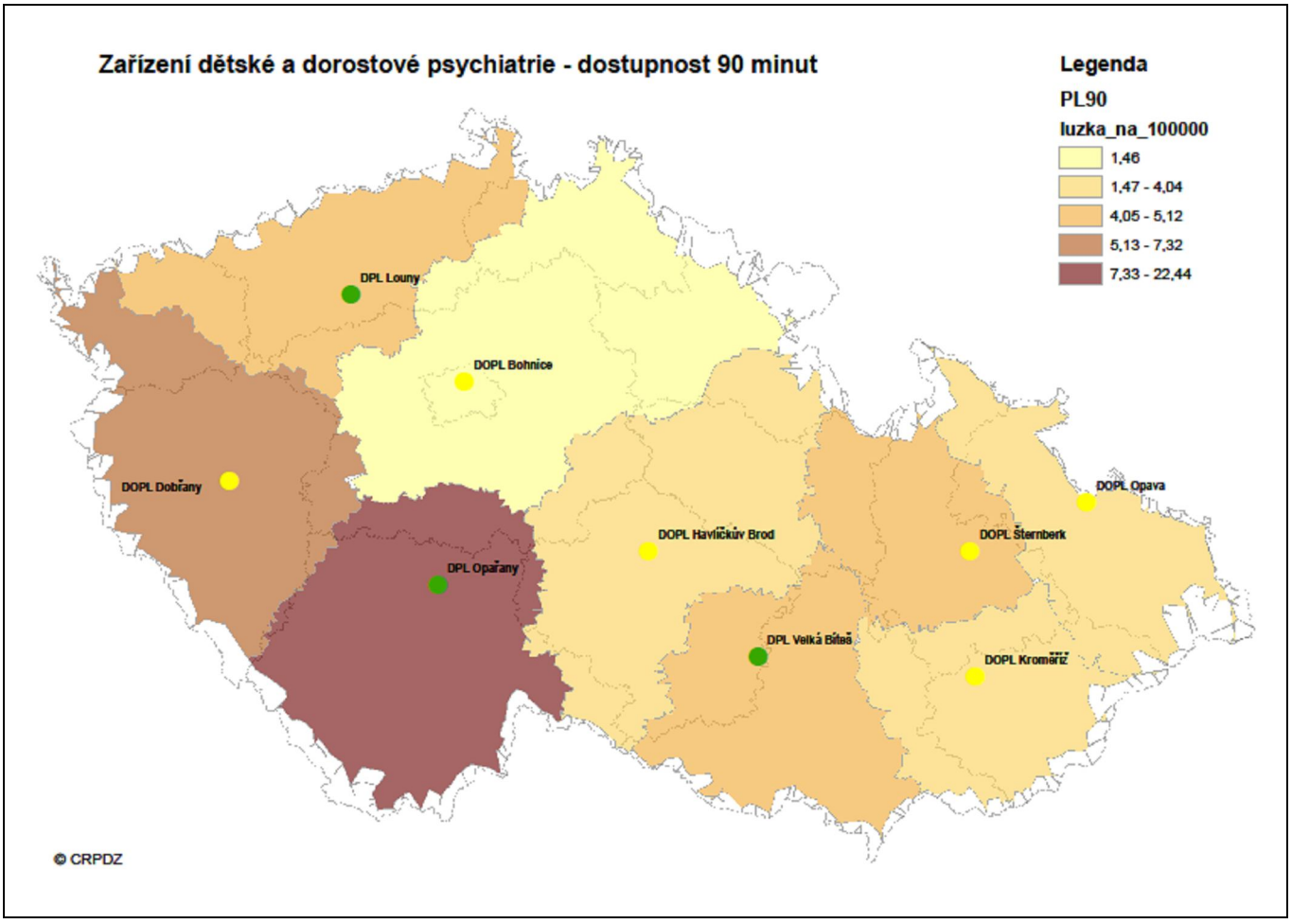
F40-48, F50-59 23 % (nárůst proti roku 2011 z 10 %...cca na 23%)

F30-39 2,4% (nárůst proti r. 2011 o 1%)

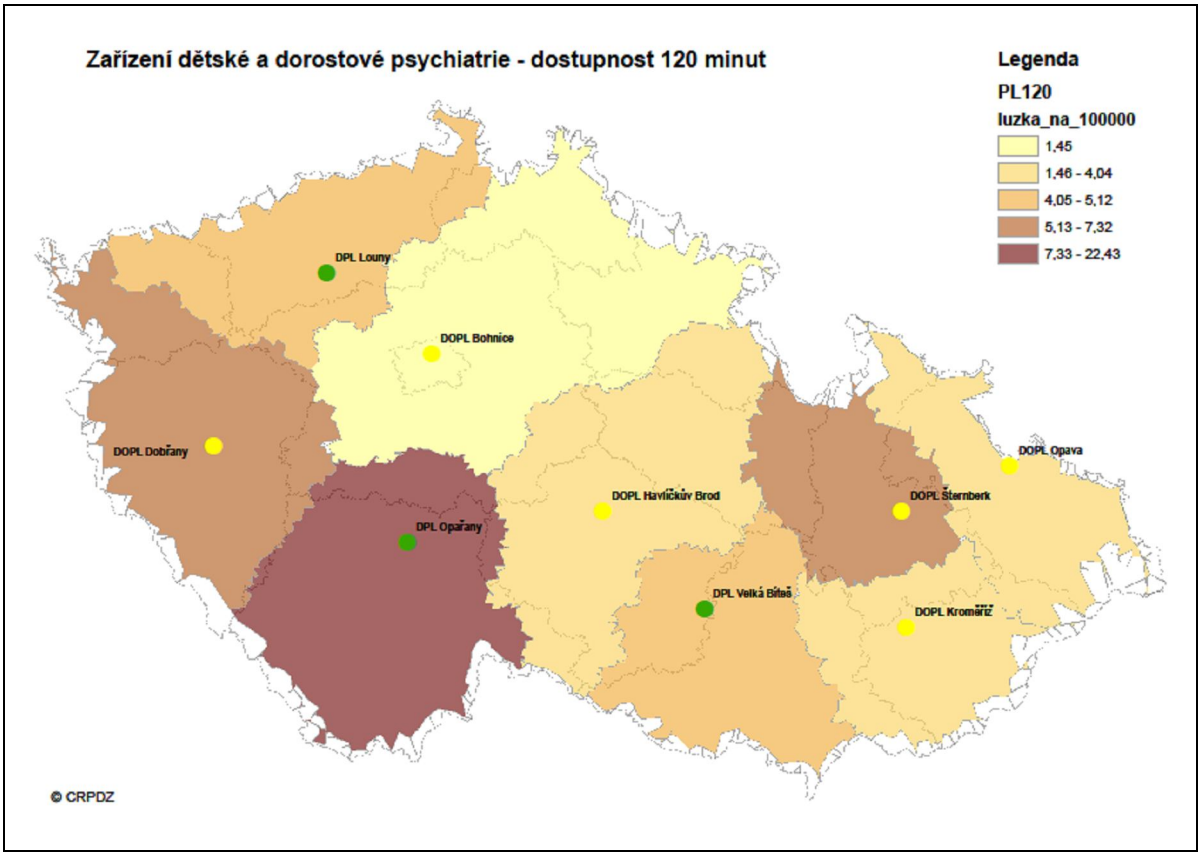
F 20-29 2,1 % (nárůst proti r. 2011 o 1%)

F11-19 1,5 %

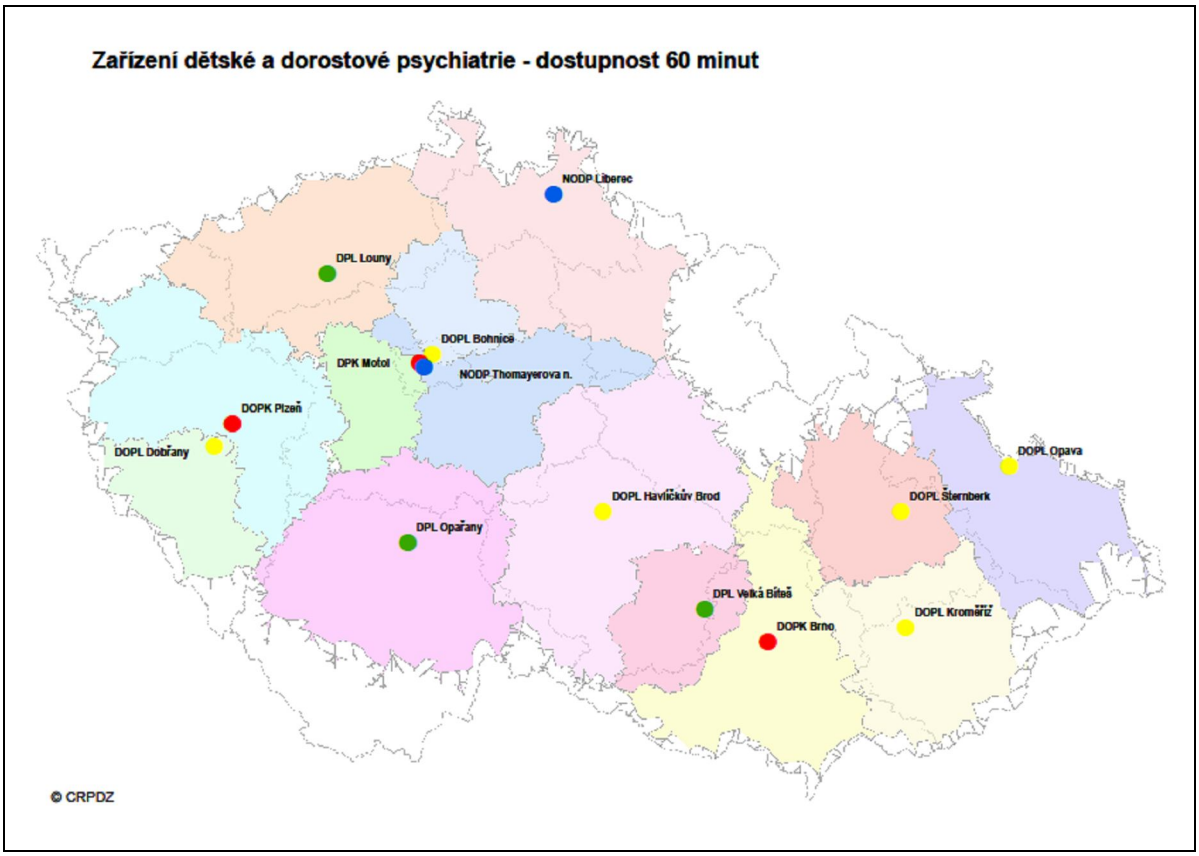
Dostupnost Dětská psychiatrie PL - 90 min



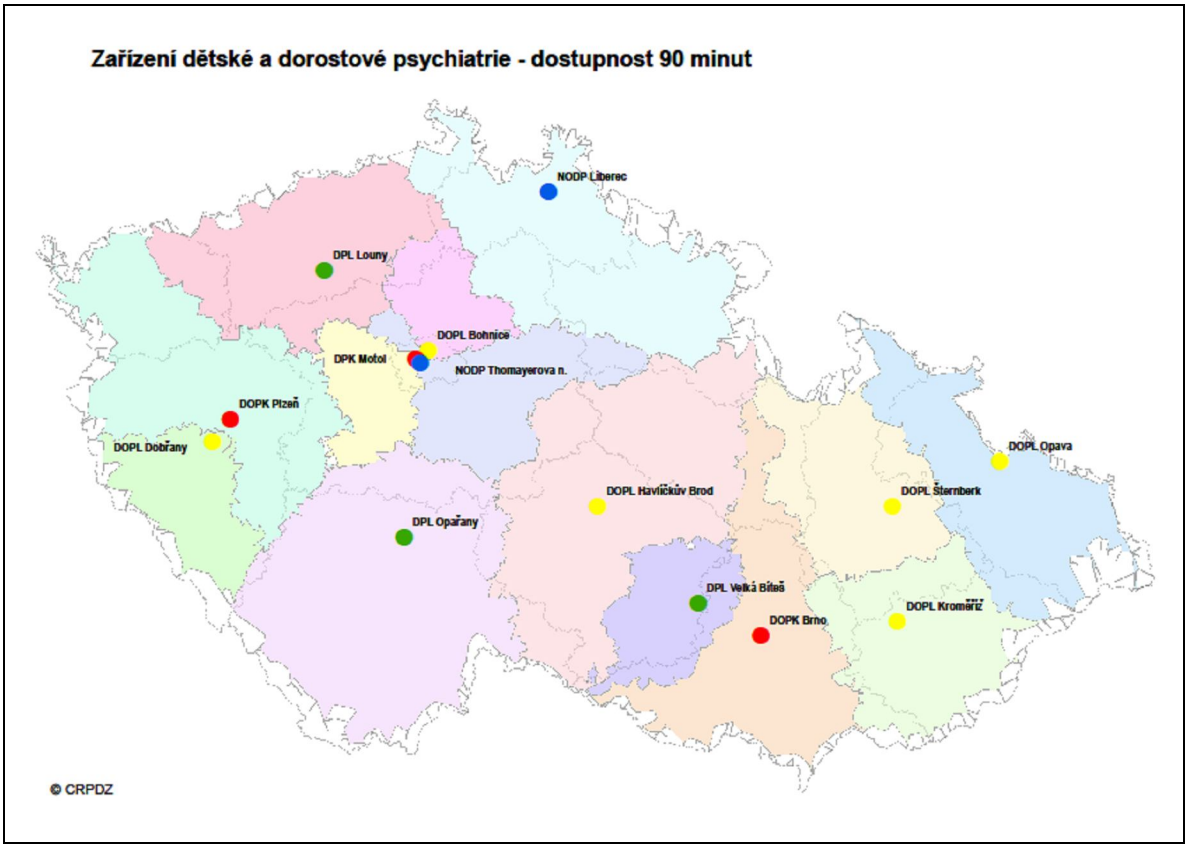
Dostupnost Dětská psychiatrie PL - 120 min



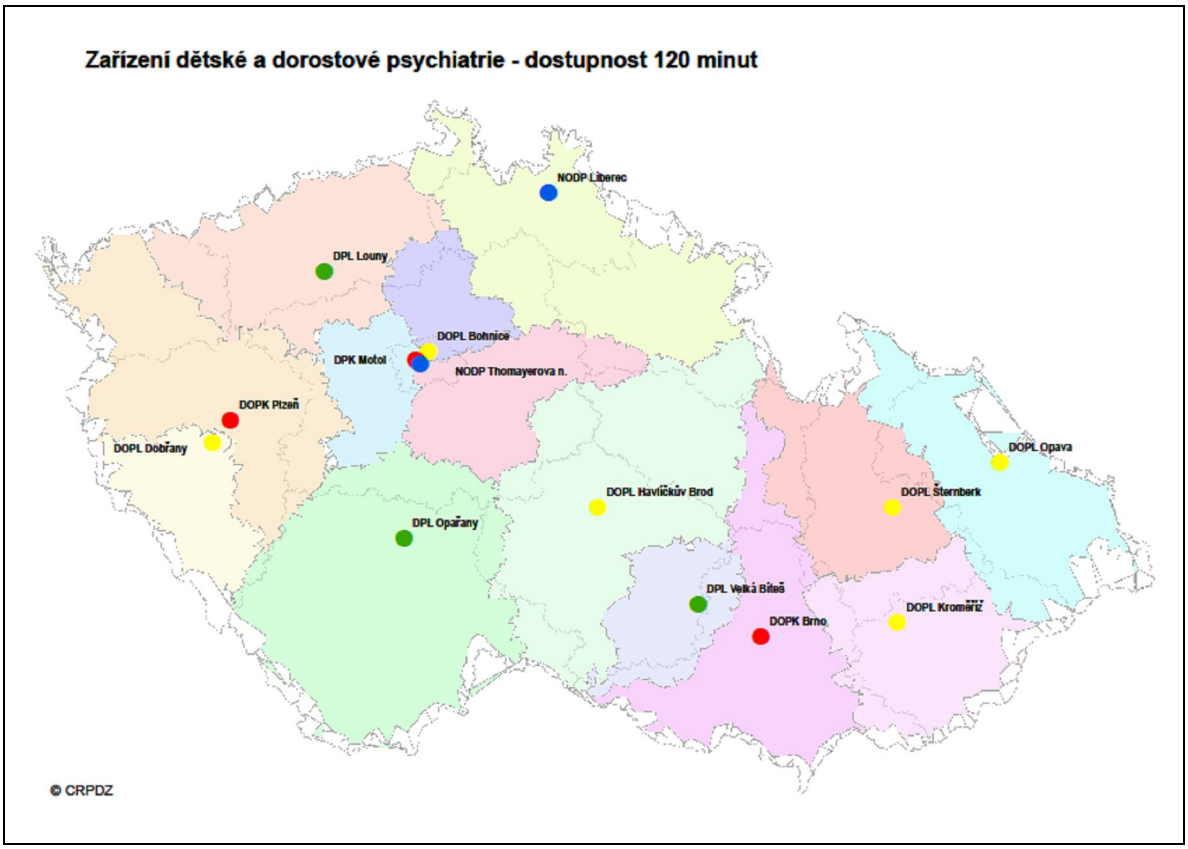
Dostupnost Dětské psychiatrie psychiatrických oddělení nemocnic - 60 min



Dostupnost Dětské psychiatrie psychiatrických oddělení nemocnic - 90 min



Dostupnost Dětské psychiatrie psychiatrických oddělení nemocnic - 120 min



2) **Cíle**

1. **změna systému vzdělávání v oboru dětské a dorostové psychiatrie – viz závěrečný souhrn**

2. **lůžka následná mohou poskytovat i péči akutní, pokud naplní kritéria pro poskytování akutní péče - 24hod. dostupnost pro všechny dg., dostupnost komplementu, personální vybaven**

3. **financování lůžkové pedopsychiatrické péče - zohlednění změny dynamiky systému, náročnosti práce s dětským pacientem, personální vybavení, historicky trvale kolísavá obložnost, nutnost trvalé ošetřovatelské péče. Proti psychiatrii pro dospělé je vyšší náročnost na personální, prostorové a hygienické vybavení. (Nová kalkulační čísla – registrační listy)**

4. **rovnoměrné rozložení lůžkové péče a dostupnost geografická – přesun lůžek do Královéhradeckého a Pardubického kraje, do krajů Moravských. Zřízení alespoň jednoho specializovaného pracoviště pro léčbu poruch příjmu potravy na Moravě**

5. **Důstojné prostředí pedopsychiatrických lůžek - stavebně, technické, věcné vybavení jako u jiných pediatrických oborů**

6. **Rozšíření zázemí pro psychiatrickou rehabilitaci, fyzioterapii, psychoterapii**

7. **Zřízení specializovaných zařízení, nebo úpravy části stávajících lůžkových zařízení pro problematiku návykových nemocí a následnou péči**

8. **Návaznost na nové typy extramurálních služeb – denní stacionáře**

<u>Stav lůžkové péče po transformaci</u>

9. Pedopsychiatrická lůžka nelze nahradit jinou formou péče vzhledem k charakteru pacientů, kteří jsou zde hospitalizováni. Lůžka následné péče mohou poskytovat i péči akutní, pokud naplní kritéria pro poskytování akutní péče, jako je například poskytování akutní péče 24 hodin, dostupnost pro všechny diagnózy, dostupnost komplementu apod.
10. Nezbytná je rovněž změna systému financování, zohlednění náročnosti práce s dětským pacientem, personální vybavení, historické kolísání obložnosti, nutnost trvalé ošetřovatelské péče. Důležitá je rovněž dostupnost a rovnoměrné rozložení lůžkové péče, srovnatelný komfort s ostatními pediatrickými obory (stavební, technický atd.), rozšíření zázemí pro psychiatrickou rehabilitaci – fyzioterapii a psychoterapii, metody individuální péče o jednotlivého pacienta a jeho nukleární rodinu s příslušným personálním vybavením, aplikace moderních diagnostických metod zejména u poruch autistického spektra, vysílání pracovníků na požadovaná školení i do zahraničí, nákup příslušných diagnostických pomůcek apod., návaznost na

nové typy služeb a služby tradiční - ambulance při lůžkových zařízeních, stacionáře. Zřizování specializované části v rámci stávajících lůžkových zřízeních pro detoxifikaci s následnou péči, rozvinutí péče o experimentující s drogami a závislé na drogách ve vlastních specializovaných zařízeních, respektive péče o nezletilé pacienty tohoto typu s pedopsychiatrickou komponentou.

Pedopsychiatrické denní stacionáře (PpDS)

MUDr. Uhlíková Petra, MUDr. Jiří Koutek

1) **Popis pedopsychiatrického denního stacionáře – PpDS**
   - **a.** Funkce a charakteristika práce PpDS
   - **b.** Specifika provozu PpDS
   - **c.** Typy extramurální komunitní péče pro děti a dorost
2) **Současný stav PpDS v ČR**
3) **Cílový stav**

1) Popis pedopsychiatrického denního stacionáře – PpDS

a) Funkce a charakteristika práce PpDS

Denní stacionáře pro děti a dorost (PpDS) jsou součástí komunitní péče o psychiatrické pacienty ve věku do 18 let. Stacionáře mohou poskytovat i další aspekty péče psychosociální sféry - pedagogické, výchovné, právní. Mohou se podílet na prevenci v oblasti duševního zdraví dětí a dospívajících jednak odstraňováním rizikových faktorů, jednak posilováním protektivních faktorů.

b) Specifika provozu PpDS

Pracovníci PpDS poskytují též sociální a právní poradenskou pomoc dětem a rodinám.
Při návaznosti denního stacionáře na pedopsychiatrickou ambulanci nebo lůžkové oddělení, které zajišťují medikaci, je důraz na psychoterapeutické, edukační, reedukační a rehabilitační programy.
Programy musí mít zaměření na specielní pedopsychiatrickou kognitivní problematiku (školní problémy u specifických skupin pacientů, například s ADHD, autismem, projevy přechodné vznětlivosti a agresivity, u psychotických pacientů nebo se subnormním intelektem, u pacientek a pacientů s poruchami příjmu potravy). U dětí a adolescentů s rizikem návykových nemocí je nutný zvláštní oddělený režim od ostatních pacientů.
Specifickou skupinu tvoří děti s duševní poruchou, kde jeden z rodičů nebo oba trpí také nějakou duševní poruchou, nebo rodina je v debaklové socioekonomické situaci.

Často i v dorostovém věku je nutné, aby dítě do zařízení doprovodil rodič. V případě denních zařízení to pro rodiče často znamená dítě přivést i odvést a také často uvolnit se ze zaměstnání. V porovnání s dospělou populací např. docházka dítěte do denního stacionáře znamená dvojnásobný čas na cestu doprovázejícího rodiče a více než dvojnásobné náklady na cestování dítěte do stacionáře, riziko ztráty zaměstnání rodičů. Je nutné zohlednit tyto skutečnosti při zajištění dostupnosti daného typu péče.

c) Typy komunitní extramurální péče pro děti a dorost a personální zajištění

- **Denní stacionáře**

  Pedopsychiatr
  Klinický dětský psycholog
  Pedopsychiatrická sestra
  Psychoterapeut

- **Služby pro podporu vzdělávání**

  Obdoba služeb pro podporu práce a zaměstnání
  Pedagogický asistent
  Školská zařízení pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami
  Místa v rámci běžné školní třídy
  Speciální třídy (dys- třídy pro děti s poruchami učení)
  Speciální školská zařízení (školy při nemocnici)
  Programy pro volný čas

Vzdělávání dětí a dospívajících s duševním onemocněním představuje s ohledem na specifický dopad duševní nemoci (přechodný nebo chronický) na kognitivní schopnosti pacientů významnou součást komplexní péče. **Je nezbytně nutné vzdělávání psychicky nemocných dětí podpořit v maximální možné míře, zároveň s ohledem na požadavky integrace a inkluze dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je nejvhodnější volit takové prostředky, které umožní vzdělávání v původním prostředí dítěte.**

Současný přístup ke vzdělávání dětí s duševním onemocněním řeší pouze školský zákon (č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. **Zákonné normy umožňují, aby školská zařízení poskytla dětem potřebnou péči, nemají však ze zákona povinnost tuto péči zajistit.**

4) Popis současného stavu PpDS

V ČR je v současné době 1 denní stacionář se zajištěnou pedopsychiatrickou péčí při Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze 2, farmakoterapii zajišťuje navazující pedopsychiatrická ambulance. Poskytuje 15 míst pro děti a dospívající od 14 let do doby ukončení studia. Přijetí pacientů je limitováno pouze diagnostickými kritérii pro přijetí a kapacitou stacionáře, prakticky je ale dostupný pouze pro pacienty Prahy a Středočeského kraje, případně pro pacienty, kteří si zajistí ubytování.

Komunitní péče pro dětské psychiatrické pacienty je zajištěna téměř výhradně v oblasti sociální péče a v neziskovém sektoru bez přímé účasti dětského psychiatra. Jedná se o stacionáře, krizová centra, psychosomatická a psychoterapeutická zařízení, podpůrné vzdělávací programy, chráněné bydlení a chráněné dílny, obvykle zajišťují v rámci tzv. zdravotnické sekce standardní psychodiagnostiku, krizovou intervenci a podpůrnou a rodinnou psychoterapii.
Převážná většina denních stacionářů s každodenní docházkou je určena pro pacienty s mentální retardací, kombinovanými vadami a autismem.

Komunitní dětské psychiatrické sestry
V Sazebníku zdravotních výkonů existuje samostatná odbornost 914 – psychiatrická sestra s výkony psychiatrické rehabilitace, krizové intervence a psychoedukace, s těmito výkony lze rovněž vykazovat výkony dopravy.
Náplň práce - případové vedení, individuální rehabilitace, krizová intervence, posouzení stavu pacienta v jeho prostředí, podpora užívání medikace, aplikace depotní injekční medikace, péče o somatický stav pacienta, psychoedukace pacienta a rodiny, koordinace dalších potřebných služeb včetně pedopsychiatrické péče

V ČR existují 4 pracoviště komunitních psychiatrických sester, nejsou k dispozici žádná data o této formě péče u pedopsychiatrických pacientů

5) Dostupnost PpDS

V současné době existují chráněná ubytovací a pracovní místa pro dospělé pacienty, **není nijak systematicky zajištěna „chráněná“ možnost vzdělávání a zajištění volnočasových aktivit dětských pacientů s psychiatrickými problémy. Existují pouze ojedinělé programy** (LATA, Baobab) obvykle v rámci neziskových organizací, které nemají celorepublikovou působnost. Nezbytné je propojení s vzdělávacím a sociálním systémem.

6) Cíl pro PpDS a navazující komunitní služby

V každém geografickém regionu vytvořit dostupnou potřebnou nabídku pedopsychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb. Kapacita služeb závisí mimo jiné na existenci či neexistenci dalších prvků sítě.

Kapacita denních stacionářů:
Minimální počet míst na 100 000 obyvatel: 7 – 14 v návaznosti na další služby
Počet pacientů 18 (vychází z limitu pro 2 terapeutické skupiny - typ I, kód 35610, počet osob max. 9).
Personální zabezpečení:
Pro základní provoz DS s 18 místy
Dětský psychiatr 0,5 – 1
Klinický psycholog (psychoterapeut) 1-2
Zdravotní sestra 2,0
Sociální pracovník/sestra pro sociální službu 1,0

Souhrn - Cíle reformy psychiatrické péče pro děti a dorost ČR

1. **Změna systému vzdělávání - zkrácení předatestační přípravy na ověřený zavedený model v ČR před redukcí oborů. Dětská a dorostová psychiatrie patří mezi obory vyjmenované ve Směrnici Evropského parlamentu a Rady Evropy č. 2005/36/EC o uznávání odborných kvalifikací** ze dne 7. 9. 2005. Ze specializovaných dětských oborů jsou tam uvedeny pouze dva: dětská chirurgie a dětská psychiatrie. U dětské chirurgie ČR respektovala závazné doporučení směrnice. U DDP byla učiněna výjimka a Směrnici ČR nerespektuje. V oficiálním materiálu sekce dětské a dorostové psychiatrie UEMS (Karabekiroglu et al., Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2006; 15: 467-475) má samostatný obor dětské a dorostové psychiatrie více než dvě třetiny z analyzovaných evropských zemí (67,6 %). Ve vztahu na země s členstvím v EU v roce 2006, to je 68 %. Tím se dosáhne vyšší zájem o obor, předpokládá se tak více lékařů pro lůžka, DPA a jiné odborné zdravotní služby.

2. **Doplnění sítě DPA** - nárůst o cca 125 DPA pro celou ČR

3. **Změna legislativy ve školství.** Zákonná povinnost pracovníkům ve školství (školy, PPP, SPC) respektovat diagnostické závěry a doporučení lékařů obecně. Připravovaná velká novela „Školského zákona“ - MŠMT.

4. **Financování**
    a. **Vykrýt narůstající nákladovost na farmakomedikaci** u dětí pro moderní a bezpečnější léky výrazně rychleji stoupající proti psychiatrii pro dospělé
    b. **Navýšení počtu DPA do sítě 2 DPA /100 000 obyvatel - o 125 LM**
    c. **Lůžková pedopsychiatrické péče -** Nové registrační listy a kalkulační čísla.
    d. **V síti DPA zvýšení úhrad pro „zvlášť obtížné, závažné a zvláštní diagnózy“.**
    e. **Navýšení úhrad za ambulantní i lůžkovou péči tak, aby byla pedopsychiatrie mzdově dostatečně atraktivními pro mladé lékaře. (Zvýšení zájemců o tento obor)**

5. **Zajištění dostatku dětských klinických psychologů v ambulancích.** Jsou nepostradatelnou a nenahraditelnou odborností pro pedopsychiatry

6. **Poskytování akutní péče i pro lůžka následná,** pokud naplní kritéria pro poskytování akutní péče – dostupnost 24hodinová pro všechny diagnózy, komplement, personální vybavení

7. **Rovnoměrné rozložení lůžkové péče a geografická dostupnost –** přesun lůžek do Královéhradeckého/ Pardubického kraje a do krajů na Moravě. Zřízení alespoň jednoho specializovaného pracoviště pro léčbu poruch příjmu potravy na Moravě

8. **Důstojné prostředí pedopsychiatrických lůžek -** stavebně, technicky, věcně vybavení jako u jiných pediatrických oborů

9. **Rozšíření zázemí pro psychiatrickou rehabilitaci, fyzioterapii, psychoterapii**

10. **Zřízení specializovaných zařízení, nebo úpravy části stávajících lůžkových zařízení pro problematiku návykových nemocí a následnou péči**

11. **Návaznost na nové typy extramurálních služeb – denní stacionáře a další**

12. **Vytvoření absentující kompletní sítě PpDS se specifikami proti psychiatrii pro dospělé a pod odbornou gescí pedopsychiatra**

15 Popis stavu adiktologické péče v České republice

Systém adiktologické péče - popis možného systému

MUDr. Jiří Dvořáček, MUDr. Petr Popov, Doc. PhDr. Michal Miovský, CSc.

Jednou za zvláštností léčby závislého člověka je skutečnost, že v průběhu rozvoje závislosti se uživatel návykových látek i jeho životní kontext výrazně proměňují (proměňuje se osobnost uživatele, jeho možnosti změny, schopnost racionálně kooperovat na změně, motivace ke změně, zdravotní a sociální důsledky závislosti, potřeby samotného uživatele atd.). Toto je jedním z hlavních důvodů, proč je rozumné poskytovat péči ve spektru zařízení (tak, aby poskytovaná péče odpovídala potřebám a možnostem uživatele) a proč je snahou odborné veřejnosti vytvořit ze spektra služeb logický systém.

Následující text nebude popisovat stávající stav v České republice, ale pokusí se popsat systém péče v podobě, na jaké se současná odborná veřejnost vcelku shoduje a k jejíž realizaci se v současnosti činí významné kroky.

Problém závislosti je širší než medicínský – na jeho řešení se tak podílejí zařízení zdravotnická i zařízení sociálních služeb a tyto služby bývají doplněny aktivitami charitativními a svépomocnými. Část zařízení zřizuje stát, část provozují kraje, významná část zařízení je nestátní. Jednotlivé služby a zařízení popíšeme tak, jak jimi klient může v průběhu vývoje závislosti postupně procházet. Na tomto místě se naopak nebudeme příliš věnovat rozdělení na zdravotní a sociální služby či státní a nestátní, neboť při vstupu do služby toto není věcí, která by klienta primárně zajímala.

Základní linie uvažování o průchodu klienta systémem péče je tato:

- člověk zahájí spolupráci s takovou odbornou službou, která ho nejméně vytrhne z původního prostředí (pokud cílem naopak není ho z tohoto prostředí vytrhnout),
- ústavní/rezidenční služba přichází až tehdy, když odborná služba v původním prostředí se ukáže být jakkoli nevyhovující,
- po ústavní/rezidenční službě se vrací do původního prostředí a spolupracuje dále v odborné službě v místě, kde žije.

Samozřejmě potřeby, možnosti a životní situace závislého člověka mohou být různé a vždy bude mnoho důvodů pro odchylnou linii uvažování, nicméně je velmi praktické u každého člověka o přiměřenosti zvolené služby a o nutné míře vytržení z původního prostředí uvažovat.

I . Předústavní část systému péče[1]

Jakkoli bývá v současnosti mnohdy zvykem zahájit léčbu závislosti vyhledáním ústavní/rezidenční služby (z tradičních důvodů či z nedostatku jiných možností v dané oblasti), je výhodné zahájit proces stabilizace závislosti v původním životním místě klienta – aniž by musel nutně vypadnout ze svých běžných rodinných, pracovních a jiných životních rolí, pokud tyto role zůstaly ještě zachovány. Ústavní/rezidenční léčba by měla být zvažována až

[1] (pozn. pro účely našeho textu jsme tuto část služeb označili jako „předústavní“ pro zdůraznění idey, že mají předcházet před ústavní léčbou, byť nejde o zavedený odborný termín a byť může tento termín vyvolat představu, že po těchto službách má vždy následovat léčba ústavní).

tehdy, když selže některá z forem léčby ambulantní nebo není-li z nějakého důvodu ambulantní léčba možná (jedním z takových důvodů může být i celkový životní debakl závislého člověka, který bez základního zklidnění a stabilizace pravděpodobně nebude schopen intenzivnější spolupráce, jiným důvodem může být například prostá potřeba detoxikace atd.).
Služby v předústavní fázi lze dělit různými způsoby, zde použijeme rozdělení podle nároků a požadavků na klienta:

1. Služby nízkoprahové či bezprahové – jsou nastaveny tak, že jsou minimalizovány všechny možné bariéry v přístupu závislého člověka k dané službě – většinou se nemusí objednávat, služby vesměs nemají vstupní podmínky a požadavky na klienta, ve většině probíhají i anonymně. Cílem těchto služeb je, aby se k odborné péči otevřela cesta i těm závislým, kteří by jinak do institucionálního prostředí nikdy nepřišli, kteří mají různé strachy nebo kteří například patří do skupiny uživatelů s obecně horší dostupností péče. Tyto služby by mohly mít charakter komunitního centra.
Typickými nízkoprahovými či bezprahovými službami jsou **programy v původním prostředí klienta** (zejména **terénní programy)** a **kontaktní centra** (K centra). Část těchto služeb by mohla být provozována v adiktologických ambulancích.

a) Programy v původním prostředí pacienta

Pro klienty, kteří by sami odbornou péči nikdy nevyhledali (protože z různých důvodů nemohou či nechtějí, klienti z různých relativně uzavřených subkultur a menšin či klienti bez informací atd.), existují programy nabízené v jejich původním prostředí. V současnosti se jedná zejména o různé terénní programy (s cílem snižování rizik a s cílem případného navázání kontaktu jako otevření dveří k příštímu vstupu do dalších služeb), v blízké budoucnosti budou zřejmě vznikat programy v původním prostředí pacienta zdravotnického typu – zatím se ovšem v oboru závislostí nevyskytují.

b) Kontaktní centra

Hlavní úlohou kontaktních center je podobně jako u předchozí služby pomoci klientovi překonat s minimálními komplikacemi dobu, než získá vůli ke spolupráci v jiném typu služby zaměřeném již na životní změnu.

2. Služby se vstupním prahem – jedná se o služby, do kterých je většinou se třeba objednat, kam je třeba přijít v dohodnutém čase, služby neanonymní. V těchto službách se očekává již vyšší úroveň motivace klienta ke spolupráci. Ve specifických případech (menší lokality) předpokládáme, že je možné kombinovat tento typ péče s předchozím, tedy nabídnout v rámci jednoho fyzického zařízení více režimů péče a integrovat tak předchozí nízkoprahová zařízení do širšího rámce ambulantních služeb). Může mít celé též charakter šířeji pojatého konceptu komunitního centra.
Typickými programy se vstupním prahem v předústavní fázi jsou:

- **adiktologické (nelékařské) ambulance**,
- lékařské „**AT ambulance**“ (tradiční název obsahuje pojmy dnes už jinak odborně neužívané: AT – alkoholizmus a toxikománie),
- **denní stacionáře**,
- **programy zaměřené na sociální stabilizaci**.

Základním koordinačním prvkem celé péče by mohla být adiktologická (nelékařská) ambulance. Zde by probíhala základní práce s klientem a případně také první základní filtr pro doporučení jiného typu péče:

- klienti s duálními diagnózami (lhostejno zda ve vztahu k závislosti primární či sekundární) vyžadujícími intenzivnější lékařskou péči by měli možnost pokračovat v terapii v lékařské AT ambulanci,
- klienti s potřebou intenzivnější a strukturovanější péče by mohli pokračovat v péči v denním stacionáři,
- klienti, u nichž aktuálně dominuje více než cokoli jiného potřeba sociální stabilizace, by mohli pokračovat v některém z programů sociální stabilizace či by tento program mohli využívat současně,
- a konečně klienti, u kterých se ambulantní léčba ukáže být nedostatečná, by mohli být doporučeni k další terapii do některé ústavní či rezidenční služby.

Aby tento systém fungoval smysluplně, měla by síť adiktologických (nelékařských) ambulancí být vytvořena celorepublikově dostatečně tak, aby klient při využívání jejich služeb mohl zvládat všechny běžné životní role, pokud jsou zachovány. Je nutno konstatovat, že v současnosti adiktologické (nelékařské) ambulance jako nový prvek systému teprve vznikají. Předpokládáme, že přiměřený počet těchto ambulancí by mohl být 1 na 100 000 obyvatel.
V ideálním systému na regionální úrovni všechny typy zařízení spolu těsně spolupracují a spolupráci o konkrétního člověka koordinují.

a) Adiktologické (nelékařské) ambulance

Adiktologické (nelékařské) ambulance by byly **novým prvkem** v systému péče a – jak je zmíněno dále – mohly by být prvkem klíčovým. Toto očekávání máme zejména pro existenci důkladného vzdělávacího systému profese adiktologa. Právě adiktolog v adiktologické ambulanci by mohl mít důležitou roli určitého case managera pro klienta při průchodu celým systémem péče.

b) AT ambulance

Ambulance lékařů specializovaných na léčbu návykových nemocí bývaly jádrem systému péče o závislé v nedávné době. Dnes ovšem je tato síť nefunkční z mnoha důvodů. V systému péče budoucnosti by ovšem činnost několika adiktologických (nelékařských) ambulancí v regionu mohla být doplněna lékařskou ambulancí, kam by mohli být delegováni klienti s vyšší potřebou lékařské péče. Předpokladem je, že sít by měly být 0,5 úvazku AT specialisty lékaře na 100 tisíc obyvatel.

c) Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou ambulantními zařízeními s intenzivněji strukturovaným denním terapeutickým programem – klient je po omezenou dobu v intenzivním programu, ovšem na konci denního programu se vrací domů. Programy tohoto typu se budou pravděpodobně vždy týkat jen větších měst a jejich nejbližšího okolí.

d) Programy zaměřené na sociální stabilizaci

Zjednodušeně lze říci, že všechny ostatní služby mají za cíl do různé míry nejprve stabilizovat závislost s předpokladem, že stabilizací závislosti se klient stabilizuje i sociálně. Programy zaměřené primárně na sociální stabilizaci naopak předpokládají, že sociální stabilizací se stabilizuje i závislost. Jde o relativně široké spektrum služeb cílených buď na uplatnění se na trhu práce nebo na bydlení nebo na udržení legálního způsobu života nebo na sociální stabilizaci celkovou. V principu sem lze řadit i substituční programy. Programy zaměřené na sociální stabilizaci mohou probíhat nezávisle na ostatních typech služeb nebo je mohou vhodně doplňovat.

II. Ústavní část systému péče

Z hlediska základních terapeutických cílů, z hlediska dostupnosti pro pacienta a z hlediska náročnosti programů lze služby v této části systému péče rozdělit na:

- **detoxy,**
- **ústavní** služby regionální, se **stabilizačním** cílem,
- **ústavní** služby zaměřené na dosažení plné rehabilitace = **kompletní odvykací** program, nadregionální,
- **terapeutické komunity**, nadregionální,
- ústavní služby **dlouhodobé péče** pro klienty s trvalým postižením.

V ústavní části systému jsou klíčovými momenty z hlediska efektivity využití jednak rozvaha, zda skutečně musí být klient léčen ústavně a nikoli ambulantně (v některých případech může být vytržení klienta z původního prostředí vhodné, jindy nevhodné), a jednak rozvaha, zda lze s klientem pracovat na cílech stabilizačních či již kompletně rehabilitačních a odvykacích.

a) Detox

Jde o lůžková zařízení v principu akutní péče, jejichž cílem je bezpečná eliminace návykových látek z organismu, bezpečné zvládnutí odvykacího stavu a vytvoření motivace klienta pro pokračování v další péči. Lůžkové detoxy plní současně úlohu příjmového, vstupního oddělení pro další formy ústavní péče, v budoucnosti bude jistě plnit více i roli úvodní kroku před následující intenzivní ambulantní léčbou. Zastáváme názor, že provedení detoxikace bez navázání další péče zaměřené v tomto případě na udržení abstinence není příliš smysluplné.
V současnosti je tato lůžková a lékaři vedená forma detoxu v České republice dominantní, ale není příliš důvodů, proč by neměly postupně vznikat i ambulantní formy detoxu či formy detoxu lékařem jen supervidované.

b) Ústavní služby regionální, se stabilizačním cílem

Jedná se o lůžková oddělení nemocnic či psychiatrických léčeben zastoupená ve všech regionech a strukturovaná v principu podobně standardním psychiatrickým oddělením. Jsou určena pro širší stabilizaci závislého člověka v těch případech, kdy stabilizace není možné dosáhnout ambulantně, ale kdy také ještě nelze s klientem pracovat na dosažení kompletnější změny života, na dosažení osobní kontemplace a na kompletnějších rehabilitačních cílech intenzivnějšími psychoterapeutickými prostředky. Jsou určena pro klienty, kteří ještě nechtějí o intenzivnějším odvykacím programu uvažovat, anebo naopak už nemohou, protože nároky odvykacího psychoterapeuticky orientovaného programu jsou pro ně příliš vysoké (jakkoli si autoři tohoto textu myslí, že šance na dosažení maximální rehabilitace klienta je téměř vždy).

U části klientů ve stabilizačním ústavním programu se v průběhu terapie může vytvořit motivace k další péči v plném odvykacím programu a mohou v tomto programu samozřejmě pokračovat.

c) Kompletní odvykací programy (ústavní služby zaměřené na dosažení plné rehabilitace)

Ideálním cílem terapie je samozřejmě plný návrat klienta do běžných životních rolí a funkcí při udržení úplné abstinence. V případě, že tento cíl má i klient a jsou k tomu na jeho straně všechny podmínky (např. dostatečné kompetence k aktivní spolupráci v psychoterapii a vůle ke změně), může péče pokračovat v superspecializovaných, nadregionálních zařízeních s kompletním odvykacím programem. Jedná se o zařízení v podstatě psychoterapeuticky orientovaná a inspirovaná prvky terapeutických komunit.

d) Terapeutické komunity

Jde o menší nadregionální zařízení s prostředím uzpůsobeným tak, aby se mohl plně rozvinout nástroj léčebné společenství – terapeutická komunita. Jsou v podstatě alternativou ústavní služby zaměřené na dosažení plné rehabilitace s možnostmi terapeutického působení ještě intenzivnějšími. Vzhledem k neinstitucionálnímu charakteru a vzhledem k jiné roli klienta v této službě (roli v podstatě jednoznačně partnerské) mohou tato zařízení bez větších potíží nabízet programy dlouhodobé. Jsou vhodnou alternativou zejména pro:

a) klienty s potřebou delšího terapeutického programu,
b) klienty, u nichž intenzivní působení lidské skupiny může pomoci reparovat patologické vzorce chování,
c) klienty, u nichž je zcela dysfunkční původní prostředí (zejména rodina) a je potřeba vytvořit nové vztahové rozpětí,
d) klienty, kteří z různých důvodů selhávají v institucionálním prostředí dříve zmíněných alternativ ústavní léčby.

Z hlediska širšího spektra klientů s různými potřebami může být výhodná současná existence komunit orientovaných více zdravotnicky i komunit jako sociální služby.
Pozn. Vzhledem k menší institucionálnosti je léčba v komunitách označována jako rezidenční, nikoli ústavní.

e) Ústavní služby dlouhodobé péče

Významná část klientů léčených ze závislosti již nemůže dosáhnout plné životní rehabilitace např. pro výskyt reziduálních poškození různého typu. Někteří z nich mohou dosáhnout přijatelné adaptace v původním prostředí s přiměřenou odbornou podporou a asistencí, někteří ovšem potřebují dlouhodobou péči zdravotnickou či zdravotně-sociální lůžkovou. Zařízení tohoto typu zatím neexistují, prostor v systému je již pro ně ovšem připraven.

III. Následná péče

I v případě úspěšně zvládnutého kompletního odvykacího ústavního/rezidenčního programu, není problém závislosti vyřešen odchodem z odborného zařízení. Reparace závislostních škod je proces bohužel dlouhodobý, u mnoha klientů pravděpodobně víceletý. Navíc stabilita a případné pozitivní vnitřní změny klienta dosažené během pobytu v chráněném prostředí ústavní/rezidenční léčby nejsou beze zbytku přenositelné do původního prostředí, kde běžný život přináší nové potíže, se kterými se klient musí nově a průběžně vyrovnávat. Je proto

vhodné, aby terapeutický program u každého klienta v různě intenzivní míře pokračoval i následnou péčí.
Ideálním stavem je, může-li se klient po ústavní/rezidenční léčbě vrátit do původního plně funkčního prostředí. V mnoha případech tohoto ideálu není možné dosáhnout – část klientů původní prostředí neměla funkční už před vznikem závislosti, u většiny klientů se závislost na původním prostředí odrazila negativně a problémy se nepodařilo během léčby vyřešit plně. Nabídka následné péče by měla proto odpovídat různé míře funkčnosti původního prostředí klienta a mohla by obsahovat tyto služby:

- specializovaná ambulantní péče v podobě všech typů ambulantních zařízení zmíněných v předústavní části – **adiktologické (nelékařské) ambulance, lékařské AT ambulance, denní stacionáře, programy zaměřené na sociální stabilizaci**,
- ambulantní zařízení specializovaná jen na následnou péči (**doléčovací zařízení, centra následné péče, doléčovací skupiny atd.)**,
- **chráněná bydlení** a **chráněná zaměstnání** pro klienty se zhoršenou možností zařídit si práci a bydlení bezprostředně sami či pro klienty s delší potřebou pobytu v chráněném prostředí,
- **svépomocné programy** v podobě různých pravidelných setkání lidí, kteří svou závislost stabilizovali, s cílem vytvoření prostoru pro vzájemné pochopení a podporu.

Úmyslně nezmiňujeme konkrétní formu jednotlivých typů služeb ani v této části, ani v částech předchozích, neboť se domníváme, že pestrost nabízených služeb může být pro klienty velmi výhodná – každý klient tak snáze může najít typ služby, která lépe odpovídá jeho potřebám.

Větší města a okraje regionů

I při sebelépe popsaném a pestrém systému péče v koncepčních materiálech pak zůstává v reálném životě potíž, že mnoha klientům není dostatečná péče dostupná. Výrazně se liší možnosti klientů z měst (a blízkého okolí) a klientů například z příhraničí či z periferie jednotlivých krajů. Klienti hledající péči v těchto oblastech jsou vesměs bez valné volby. Řešením by mohlo být počítat v systému adiktologické péče i s jinými odbornostmi, například praktickými lékaři, nebo uvažovat o nějaké formě mobilních konzultačních týmů.
Zásadním tématem tak ve vztahu ke krajským městům jsou dva doposud neřešené problémy, kterými je specializovaná péče o děti a dorost a gerontologické pacienty v adiktologii. Z dostupných dat (kterých je však v obou oblastech zatím nedostatek) je v současnosti možné naplánovat a adekvátně odůvodnit požadavek, aby v každém krajském městě existovalo 1 specializované zařízení pro děti a dorost a 1 specializované zařízení pro gerontologicko-adiktologické pacienty.

Východiska a doporučení pro ambulantní adiktologickou péči

MUDr. Jiří Dvořáček, MUDr. Petr Popov, Doc. PhDr. Michal Miovský, CSc.

Základní východiska:

1. Komunitní péče má v oboru AT (adiktologie) již své místo - za posledních 20 let se v oboru adiktologie vytvořilo plno alternativ k ústavní léčbě. Např. síť terapeutických komunit se zdá být v ČR již dostatečná, existují denní stacionáře, chráněná bydlení, komplexnější centra ambulantní péče (regionální dostupnost ovšem není vždy dobrá). Jinými slovy: v adiktologii nepůjde o revoluci, ale o „vyladění" systému.
2. Odborníci v oboru již považují za samozřejmé, že systém péče v adiktologii je tvořen kromě „klasických" zdravotnických ambulancí a lůžek mnoha dalšími alternativami, i nezdravotnickými, dokonce že intenzivní péči lze zajistit spíše v těchto „alternativách". Jde o důležitou skutečnost – v oboru není nutné vést válku mezi „léčebenskými" a „komunitními" terapeuty, existuje zde velmi dobrá kooperace a dobré vztahy.
3. Jednou za zvláštností léčby závislého člověka je skutečnost, že v průběhu rozvoje závislosti se uživatel návykových látek i jeho životní kontext výrazně proměňují (proměňuje se osobnost uživatele, jeho možnosti změny, schopnost racionálně kooperovat na změně, motivace ke změně, zdravotní a sociální důsledky závislosti, potřeby samotného uživatele atd.). Toto je jedním z hlavních důvodů, proč je rozumné poskytovat péči ve spektru zařízení (tak, aby poskytovaná péče odpovídala potřebám a možnostem uživatele) – lůžkových, ambulantních, komunitních, státních, nestátních, zdravotnických, sociálních, charitativních...
4. Problém oboru adiktologie není tedy v potřebné expanzi směrem ke komunitní péči, ale **ve změně způsobu průchodu klienta systémem** do tohoto ideálního modelu:

- člověk zahájí spolupráci s takovou odbornou službou, která ho nejméně vytrhne z původního prostředí (pokud cílem naopak není ho z tohoto prostředí vytrhnout),
- ústavní/rezidenční služba přichází až tehdy, když odborná služba v původním prostředí se ukáže být jakkoli nevyhovující,
- po ústavní/rezidenční službě se vrací do původního prostředí a spolupracuje dále v odborné službě v místě, kde žije.

5. dále je třeba se zaměřit zejména na tyto momenty:
   - nefungující systém ambulancí,
   - nestabilní systém financování všech typů služeb a systém financování deformující způsob poskytování péče,
   - regionální nedostupnost téměř všech služeb snad vyjma lůžkových.

Doporučení pro ambulantní adiktologickou péči

1. Úprava způsobu hrazení ambulantní péče

Dle mého názoru je nutné nezaměřovat v oboru adiktologie pozornost jen na počet ambulantních úvazků a jejich distribuci po republice, ale hlavně na způsob práce v ambulanci. Stávající systém financování ambulantní práce ze zdravotního pojištění **pravděpodobně** vede k deformaci péče na kontrolu pacienta po delší době a pouhé předepsání léků za deset minut. Má-li docházet k přesunu těžiště péče o závislého klienta z lůžek do ambulancí, je třeba provést analýzu toho, co při stávajícím způsobu hrazení ambulantní péče vede k výše zmíněné deformaci (k extenzivitě péče, nikoli intenzitě). Zaměří-li se pozornost pouze na počty ambulancí beze změny deformujících finančních mechanismů, nebude moci být ambulance nikdy využita k plnohodnotnému odvykacímu programu.

2. Rozšíření spektra ambulantních služeb o adiktologické ambulance

Základním koordinačním prvkem celé péče by mohla být adiktologická (nelékařská) ambulance. Zde by probíhala základní práce s klientem a případně také první základní filtr pro doporučení jiného typu péče:

- klienti s duálními diagnózami (lhostejno zda ve vztahu k závislosti primární či sekundární) vyžadujícími intenzivnější lékařskou péči by měli možnost pokračovat v terapii v lékařské AT ambulanci,
- klienti s potřebou intenzivnější a strukturovanější péče by mohli pokračovat v péči v denním stacionáři,
- klienti, u nichž aktuálně dominuje více než cokoli jiného potřeba sociální stabilizace, by mohli pokračovat v některém z programů sociální stabilizace či by tento program mohli využívat současně,
- a konečně klienti, u kterých se ambulantní léčba ukáže být nedostatečná, by mohli být doporučeni k další terapii do některé ústavní či rezidenční služby.

Aby tento systém fungoval smysluplně, měla by síť adiktologických (nelékařských) ambulancí být vytvořena celorepublikově dostatečně tak, aby klient při využívání jejich služeb mohl zvládat všechny běžné životní role, pokud jsou zachovány. Je nutno konstatovat, že v současnosti adiktologické (nelékařské) ambulance jako nový prvek systému teprve vznikají.
Toto očekávání máme zejména pro existenci důkladného vzdělávacího systému profese adiktologa. Právě adiktolog v adiktologické ambulanci by mohl mít důležitou roli určitého case managera pro klienta při průchodu celým systémem péče.

3. Komplexnost systému s existujícími a navzájem kooperujícími alternativami

Předpokládá se, že bude finančně efektivní, když se poskytnutá péče lépe zacílí potřebám klienta. Toho se lépe dosáhne při existenci alternativ péče a při plné komplexnosti systému. Ambulantní část systému by mohla obsahovat:

- služby se vstupním prahem
    - adiktologické (nelékařské) ambulance;
    - lékařské „AT ambulance“;
    - denní stacionáře;
    - programy zaměřené na sociální stabilizaci;

- doléčovací zařízení, centra následné péče, doléčovací skupiny atd.;
- chráněná bydlení a chráněná zaměstnání;
- svépomocné programy.

- služby nízkoprahové či bezprahové
  - programy v původním prostředí klienta (zejména terénní programy);
  - kontaktní centra (K centra).

4. Nalezení nástrojů na motivaci nespecializovaných psychiatrických a psychologických ambulancí na spolupráci při zajištění adiktologické péče v periferii republiky.

Lůžková péče v oboru adiktologie (souhrn a doporučení)

V oboru adiktologie existují vedle sebe dva vzájemně se doplňující systémy pobytové péče:
- lůžková péče ve zdravotnických zařízeních,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách.

V současnosti má lůžková adiktologická péče ve zdravotnických zařízeních podobu 3 typů programů
- detoxy (v principu akutní péče standardní)
- následná péče za účelem stabilizace závislého pacienta,
- následná péče v podobě kompletního odvykacího programu zaměřeného na dosažení a udržení abstinence.

Oba typy programů následné péče v současnosti nejsou příliš od sebe odděleny, jsou poskytovány na specializovaných odděleních psychiatrických léčeben, nemocnic a ve specializované léčebně. V oboru adiktologie je k dispozici certifikační systém a odborná společnost (Společnost pro návykové nemoci) pracuje na odborných standardech, které by měly zaručovat minimální odborné požadavky na podobu těchto programů.
Údaje za adiktologická lůžka v „nespecializovaných“ psychiatrických léčebnách a nemocnic jsou uvedeny v pasportizaci psychiatrických lůžek, k doplnění je údaj za jedinou plně specializovanou léčebnu v oboru – Psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr.

Současnou síť lůžkové péče považujeme za dostatečnou, ke zlepšení systému nabízíme následující doporučení:

1. detoxům přiznat plně status akutní péče standardní (a mimo jiné vyžadovat personální, věcné a technické požadavky na standardní akutní péči),
2. následnou péči více diferencovat na programy stabilizační (s předpokladem větší vazby na konkrétní region) a na programy superspecializované (kompletní odvykací, s předpokladem nadregionálního charakteru).
3. Vytvořit institucionální podmínky pro možnost pojmout část superspecializovaných programů jako terapeutickou komunitu (= terapeutickou komunitu zdravotnického charakteru jako doplněk dosavadních komunit nezdravotnických),
4. Vytvořit adiktologické lůžka dlouhodobé péče pro pacienty s reziduálním poškozením,
5. Vytvořit zařízení jednodenní péče, ideálně jako součást komunitního centra,
6. Vytvořit institucionální podmínky pro zřizování denních stacionářů zdravotnickými zařízeními.

Souhrn a doporučení k stavu péče v oboru adiktologie

- Systém adiktologické péče v České republice se v posledních 20 letech rozvinul do relativně dobré podoby (síť zařízení, vzdělávací systémy, nástroje hodnocení kvality, obsah terapeutických programů).
- V oboru je myšlenka deinstitucionalizace a myšlenka komunitní péče samozřejmá – síť je tvořena vzájemně kooperujícími institucemi zdravotnickými, sociálními i charitativními, státními i nestátními, lůžkovými, ambulantními i intermediárními.
- V oboru existují odborné důvody pro zachování komplexity služeb a vyváženosti mezi ambulantní, lůžkovou a intermediární péčí.
- Síť lůžkových zařízení není nutné již měnit kapacitně (podstatné změny již proběhly v posledních 20 letech). Doporučujeme dělit lůžková zařízení na základní 3 typy: detox (akutní standardní péče), superspecializovaná nadregionální zařízení (s plným odvykacím programem) a regionální zařízení (zaměřená na stabilizaci pacienta).
- Síť ambulantních zařízení (lékařských AT ambulancí) může být dostatečná jen při dvou podmínkách: 1) bude doplněna sítí nelékařských adiktologických ambulancí a 2) bude nastaven systém úhrad ambulantní práce tak, aby motivoval k intenzivní práci s pacientem.
- Nové nelékařské adiktologické ambulance by mohly být klíčovým prvkem pro průchod klienta systémem služeb.
- Případné úvahy o redukci systému neambulantních služeb doporučujeme odložit až na dostatečné ověření funkčnosti adiktologických ambulancí (po 5-10 letech).

16 Popis stavu sexuologické péče v ČR

Pacienti v ochranné sexuologické léčbě a reforma psychiatrické péče

Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

1. Specializovaná oddělení pro ochrannou ústavní léčbu sexuologickou (i psychiatrickou) by měla zůstat zachována.
Je třeba zvážit potřebné počty lůžek pro tuto péči. Ve spolupráci s Ministerstvem spravedlnosti (MS) a Ministerstvem vnitra (MV) nově definovat právní i organizační pravidla. Zejména bych se přimlouval za to, aby tato péče byla přímo hrazena státem, nikoliv v režimu zdravotního pojištění. Tito pacienti by zcela jistě neměli být osvobozeni od regulačních poplatků!

2. Doporučuji nově definovat výkon ambulantní ochranné léčby sexuologické (i psychiatrické) s tím, že je třeba řádně definovat s MS i MV ČR organizace této péče a její řádnou návaznost na péči postpenitenciární. Také zde doporučuji přímou státní úhradu vyjmenovaným pracovištím a placení regulačních poplatků pacienty.

3. Stávající certifikační kurs v sexuologii doplnit u lékařů, kteří se starají o sexuální delikventy doplňujícím postgraduálním školením (cca 6 měsíců povinné praxe na specializovaném lůžkovém zařízení a zácvik v PPG vyšetření a jeho interpretacích).

17 Popis stavu gerontopsychiatrické péče v ČR

Koncepce gerontopsychiatrické péče

Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc. a kol.

Vymezení oboru:

Gerontopsychiatrie je obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, doléčováním a výzkumem psychických chorob u osob seniorského věku. Většinou se tento věk počítá od 65 let výše (dle WHO). Seniorská populace má svá specifika, které ji odlišují od populace mladšího věku. Výrazná je současná sociální problematika, která se podílí na rozvoji a klinickém obrazu duševních poruch. Výrazně přibývá podíl somatických poruch na vzniku a rozvoji poruch psychických. Gerontopsychiatrie se nezabývá pouze seniorským věkem, ale také některými poruchami, vznikajícími před 65. rokem života. Jsou to především organicky podmíněné psychické poruchy (Alzheimerova choroba s časným začátkem, frontotemporální lobární demence a další).

Diagnostické okruhy a kompetence oboru gerontopsychiatrie:

Gerontopsychiatrie se zabývá především organickými psychickými poruchami, ale nejen jimi. Nejdůležitější diagnostické okruhy v gerontopsychiatrii jsou tyto:

- Demence a jiné poruchy poznávacích funkcí
- Deliria
- Další organicky podmíněné psychické poruchy – organické psychotické poruchy (organická halucinóza, organická katatonií porucha, organická porucha s bludy), organické poruchy emotivity (organická afektivní porucha, organická úzkostná porucha a další), další vzácné organ. poruchy, jako např. organická dissociativní porucha), organické poruchy osobnosti
- Neorganické deprese a bipolární afektivní porucha ve stáří
- Neorganické paranoidní poruchy – schizofrenie, poruchy s bludy
- Úzkostné poruchy, reakce na stres a jiné neurotické poruchy
- Poruchy osobnosti a další

U neorganických poruch přecházejících z nižšího věku není nezbytné, aby péči zajišťovali gerontopsychiatři, zabývat se jimi budou i všeobecní psychiatři.

Velmi častá bude úloha gerontopsychiatra jako konziliáře, a to jak v ambulantní, tak v lůžkové sféře.

V lůžkové sféře by měla gerontopsychiatrická lůžka sloužit především pro:

- krátkodobou intenzivní pomoc, např. léčbu delirií;
- diagnostiku, která vyžaduje složitější zákroky a nelze již zvládnout ambulantně;
- specializovanou léčbu demencí a jiných organicky podmíněných poruch, a to zvláště v případech, že rodina nebo jiní pečovatelé pacienta již péči nezvládají, nebo kde jsou závažné poruchy chování, nebo kde jsou přidruženy závažné somatické komplikace či jsou jiné důvody, pro které není ambulantní péče možná.

Některé diagnózy mohou být léčeny na lůžkách všeobecné psychiatrie, např. úzkostné poruchy.

Někteří gerontopsychiatričtí pacienti pak jsou léčeni i v zařízeních jiné psychiatrické specializace – v AT poradnách (ev. výjimečně i v lůžkových zařízeních), v ambulancích psychiatrické sexuologie.

Charakteristika potřebných gerontopsychiatrických služeb:

Základními zařízeními by měly být **specializované gerontopsychiatrické ambulance**. Na tyto ambulance by měly mít návaznost **komunitní gerontopsychiatrické týmy**, úzce spolupracující s rodinami nebo jinými pečovateli pacientů, se specialisty dalších oborů (neurologie, geriatrie, interna aj.), ale také se sociálními službami a s lůžkovými zdravotními pracovišti. Některé gerontopsychiatrické ambulance mohou mít interdisciplinární charakter typu memory clinics.

Potřebu gerontopsychiatrů v ČR lze odhadnout na minimálně 150, lépe 200. Budou to ambulantní gerontopsychiatři, konziliáři, konzultanti, lékaři pracující v gerontopsychiatrických lůžkových zařízeních, také však lékaři zabývající se výzkumem v oblasti gerontopsychiatrie.

Lůžková zařízení by měla preferovat krátké hospitalizace. Optimální by bylo, kdyby každá nemocnice krajského typu měla malé gerontopsychiatrické oddělení. Zatím je však toto řešení spíše výjimečné.

Je nutno posílit **oblast sociálních a zdravotně-sociálních služeb.** Tento sektor zajišťuje respitní péči, intermediární péči (typu stacionářů), edukaci pečujících, domy pro seniory, domy s pečovatelskou službou.

Navrhovaná síť gerontopsychiatrických služeb:

Specializované gerontopsychiatrické ambulance by měly být zřizovány 1/100 000 obyvatel. Takováto ambulance by měla být zabezpečena jedním úvazkem lékaře – gerontopsychiatra, polovičním úvazkem klinického psychologa se zkušeností v gerontopsychologii, jedním úvazkem všeobecné sestry.

Při fakultních nemocnicích a nemocnicích krajského typu by měla vznikat mezioborová ambulantní pracoviště typu memory clinic, kde by na část úvazku působil gerontopsychiatr, neurolog, klinický psycholog, ev. geriatr a kde by byla návaznost na další obory – zobrazovací metody, genetika, biochemická, sérologická a hematologická laboratoř. Tato zařízení by působila především konziliárně v případech složitých diagnóz nebo preskripce drahých léků.

Počet gerontopsychiatrických lůžek by neměl být snižován vzhledem k narůstajícímu výskytu především demencí (v důsledku prodlužování života), ale měl by být restrukturalizován. Měl by se zvýšit počet lůžek pro akutní stavy (deliria apod.). Na druhou stranu by měla být část lůžek pro chronické pacienty převedena do oblasti sociálně zdravotních zařízení. I nadále však bude část lůžek sloužit jako lůžka detenční, pro těžce nemocné pacienty, neschopné pobytu v ústavech sociální péče.

Navrhovaná síť zařízení gerontopsychiatrických zdravotnických služeb:

V návrhu jsou odděleny zdravotní a sociální služby, ale v praxi se často prolínají.

- **Praktický lékař** představuje první kontakt s gerontopsychiatrickým pacientem. Praktičtí lékaři by měli být v této problematice proškoleni.
- **Všeobecný ambulantní psychiatr** se stará o část gerontopsychiatrických pacientů, jeho péče se prolíná s péčí gerontopsychiatra.
- **Gerontopsychiatrická ambulance** v čele s gerontopsychiatrem zajišťuje v hlavní míře ambulantní péči. Gerontopsychiatrická ambulance je součástí komunitního týmu.
- **Komunitní gerontopsychiatrický tým** je zaměřen na podporu pacienta a jeho rodiny v přirozených podmínkách. Spolupracuje s pracovníky primární péče, s odborníky navazujících oborů, se sociálními službami. Zajišťuje i návštěvní službu a domácí péči. Součástí týmu je gerontopsychiatr, geriatr, klinický psycholog, všeobecná sestra, psychiatrická sestra, fyzioterapeut, sociální pracovník.
- **Gerontopsychiatrická lůžka psychiatrických klinik a oddělení** slouží k léčbě akutních stavů v gerontopsychiatrii, např. delirií, a k diagnostice a léčbě vzácných a komplikovaných poruch. Pobyt je omezen délkou 8 týdnů.
- **Gerontopsychiatrická oddělení psychiatrických nemocnic a léčeben** – slouží k léčení akutních a střednědobých psychických poruch, délka pobytu omezena na 3 měsíce. Také však detence těžce nemocných, kteří by v důsledku svého onemocnění nezvládli pobyt v zařízení sociální péče.
- **Ošetřovatelský ústav s gerontopsychiatrickou a geriatrickou péčí** – zařízení sloužící k dlouhodobému pobytu chronicky nemocných gerontopsychiatrických pacientů, obzvláště trpících demencemi. Péče je zaměřena na udržení a posílení celkového fungování i kognitivních funkcí, na ošetřovatelskou péči a zabezpečení důstojného konce života. Počet lůžek 50 – 80. Může být jak součást všeobecné

nemocnice či psychiatrické nemocnice/léčebny, tak může existovat samostatně. Gerontopsychiatr zde funguje jako konziliář, stálý pracovník je geriatr, který má k dispozici různé kategorie ošetřovatelského personálu.

Základní sociální služby pro gerontopsychiatrické nemocné:

- **Psychogeriatrický stacionář** je zařízení pro denní a týdenní péči o seniory, trpícími psychickými poruchami. Maximální kapacita 20 lidí. Jako konziliář působí gerontopsychiatr, psychiatr, praktický lékař, geriatr, základní personál tvoří různé kategorie středních a nižších zdravotnických a sociálně-zdravotnických pracovníků.

Speciální opatření k zajištění optimálního stavu:

- Vládní program rozvoje geriatrického, gerontopsychiatrického a zdravotně-sociálního zabezpečení seniorů
- Vládní program „Alzheimer“, řešící mezioborovou spolupráci v prevenci léčbě tohoto závažného gerontopsychiatrického onemocnění.
- Zavedení speciálních kódů pro gerontopsychiatrii – hl. testování kognitivních funkcí, rehabilitace kognitivních funkcí. Všeobecní psychiatři by mohli vykazovat po absolvování kurzů

Připomínky (doporučení) ke koncepci psychiatrické péče – obor gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie je nástavbový obor psychiatrie s atestací, ale na rozdíl od dalších nástavbových oborů – pedopsychiatrie, sexuologie nemá své specifické kódy výkonů. Většinu gerontopsychiatrických pacientů ošetřují v ambulancích psychiatři bez gerontopsychiatrické specializace ve všeobecných psychiatrických ambulancích. Gerontopsychiatři pak používají psychiatrické kódy, jejich práce není nikterak zvýhodněna ani odlišena od všeobecné psychiatrie. To výrazně snižuje motivaci psychiatrů k tomu, aby se věnovali nástavbovému oboru gerontopsychiatrie a skládali z tohoto oboru atestaci. Specializovaná gerontopsychiatrická ambulantní pracoviště jsou u nás výjimkou.

Z toho důvodu by bylo žádoucí, aby byly zavedeny **gerontopsychiatrické kódy**, které by mohl vykazovat atestovaný gerontopsychiatr: komplexní, cílené a kontrolní vyšetření gerontopsychiatrem, vyšetření testovými metodami (Mini-Mental State Examination, Addenbrookský test kognitivních funkcí, Škála geriatrické deprese, FAQ a další). Tyto kódy by bylo možno vykazovat u lidí od 65 let věku, u některých diagnóz i při nižším věku (demence, lehké poruchy kognitivních funkcí).

Jako optimální se jeví **zavedení specializovaných ambulantních center typu memory clinics,** kde by s gerontopsychiatrem spolupracoval klinický psycholog, neurolog a kde by

byla návaznost na oddělení zobrazovacích metod, biochemickou a hematologickou ambulanci, na oddělení klinické genetiky. Tato centra by dělala klinickou diagnostiku, vedla by si složité a diagnosticky nejasné pacienty. Ostatní pacienty by vyšetřovala konziliárně a dávala by doporučení psychiatrickým ambulancím o dalším léčebném postupu. Klientela takovýchto center by se však neskládala pouze z lidí trpících poruchami kognitivních funkcí, ale z veškeré gerontopsychiatrické klientely.

Odhaduji, že zastoupení takovýchto center by mělo být 1/100 000 až 1/200 000 obyvatel.

Pokud se týká transformace psychiatrických léčeben, domnívám se, že počet gerontopsychiatrických lůžek by se neměl v současnosti snižovat, ale restrukturalizovat. V budoucnu bude možné počet lůžek snižovat úměrně tomu, jak se bude zlepšovat a rozvíjet sociální péče, a to včetně péče komunitní – denní stacionáře apod.

V rámci restrukturalizace by měla být zřízena např. **gerontopsychiatrická lůžka s programem intenzivní rehabilitace, lůžka intenzivní péče, sociální lůžka**. Dále by bylo vhodné, kdyby každá psychiatrická klinika a lůžková oddělení nemocnic krajského typu měla svoji gerontopsychiatrickou jednotku, zvláště pro diagnostiku složitějších poruch.

18 Zápisy z jednání řešitelské skupiny projektu

Zápis z jednání řešitelské skupiny ze dne 11. července 2012

Místo: Psychiatrická klinika, Ke Karlovu 11

Přítomni: Lucie Kališová, Jiří Raboch, Pavla Šelepová, Barbora Wenigová, Irena Zrzavecká

1. První schůzka v rámci projektu se uskutečnila ve Špindlerově Mlýně v rámci národního sjezdu Psychiatrické společnosti, Prof. J. Raboch zorganizoval diskusi s ředitelem VZP MUDr. Horákem a ředitelem Evropských fondů MZČR dr. Bodnárem za účasti členů výboru Psychiatrické společnosti a vedoucích představitelů poskytovatelů psychiatrické péče

2. Byly stanoveny další termíny schůzek do konce projektu. Dle potřeby budou přidány.

TERMÍNY SCHŮZEK - AKCÍ:

25. července 2012 (v 10.00 – 12.00 Psychiatrická klinika) setkání zástupců řešitelů - Psychiatrické společnosti, CRPDZ, VZP, MZ (*Raboch)*

8. srpna 2012 (v 10.00 – 12.00 Psychiatrická klinika) setkání zástupců 5 lůžkových zařízení (*Raboch)*

PK Ke Karlovu Praha, PL Bohnice (Praha)
PL Jihlava (Vysočina)
PO Ostrov (Karlovarský kraj)
PO České Budějovice (Jihočeský kraj)
Obsah: představení projektu, cíle a metodika, zadání úkolu pro jednotlivá zařízení, diskuze

5. září 2012

představení projektu na Výboru PS (11.00 - 13.00)

ve 13.00 schůzka po vědecké schůzi „Purkyňky (Klinika Ke Karlovu)
(*Raboch/ Wenigová)*

Setkání pracovní skupiny odborníků:

Jiří Raboch - řešitel
Irena Zrzavecká - řešitel
Lucie Kališová - řešitel
Barbora Wenigová - spoluřešitel

PavlaŠelepová - spoluřešitel
Jan Stuchlík - komunitní péče
Juraj Rektor - sekce ambulantních psychiatrů
Martin Hollý/Vlad. Žižka/Rad. Přikryl - Asociace psychiatrických léčeben
Onřej Pěč - denní stacionáře
zástupce VZP JUDr. Havlasová
zástupce MZČR Mgr. Kohlerová
Tomáš Raiter - statistika, metodik
Martin Dlouhý - ekonomika

Ad hoc: (budou přizváni ad hoc na jednání skupiny nebo s nimi bude konzultováno)
Alena Šteflová, WHO
Petr Příhoda, Krizová centra

2. října 2012 Výjezdní zasedání zdravotního výboru Parlamentu (*Raboch)*
Obsah: Návštěva jedné vybrané PL
Na výjezd budou pozváni členové pracovní skupiny odborníků.

3. října 2012 v 13.00 po vědecké schůzi „Purkyňky (Klinika Ke Karlovu)
(*Raboch/Wenigová)*
Setkání členů pracovní skupiny odborníků
Obsah: Diskuze

9. října 2012 Parlamentní seminář (*Raboch)*
Setkání členů pracovní skupiny odborníků
Obsah: Diskuse

15. - 17. listopadu 2012 celostátní Konference sociální psychiatrie, Chrudim
(*Wenigová)*
Obsah: Prezentace projektu a průběžných výsledků, diskuze

5. prosince 2012 vědecká schůze „Purkyňka“ (Psychiatrická klinika Ke Karlovu, Vondráčkova posluchárna) (*Raboch /Wenigová)*
Obsah: Prezentace výsledků projektu

3. Byly rozdány úkoly, které souvisí s rozběhnutím prvních aktivit projektu:

Úkoly:

- Anotace projektu *(Šelepová)*
- Vypracování metodiky – optimálně do konce července *(Wenigová/Šelepová)*

- Vypracování harmonogramu *(Wenigová/Šelepová)*
- Sestavení pracovní skupiny a pozvání na akci *(Wenigová/Raboch)*
- Vytvoření mapy či jiného nástroje pro identifikaci problémů *(Wenigová/Šelepová)*
- Zpracování dat z VZP a ÚZIS

Lůžková péče (*Raboch/ Zrzavecká/Tuček)*
Ambulantní péče (*Rektor/Herman)*
Komunitní péče (*Šelepová/Wenigová)*
Hodnocení plnění/neplnění strategických dokumentů, legislativa (*Šelepová/Wenigová)*

- QUIRC – oslovení PL a administrace dotazníku (*Kališová)*

4. Po vydání Rozhodnutí od MZ ČR bude schválen finální rozpočet projektu a podepsána smlouva mezi Českou psychiatrickou společností o.s. a Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Zápis vytvořil: Mgr. Barbora Wenigová, Mgr. Pavla Šelepová

Zápis zkontroloval a doplnil: Prof. MUDr. Jiří Raboch, MUDr. Lucie Kališová

Dne: 13.7.2012

Zápis z jednání zástupců řešitelů ze dne 25. července 2012

Projekt: „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“

Místo: Psychiatrická klinika, Ke Karlovu 11 - knihovna

Přítomni:

MUDr. Lucie Kališová, **Prof. Jiří Raboch, MUDr. Irena Zrzavecká** (Česká psychiatrická společnost); **Mgr. Pavla Šelepová** (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví); **MUDr. Martin Hollý, MUDr. Zdeňka Drlíková**, **MUDr. Vladislav Žižka** (Asociace psychiatrických léčeben); **MUDr. Erik Herman** (Sdružení ambulantních psychiatrů); **Mgr. Irena Köhlerová** (Ministerstvo zdravotnictví ČR); **JUDr. Lenka Havlasová**, **MUDr. Hana Šustková** (Všeobecná zdravotní pojišťovna); **MUDr. Alena Šteflová, PhD.** (Světová zdravotnická organizace)

1. **část setkání**

2. První část schůzky proběhla se zástupci všech řešitelů. Prof. Raboch shrnul obsah a okolnosti projektu a informoval, že ministr chce vytvořit skupinu pro reformu psychiatrie, která uvede výsledky projektu do praxe.

3. K dispozici máme data od VZP (část zaslepených, část ne – za lůžkovou péči) za rok 2011 a od ÚZIS za rok 2010. **Mgr. Köhlerová sežene data od ÚZIS za rok 2011** (až budou k dispozici). Bylo také žádáno na Svazu zdravotních pojišťoven (doplnění k VZP), ti však data neposkytnou. VZP má k dispozici data o vykázané péči.

4. Dr. Šteflová informovala o projektu BCA 2012-2013, jehož obsahem je tvorba národního akčního plánu s přesahem do komunitní péče a vzdělávání – příprava kapacit. Projekty jsou propojené, řešitel by měla být Psychiatrická společnost, spoluřešitel Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ). **Mgr. Köhlerová čeká na informaci, jestli jsou na projekt peníze, poté bude informovat.**

5. Dr. Havlasová představila krátkou prezentaci rozložení akutní a následné péče v ČR. OS požádala o data - propočtené úvazky ambulancích psychiatrů podle regionů a produkci (výkonnost) ambulance.

6. Dr. Kališová informuje o existenci validizovaného dotazníku QUIRC, který je k dispozici ve webové verzi. Dotazník hodnotí dlouhodobou péči o chronické pacienty (léčebny, chráněná bydlení), vyhodnocení dotazníku konkrétního zařízení je k dispozici ihned.

7. Dr. Drlíková chce vidět mapu **rozložení komunitní péči** (VZP těmito daty nedisponuje) – vytvoří **CRPDZ ve spolupráci s Dr. Pěčem** (ADSKC).

8. **Prof. Raboch požádal VZP o podrobnější analýzu dat, kde je dělení hospitalizací podle délky pobytu.**

9. Dr. Hollý žádá, zda je možné **analyzovat revertenci** pacientů **u 5 vybraných zařízení (regionů) - bude informovat Prof. Raboch.**

10. Dr. Žižka nastiňuje problém se sociálními lůžky. VZP chce mít nasmlouvaná sociální lůžka, MPSV na ně nedá peníze. Objevují se odhady (od doby úřadování Dr. Davida, že sociálních lůžek v léčebnách je 1/3 – není to pravda!

11. VZP pracuje na koncepci psychiatrické péče, v návaznosti na připravované nařízení vlády o dostupnosti. Současně probíhají společná jednání zdravotních pojišťoven, ministerstva zdravotnictví, odborných společností působících ve zdravotnictví, poskytovatelů zdravotních služeb, a i orgánů státní správy, ve věci restrukturalizace lůžkového fondu na území České republiky, s cílem jeho optimalizace. Vzhledem k tomu, že ke konci letošního roku končí platnost stávajících Smluv s lůžkovými zdravotnickými zařízeními, předpokládáme ukončení procesu restrukturalizace a optimalizace lůžkového fondu k 31. 12. 2012.

2. část setkání

Druhá část setkání proběhla bez účasti zástupců VZP, MZČR a WHO.

1. Dr. Kališová požádala přítomné zástupce psychiatrických léčeben o svolení a zajištění vyplnění dotazníku QUIRC. **Dr. Kališová pošle žádost o vyplnění dotazníku QUIRC léčebnám e-mailem.** Po ukončení výzkumu poskytne léčebnám zpracované výsledky získaných dat ze všech zařízení.

2. Složení týmu projektu:

   - Česká psychiatrická společnost (řešitel) - Jiří Raboch, Lucie Kališová, Irena Zrzavecká (lůžková péče)
   - Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (spoluřešitel) - Barbora Wenigová, Pavla Šelepová
   - Ondřej Pěč - komunitní péče, denní stacionáře
   - Jan Stuchlík – legislativa, komunitní péče
   - Erik Herman - sdružení ambulantních psychiatrů
   - Jan Tuček – lůžková péče
   - Martin Hollý/Vlad. Žižka/Zdeňka Drlíková - Asociace psychiatrických léčeben
   - zástupce VZP - JUDr. Havlasová
   - zástupce MZČR - Mgr. Köhlerová
   - Tomáš Raiter - statistika, metodik
   - Martin Dlouhý - ekonom

3. Následující úkoly:

   - **CRPDZ vytvoří mapu dojezdových vzdáleností (spádových regionů) k akutní lůžkové péči.**

- **Požádáme Dr. Hodkovou (Opařany) nebo Dr. Uhlíkovou (PK), aby jedna z nich byla součást týmu za pedopsychiatrii.** AT nebudeme úplně vyčleňovat, Miovský dělal nějaký výzkum týkající se AT problematiky.

- Budeme zjišťovat prostupnost péčí u pěti vybraných regionů:

  Hl. město Praha (PL Bohnice a Psychiatrická klinika)
  Karlovarský kraj (Psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov)
  Jihočeský kraj (Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice)
  Olomoucký kraj (PL Šternberk, Psychiatrické oddělení Nemocnice Olomouc)
  Zlínský kraj (PL Kroměříž)

  Nově zavzaté léčebny a psych. oddělení, a Dr. Hodkovou osloví Dr. Žižka. Pokud by některá léčebna nesouhlasila, potom vezmeme PL Jihlava (Vysočina).

- Regiony musíme definovat podle tradičních spádů.

- Prostupnost budeme zjišťovat:

  a) Na základě dat ze zařízení za první polovinu roku 2011 – odkud přišli pacienti, kam byli odeslání. Odmítnuté příjmy – souvisí s prostupností (lze zjistit ze záznamů zařízení)

  b) Z registru VZP – pohyb pacienta v rámci systému péče podle RČ – náhodný výběr nebo reprezentativní vzorek podle věku a dg. spektra, či každý 500. pacient s psychiatrickým záznamem – **je třeba prodiskutovat s Dr. Šustkovou.**

Dr. Zrzavecká sepíše data, která jsou potřeba pro zjištění prostupnosti, a pošle vybraných zařízením.

4. Výstupem projektu musí být uvedena definice akutní a následné péče (Kde končí akutní péče?).

5. Plán nejbližších schůzek:

   - **8. srpna 2012 (v 10.00 – 12.00 Psychiatrická klinika) setkání zástupců řešitele a spoluřešitele, přizvat Doc. Dlouhého (ekonomika)**

     Obsah: finální schválení rozpočtu, smlouva, ekonomika

- **5. září 2012**

  představení projektu na Výboru PS (11.00 - 13.00)

  Setkání pracovní skupiny odborníků ve 13.30 po vědecké schůzi (PK)

  - pozvaní zástupci léčeben a psych. oddělení z pěti vybraných regionů + asociace psychiatrických léčben

Zápis vytvořila: Mgr. Pavla Šelepová

Zápis zkontroloval: Prof. MUDr. Jiří Raboch

Zápis z jednání zástupců řešitelů ze dne 8. srpna 2012

Projekt: „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“

Místo: Psychiatrická klinika, Ke Karlovu 11 - knihovna

Přítomni:

Prof. Jiří Raboch, MUDr. Irena Zrzavecká (Česká psychiatrická společnost); **Mgr. Barbora Wenigová** (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví); **MUDr. Jan Stuchlík** (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví), **RNDr. Tomáš Raiter** (PROTEQ)

Na schůzce dochází ke stanovení výstupů v rámci jednotlivých cílů projektu:

B) A) Pasportizace aktuální situace v lůžkové psychiatrické péči v České republice ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a Asociací psychiatrických léčeben. PS (Prim. Zrzavecká), Vypracování doporučení optimálních regionálních potřeb lůžkové péče. PS (Prof. Raboch, Prim. Zrzavecká)

Výstupy:

- Mapa dojezdových vzdáleností (spádových regionů) k akutní lůžkové péči (a dalším vybraným druhům služeb) v České republice viz tabulka dojezdových vzdáleností
- Prostupnost péčí u pěti vybraných regionů:

  Hl. město Praha (PL Bohnice a Psychiatrická klinika)
  Karlovarský kraj (Psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov)
  Jihočeský kraj (Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice)
  Olomoucký kraj (PL Šternberk, Psychiatrické oddělení Nemocnice Olomouc)
  Zlínský kraj (PL Kroměříž)
  Regiony jsou definovány podle tradičních spádů a jsou vybrány tak, aby prezentovaly různou míru pokrytí službami pro duševně nemocné (hustá síť, středně hustá síť, řídká síť; s/bez PL v regionu).

  a) na základě dat ze zařízení za první polovinu roku 2011 – odkud přišli pacienti, kam byli odeslání (odmítnuté příjmy – souvisí s prostupností).

  b) Z registru VZP – pohyb pacienta v rámci systému péče podle RČ – náhodný výběr nebo reprezentativní vzorek podle věku a dg. spektra, či každý 500. pacient s psychiatrickým záznamem.

- Zpráva o kvalitě poskytované péče ve vybraných psychiatrických léčebnách (výsledky šetření dotazníkem QUIRC)
- Doporučení optimálních regionálních potřeb lůžkové péče (včetně definování hranice mezi akutní a následnou péčí)

1) Pasportizace ambulantní a intermediární psychiatrické péče ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a Sdružením ambulantních psychiatrů.
A) Ambulantní péče: MUDr. Juraj Rektor/MUDr.Erik Herman
B) Intermediární péče: MUDr. Ondřej Pěč
C) Sociální péče: CRPDZ (registr sociálních služeb MPSV)
Termín: říjen 2012

Výstupy:

- Mapa a popis stavu služeb (ambulantní péče, intermediární péče, sociální péče) – mapový podklad – vrstvy GIS mapy

2) Stav psychiatrické péče bude zasazen do legislativních podmínek v ČR (zákon o dlouhodobé péči, zákon o zdravotních službách) a srovnán s doporučeními strategického dokumentu Koncepce oboru psychiatrie (PS ČLS JEP, 1998;) a dalšími zahraničními, zejména dokumenty Akční plán a Deklarace pro duševní zdraví (WHO,2005). V popisu psychiatrické péče se také zmíní stav komunitní péče v České republice (dosažená úroveň komunitní péče, návaznost lůžkové péče na sociální služby atd.). CRPDZ (návrh), PS (doplnění, finalizace textu) Termín: říjen 2012

Výstupy:

- Stávající legislativní úprava (zakotvení péče a ochrany osob s duševním onemocněním v právních normách a dokumentech.
- Srovnání stavu péče s vybranými zahraničními a českými strategickými dokumenty

3) A) Bude vytvořeno pět scénářů transformace psychiatrických léčeben. Předběžně tyto varianty zní: 1. rozdělení péče ve stávajících psychiatrických léčebnách, 2. zachování některých oddělení léčeben a 3. zachování minimálního počtu psychiatrických léčeben. Další varianty jsou: 4. zrušení psychiatrických léčeben a 5. zachování stávajícího stavu.

B) K nim bude vytvořen ekonomický model a časový harmonogram transformace.

Výstupy:

- Pět modelových scénářů transformace psychiatrických léčeben (v nichž dvě varianty jsou zrušení psychiatrických léčeben a zachování stávajícího stavu)
- Ekonomický model a časový harmonogram transformace pro každý scénář (doporučení použití toho kterého scénáře v rámci vybraných regionů)

Termín: Listopad 2012

Složení týmu projektu:

Česká psychiatrická společnost (řešitel) - Jiří Raboch, Lucie Kališová, Irena Zrzavecká (lůžková péče)

- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (spoluřešitel) - Barbora Wenigová, Pavla Šelepová
- Ondřej Pěč, - denní stacionáře, komunitní péče
- Jan Stuchlík – komunitní péče, legislativa,
- Erik Herman - sdružení ambulantních psychiatrů
- Jan Tuček – lůžková péče
- Martin Hollý/Vlad. Žižka/Zdeňka Drlíková - Asociace psychiatrických léčeben
- zástupce VZP - JUDr. Havlasová
- zástupce MZČR - Mgr. Köhlerová
- Tomáš Raiter - statistika, metodik
- Martin Dlouhý - ekonom

Seznam pravidelných schůzek (a jejich obsah):

- 25. července 2012 (v 10.00 – 12.00 Psychiatrická klinika) setkání zástupců řešitelů - Psychiatrické společnosti, CRPDZ, VZP, MZ (Raboch)

- 8. srpna 2012 (v 10.00 – 12.00 Psychiatrická klinika) setkání zástupců řešitele a spoluřešitele,
  Obsah: finální schválení rozpočtu, smlouva, ekonomika

- **5. září 2012**
  11- 13 představení projektu na Výboru PS – Vodráčkova posluchárna, PK
  13.30 Setkání pracovní skupiny odborníků po vědecké schůzi (PK)
  - pozvaní zástupci léčeben a psych. oddělení z pěti vybraných regionů + asociace psychiatrických léčeben

- **2. října 2012** Výjezdní zasedání zdravotního výboru Parlamentu (Raboch)
  Obsah: Návštěva jedné vybrané PL
  Na výjezd budou pozváni členové pracovní skupiny odborníků.

- **3. října 2012** v 13.00 po vědecké schůzi „Purkyňky (Klinika Ke Karlovu) (Raboch/Wenigová)
  Setkání členů pracovní skupiny odborníků
  Obsah: Diskuze

- **9. října 2012** Parlamentní seminář (Raboch)

Setkání členů pracovní skupiny odborníků
Obsah: Diskuse

- **15. - 17. listopadu 2012** celostátní Konference sociální psychiatrie, Chrudim (Wenigová)
  Obsah: Prezentace projektu a průběžných výsledků, diskuze

- **5. prosince 2012** vědecká schůze „Purkyňka“ (Psychiatrická klinika Ke Karlovu, Vondráčkova posluchárna) (Raboch /Wenigová)
  Obsah: Prezentace výsledků projektu

Zápis vytvořila: Mgr. Barbora Wenigová, Mgr. Pavla Šelepová

Zápis zkontroloval: Prof. MUDr. Jiří Raboch

Zápis z jednání zástupců řešitelů ze dne 5. září 2012

Projekt: „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“

Místo: Psychiatrická klinika, Ke Karlovu 11 - knihovna

Přítomni:

MUDr. Lucie Kališová, **Prof. Jiří Raboch, MUDr. Irena Zrzavecká, MUDr. Juraj Rektor** (Česká psychiatrická společnost); **Mgr. Pavla Šelepová, Mgr. Barbora Wenigová, MUDr. Jan Stuchlík, MUDr. Ondřej Pěč** (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví); **RNDr. Tomáš Raiter** (PROTEQ), **MUDr. Martin Hollý, MUDr. Zdeňka Drlíková**, **MUDr. Vladislav Žižka** (Asociace psychiatrických léčeben); **MUDr. Erik Herman** (Sdružení ambulantních psychiatrů); **Doc. Martin Dlouhý** (Vysoká škole ekonomická v Praze)

12. **Průchodnost péčí**

MUDr. Zrzavecká informovala, že má data za Psychiatrickou kliniku (Praha) a Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice. Ještě nemá dat za PL Kroměříž, PK Olomouc, PO Ostrov a PL Bohnice. Data potřebujeme do konce září. MUDr. Zrzavecká pošle všem znovu tabulky, MUDr. Žižka zařízení znovu osloví a zaurguje.

13. **QUIRC**

MUDr. Kališové chybí data za PL Kosmonosy, Horní Beřkovice, Petrohrad, Šternberk. MUDr. Žižka zařízení zaurguje.

14. **Mapy dojezdových vzdáleností**

Nutno se dohodnout na dojezdových časech – konečné návrhy viz tabulka:

	Dojezdový čas (min)
ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY	
Krizové služby	30
Ambul. psychiatrie	30
Psychologické ambulance	**45**
Denní stacionáře a psychoterap. programy	**30**
Akutní lůžka psychiatr.	60
Následná lůžková péče	90
Komunitní psychiatrické sestry	30
SOCIÁLNÍ SLUŽBY	
Ústavní rezidenční služby (domovy, domovy se zvláštním režimem)	**90**
Rezidenční komunitní služby (chráněná bydlení, podpora v samostatném bydlení)	60
Pracovní rehabilitace (chráněné dílny, socioterapeutické dílny, sociální firmy, podporované zaměstnávání)	45

	Případové vedení	30
	Ambulantní sociální rehabilitace (nezdravotnické denní stacionáře a centra)	45
	Poradenství	45
JINÉ		
	Svépomocné programy	60

- Dojezdové časy budou (zejména u psychologů) možná sníženy na základě informací z GIS mapy o jednotlivých regionech (kapacita jednotlivých služeb, počet obyvatel, incidence chorobnosti atd.)
- MUDr. Pěč zašle mapu stacionářů a krizových center mailem Mgr. Šelepové, která rozpošle všem
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví urychleně zakoupí SW na GIS mapy, aby se mohla začít pořizovat data. J. Raboch schvaluje rozpočet na tvorbu GIS mapy.

15. V datech z VZP (za ambulance) se nerozlišuje odbornost a jsou jen podle krajů. Ambulance nutno dělit na dětské, dospělé, adiktologické a sexuologické. O podrobnější data zažádá Dr. Herman na VZP, současně Mgr. Šelepová požádá Mgr. Köhlerovou o data z ÚZIS – za ambulance psychiatrů (podle obcí/úvazku) a za ordinace klinických psychologů (podle obcí/úvazků).

16. MUDr. Zrzavecká zaurguje VZP o podrobnější členění dat za délku pobytu.

17. **Scénáře transformace psychiatrických léčeben a ekonomická analýza**

    Mgr. Wenigová zašle 5 rozpracovaných scénářů psychiatrických léčeben (do 7.9.). Doc. Dlouhý zašle 1. komentář do 14.9. Bude vytvořen hrubý odhad ekonomických nákladů modelů transformace.

    Další schůzky a akce:

    2. 10 – výjezd zdravotního výboru Parlamentu do PL Horní Beřkovice. Zájemci se mohou hlásit u Prof. Rabocha.

    3.10. – další schůzka řešitelského týmu, 13.30 v knihovně Psychiatrické kliniky. Wenigová se omlouvá.

    9.10 - se ruší parlamentní seminář, nabízí nám ho v novém termínu (19.11. – 25.11), který bude ještě upřesněn.

    9.10. - se bude konat seminář o koncepci péče v hl. městě Praha (svolá MUDr. Pěč)

Zápis z jednání zástupců řešitelů ze dne 3. října 2012

Projekt: „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“

Místo: Psychiatrická klinika, Ke Karlovu 11 - knihovna

Přítomni:

MUDr. Lucie Kališová, **Prof. Jiří Raboch, MUDr. Irena Zrzavecká, MUDr. Juraj Rektor** (Česká psychiatrická společnost); **Mgr. Pavla Šelepová, MUDr. Ondřej Pěč** (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví); **RNDr. Tomáš Raiter** (PROTEQ), **MUDr. Martin Hollý, MUDr. Zdeňka Drlíková**, **MUDr. Vladislav Žižka, MUDr. Iva Hodková** (Asociace psychiatrických léčeben); **MUDr. Erik Herman** (Sdružení ambulantních psychiatrů); **Doc. Martin Dlouhý** (Vysoká škole ekonomická v Praze)

18. Do řešitelského týmu byla přizvána i MUDr. Iva Hodková z PL Opařany (za dětskou psychiatrii). Mgr. Šelepová jí zašle všechny dokumenty, o kterých se jednalo. Dr. Hodková dotazuje zastoupení dětské psychiatrie zástupcem pedopsychiatrů na jednání v pracovní skupině na MZ s výstupy z řešitelského týmu.

19. **Průchodnost péčí**

MUDr. Zrzavecká informovala, že má k dispozici data ze všech zařízení, kromě PO Nemocnice Ostrov (data přislíbena do konce týdne). Pracovníci, kteří na sběru dat pracovali, dostanou finanční odměnu (3 000 Kč). MUDr. Zrzavecká zjistí počty lidí (a jejich údaje) z každého zařízení, nahlásí paní Kamarádové.

MUDr. Zrzavecká pošle MUDr. Hodkové tabulky pro vyplnění dat ke zjišťování průchodnosti pacientů segmenty péče.

20. **Finance**

Paní Kamarádová, která má na starosti finanční stránku projektu, nabízí zúčastněným odborníkům sepsání mandátní smlouvy (nutné samostatné zdanění přijaté odměny). Každý dostane jednorázově 6 000 Kč.

21. **Ambulantní péče**

Dr. Herman má od VZP data o psych. ambulancích (počty zařízení, úvazky, hod. výkonnost – jak ordinace pracují), pouze za kraje - VZP neposkytuje jemnější údaje. Výstupem bude výkonnost ordinací podle krajů – vztáhne se k úvazkům/PO.

22. **QUIRC**

MUDr. Kališová už má skoro všechny potřebná data, finance dostane k dispozici.

23. **Mapy dojezdových vzdáleností**

Mgr. Šelepová poslala na ukázku první mapu dojezdových vzdálenosti (60 a 90 minut) do psychiatrických léčeben. Bude dále pracovat na dalších mapách.

24. **Scénáře transformace psychiatrických léčeben**

MUDr. Pěč prezentoval materiál zaslaný Mgr. Wenigovou. MUDr. Pěč zapracuje připomínky řešitelského týmu do textu a zašle všem.

25. **Ekonomický model**

Scénáře transformace by měly obsahovat odhad konkrétního podílu zrušení, rozředění oddělení nebo léčeben a odhad podílu navýšení lůžek nebo míst v jednotlivých intermediárních zařízeních. Doc. Dlouhý zašle tabulku, do které všichni doplní svůj odhad navýšení (v %) v zařízeních intermediární péče (úbytek pavilonů/oddělení PL ve variantách 30 a 50 %). Jednotka bude ČR.

26. **Další schůzky**

Další schůzka: 7.11.ve13.30 – Psychiatrická klinika – knihovna.

pátek 30.11. od 11 hodin – mimořádná schůzka před prezentací na Purkyňce

5.12 na odpolední Purkyňce - prezentace výsledků.

Zápis zapsala: Mgr. Pavla Šelepová

Zápis zkontroloval: Prof. MUDr. Jiří Raboch

Dne: 8.10.2012

Zápis z jednání zástupců řešitelů ze dne 7. listopadu 2012

Projekt: „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“

Místo: Psychiatrická klinika, Ke Karlovu 11 - knihovna

Přítomni:

MUDr. Lucie Kališová, **MUDr. Irena Zrzavecká** (Česká psychiatrická společnost, o.s.), **Mgr. Pavla Šelepová, MUDr. Ondřej Pěč, Mgr. Barbora Wenigová** (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví); **RNDr. Tomáš Raiter** (PROTEQ), **MUDr. Martin Hollý, MUDr. Iva Hodková** (Asociace psychiatrických léčeben); **MUDr. Erik Herman** (Sdružení ambulantních psychiatrů)

Omluveni: **Prof. Jiří Raboch, MUDr. Juraj Rektor, MUDr. Zdeňka Drlíková, MUDr. Vlad. Žižka, MUDr. Jan Stuchlík, Doc. Martin Dlouhý**

- **Dotazník ke scénářům transformace**

5. Význam a kapacity případového vedení (největší rozdíly mezi respondenty): je potřeba uvažovat výchozí absolutní čísla. V zadávací tabulce bude opraveno, že se jedná o 5 psychiatrických sester a cca 200 pacientů. V tomto smyslu je třeba opravit procenta v tabulkách.

6. V zadávací tabulce bude u ambulantní péče opravena kapacita na 677 přep.úvazků – v tomto smyslu je potřeba opravit procenta v tabulkách

7. Mgr. Šelepová zašle všem opravené zadávací tabulky. Všichni znovu vyplní dotazník (tabulky) s uvážením změny v počtech u případového vedení a ambulantní péče a zašlou Doc. Dlouhému do 14.11.

8. Varianta scénáře 5a: snížení kapacity PL o 100 % bez vytvoření nových služeb
   Dva názory na věc: další typy služeb budou nezměněny; další typy služeb budou přeplněny (příp. více exponovaná ambulantní péče). Tento scénář použijeme jako odstrašující variantu, blíže je třeba popsat všechny sociální a zdravotní dopady (negativní důsledky) zavření léčeben. Také musíme definovat, co jsou nové služby.

9. Dr. Hodková se ptá, jaké budou mít jednotlivé scénáře vliv na dětskou psychiatrii. Je dobré to vzít jako téma, a Dr. Hodková pošle nápady.

- **Scénáře transformace**

V pořádku, vše zapracováno, kromě připomínky RNDr. Raitera ohledně výhody - nákladovosti ve variantě 5. Scénáře lze ještě dále připomínkovat.

- **Ambulantní péče**

  Celou ambulantní péči zpracoval MUDr. Herman na základě dat u ÚZIS a VZP. Ze 677 úvazků je jen 350 na 1,0 – ostatní jsou ordinace s malými úvazky, roztříštěné, nevýkonné, zkreslující statistiku. Svou prezentaci zašle všem. Mgr. Šelepová z dat zpracuje mapy ambulantní péče – podle krajů – počet úvazků/počet obyvatel (zrelativizovat). Udělat zvláštní mapu, kde bude spojena Praha a Středočeský kraj.

- **Průchodnost systému**

  Příjem pacientů: data korelují s počtem ambulantních psychiatrů v krajích (Kroměříž, České Budějovice). PO Ostrov – nejvyšší procento pacientů přivezeno RZP – dáno nejspíš špatnou dopravní dostupností, a možná špatným zvládáním akutních stavů. Edukace směrem k praktickým lékařům (spolupráce s psychiatry).

  Propuštění pacientů: Kam by měl být pacient ideálně odeslán (k ambulantovi) a kdo ho odesílá do další péče (komunitní)? Má mít tuto péči pacient dojednanou již z lůžka (do 3 dnů nahlášení u AP), má mít zároveň zkontaktovaného svého case managera?
  Velká úmrtnost pacientů v PL Šternberk – velké gerontologické oddělení. PO Ostrov – hodně překladů do PL (dle katamnestické studie (CRPDZ 2011) hlavně mladí muži s diagnózou schizofrenie) – nemožnost oddělení zajistit akutní péči? Tam, kde je v grafu „žádná další péče“ nabízí prim. Zrzvecká vysvětlení, že jde o cizince, bezdomovce, nemající AP.

- **Mapy dostupnosti péče**

  Mapa dostupnosti psychiatrických oddělení: Mapa dostupnosti zkreslena nezohledněnou kapacitou zařízení a tím, jestli vůbec oddělení přijme pacienta v akutním stavu. Ne ve všech nemocnicích jsou schopni zajistit akutní péči. (kritéria, které odd. je schopno zajistit akutní péči?). Další hypotéza je, že blízkost léčebny způsobuje, že oddělení pacienta nepřijme. Dr. Zrzavecká dodá Mgr. Šelepová informace o akutních lůžkách v psychiatrických odděleních nemocnic. Mapa bude upravena (dále např. již nefunguje v Litoměřicích psych. odd.). Mgr. Šelepová vytvoří mapu s 45min. s dostupností zařízení.

  Mapa dostupnosti psychiatrických léčeben: Mapa dostupnosti léčeben zkreslena kapacitou zařízení (nezohledněno). Mgr. Šelepová zkusí udělat mapu, kde by byla zohledněna plocha regionu i počet lůžek v PL. Dále zjistí, při kterém čase dostupnosti se mapa skokově vyprázdní.

  Mgr. Šelepová vytvoří ještě jednu mapu, kde zvýrazní překryvy regionů dostupnosti psychiatrických léčeben a oddělení.

  Mgr. Šelepová s týmem pracuje na zmapování komunitní (intermediární péče).

Další schůzky:

pátek 30.11. od 11 hodin – mimořádná schůzka před prezentací na Purkyňce

5.12 na odpolední Purkyňce - prezentace výsledků.

Zápis zapsala: Mgr. Pavla Šelepová

Zápis zkontroloval: MUDr. Irena Zrzavecká

Dne: 8.11.2012

Zápis z jednání zástupců řešitelů ze dne 30. listopadu 2012

Projekt: „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“

Místo: Psychiatrická klinika, Ke Karlovu 11 - knihovna

Přítomni:

Prof. Jiří Raboch, MUDr. Irena Zrzavecká, MUDr. Lucie Kališová, MUDr. Petra Uhlíková (Česká psychiatrická společnost, o.s.), **Mgr. Pavla Šelepová, MUDr. Ondřej Pěč, Mgr. Barbora Wenigová** (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví); **RNDr. Tomáš Raiter** (PROTEQ), **MUDr. Vlad. Žižka, MUDr. Martin Hollý, MUDr. Zdeňka Drlíková** (Asociace psychiatrických léčeben); **MUDr. Erik Herman, MUDr. Juraj Rektor** (Sdružení ambulantních psychiatrů), **Doc. Martin Dlouhý**

Omluveni: **MUDr. Jan Stuchlík, MUDr. Iva Hodková**

1. Projekt končí k 31. 12. 2012, závěrečnou zprávu z projektu a vyúčtování nutno odevzdat do 30.1. Do konce roku je třeba profinancovat peníze, paní Kamarádová nechá všem ve středu podepsat mandátní smlouvy za PS. CRPDZ platí svoje členy skupiny: MUDr. Pěč, RNDr. Raiter, Doc. Dlouhý, MUDr. Stuchlík, Mgr. Wenigová, Mgr. Šelepová.

2. O proběhlém výjezdním zasedání zdravotního výboru Parlamentu ČR v PL Horní Beřkovice informoval prof. Raboch. Zúčastnilo se hodně poslanců, prezentace projektu proběhla dobře, bez zásadních námitek.

3. Na prezentaci projektu dne 5. 12. (na odpoledním setkání PS ČLS JEP) byly pozvány i Mgr. Köhlerová (MZ) a Ing. Havlasová (VZP). Setkání se koná od 15 hodin ve Vondráčkově posluchárně, Psychiatrická klinika.

Prezentace budou probíhat v následujícím pořadí (celkem 90 minut i s diskusí):

- Prof. Raboch: O projektu – 10 min.
- Dr. Herman: Ambulantní péče – 15 min.
- Dr. Zrzavecká: Průchodnost, lůžková péče – 10 min.
- Dr. Pěč: Komunitní péče – 10 min.
- Dr. Pěč: Scénáře transformace – 15 min.
- Doc. Dlouhý: Ekonomika – 10 min.

4. Mapování speciálních oborů v rámci péče o duševně nemocné
Mapovány budou tyto obory:

- Pedopsychiatrie (MUDr. Koutek, MUDr. Hodková)
- Gerontopsychiatrie (doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.)

- Adiktologie (MUDr. Popov, MUDr. Dvořáček)
- Sexuologie (Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
- Klinická psychologie (Mgr. Hana Jáhnová, PhDr. Karel Koblic)

V příštím týdnu je zkontaktuje B. Wenigová, a navrhne spolupráci na projektu. Optimální bude, pokud se podaří všem zmíněným přijít na setkání ČLS JEP). Doporučíme, aby přijali data od E. Hermana. Jinak se předpokládá, že data za jejich obory někteří mají zpracované a budou moci dodat do 15.1.

5. Lůžková péče:
Dr. Zrzavecká napíše Dr. Žižkovi, která data má vyžádat u ředitelky PL Kosmonosy, abychom měli data za psychiatrické léčebny kompletní. Mgr. Wenigová požádá primáře PO Ostrov.
Počty lůžek v léčebnách je potřeba interpretovat s komentářem, kolik je v zařízení somatických lůžek (plicní, interna, neurologie), ochranné léčby. Dr. Žižka osloví všechny ředitele léčeben.

6. Mapy:
Mgr. Šelepová:
- předělá u ambulancí (dospělá, psychologie) škálu na jemnější - 7 kategorií
- vytvoří i mapu pro dětskou psychiatrii
- přidá PL v Jemnici (PATEB) – je zařazena v datech VZP
- vytvoří i mapu pro léčebny a oddělení dohromady se 60 min. dojezdem.
- v mapách psych. oddělení sloučí zařízení pro Prahu, Brno a Olomouc

7. Ekonomika
Po diskusi vyplní všichni znovu tabulku odhadů transformačních scénářů (3. kolo) – zašle doc. Dlouhý. U varianty 5a bude přidána otázka na odhad lidí bez péče (na ulici).

Další setkání:
9. ledna od 11.00 (knihovna, Psychiatrická klinika). Bude poslána pozvánka.

19 Výstupy z vytváření regionálních modelů péče o duševně nemocné

v Hlavním městě Praha a Karlovarském kraji (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví)

1) Jedna z důležitých modelových změn v oblasti péče o duševně nemocné byla rozpracována v regionu hlavního města Praha v rámci realizace projektu „Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Praha (2006–2007)“. V tomto projektu byly zjišťovány potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče v kvalitě a kvantitě služeb pro duševně nemocné. Výstupem byla koncepce péče o duševně nemocné, jejímž obsahem je doporučení počtu a kvality jednotlivých druhů služeb. Implementační plán je rozpracován na 5,10,15 let a je k němu připojena ekonomická analýza.

Výstupy z projektu:

Situace v Praze

• V hlavním městě Praha žije přibližně 11 % obyvatel z celé České republiky. **Podle novějších epidemiologických studií 13,9 % velkoměstského obyvatelstva ČR trpí některou s duševních poruch** a téměř polovina obyvatel z tohoto počtu představuje tzv. nerozpoznanou nemocnost a nebyla nikdy léčena.

• Z hlediska nabídky služeb je tento region ve výhodě oproti ostatním zejména díky **širokému spektru služeb, husté síti psychiatrických ambulancí a silnému neziskovému sektoru.**

• Největší problém ve financování péče o duševně nemocné v Praze jsou (stejně jako v celé České republice) **celkově podfinancované zdroje na služby (3,6 % z celkových státních výdajů na zdravotnictví).**

• Nekompletní údaje a záznamy o efektivitě použitých financí jsou dalším velkým problémem.

MODEL PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V PRAZE
Šetření kvalitativní a kvantitativní potřebnosti služeb pro duševně nemocné v Praze

• Na základě zpracování situační analýzy dospěl řešitelský tým k následujícím **principům: respektování práv a důstojnosti psychiatrických pacientů, jejich maximální začlenění do společnosti a zplnomocňování, zapojování rodin pacientů, destigmatizace** a další. Tyto priority byly uplatněny při tvorbě modelu transformace psychiatrické péče v Praze.

• **Cílovou klientelou,** kterou si projektový tým zvolil pro modelaci služeb pro duševně nemocné v Praze**, byly osoby s duševními poruchami**, **které byly v roce 2005 v péči**

psychiatrické ambulantní péče v Praze a které byly hospitalizovány déle než jeden rok v Psychiatrické léčebně v Bohnicích.

• Přiřazení variant optimální péče (na základě principů daných v situační analýze) pro každou diagnostickou skupinu se provádělo metodou tzv. focus group - forma kvalitativního výzkumu. **Focus groups se účastnilo 109 odborníků a uživatelů**.

• Kvantitativní návrhy z focus groups (vyjádřeno počtem pacientů potřebujících určitou službu) se porovnávali s co možná nejaktuálnějšími počty pacientů využívajícími jednotlivé typy služeb.

• Pro ověření výstupů z focus groups byl sestaven dotazník s 26 otázkami orientovanými na odhad potřebného počtu pacientů a jejich diagnostické struktury, kteří by měli být optimálně ošetřováni v jednotlivých typech služeb. **Na dotazník odpovědělo dalších 102 odborných pracovníků činných v psychiatrické péči na území hlavního města Prahy**.

Kvantitativní výsledky ukazují na potřebu:

- navýšení kapacity ambulantní psychiatrické péče
- zavedení služeb případového vedení pro velkou část pacientů
- restrukturalizace a přesun kapacit v rámci lůžkového fondu
- rozšíření komunitní rezidenční péče
- rozšíření krizových služeb a psychoterapeutických programů denních stacionářů
- zásadní navýšení kapacit rehabilitačních služeb a poradenství

Kvalitativní analýza ukazuje na potřebu:

- propojení všech segmentů péče
- orientování služeb co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů
- zdůraznění ambulantní psychiatrické péče a systematické akcentování významu terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem
- akceptování, že v případě nutnosti akutní lůžkové péče je potřeba hospitalizovat spíše kratší dobu, avšak optimálně vzhledem ke stavu pacienta (s důrazem na to, aby hospitalizační péče odpovídala potřebám pacienta).

Model péče o duševně nemocné v Praze

- **Kvalitativní změny v současných službách je nutno realizovat doplněním služeb směřujícími léčbu pacientů do jejich přirozeného prostředí. Dále je potřeba restrukturalizovat lůžkovou, zejména dlouhodobou péči, a zkvalitnit ambulantní psychiatrickou péči s nynější malou časovou kapacitou, a to zejména vytvořením dostatečného terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem.**

- **Kvantitativní změny v kapacitách služeb (navyšování akutní, ambulantní a rezidenční péče a snižování následné lůžkové péče) jsou navrženy autory ve třech fázích (3–5 let, 6–10 let, 11 a více let) proto, aby navýšení finančních zdrojů bylo realističtější, ale i z důvodu potřeby postupného vývoje změn.**

- Při průběžném hodnocení výsledků ekonomické analýzy, která odhadovala množství provozních finančních zdrojů potřebných k dosažení kvantitativních změn, byla shledána **potřeba více než dvojnásobného navýšení finančních zdrojů oproti současnému stavu,** a to jak na straně systému zdravotního pojištění, tak zejména v oblasti finančních zdrojů pro sociální služby.

Ekonomické dopady transformace péče o duševní zdraví v Praze

- O financování péče o duševní zdraví existují jen dílčí údaje. Zatímco ve zdravotnictví určité údaje jsou k dispozici, v sektoru sociálních služeb je situace mnohem horší díky fragmentaci služeb a zdrojů jejich financování.
- **Na základě mezinárodního srovnání je zřejmé, že péče o duševní zdraví je v České republice (i v hlavním městě Praha) velmi nedostatečně financována.**
- Výdaje na péči o duševní zdraví v budoucnosti porostou zřejmě i bez transformace péče o duševní zdraví. **Realizace 1. fáze navržené transformace znamená zvýšení výdajů o 1 mld. Kč, realizace celé transformace znamená zvýšení o 2,83 mld. Kč.**

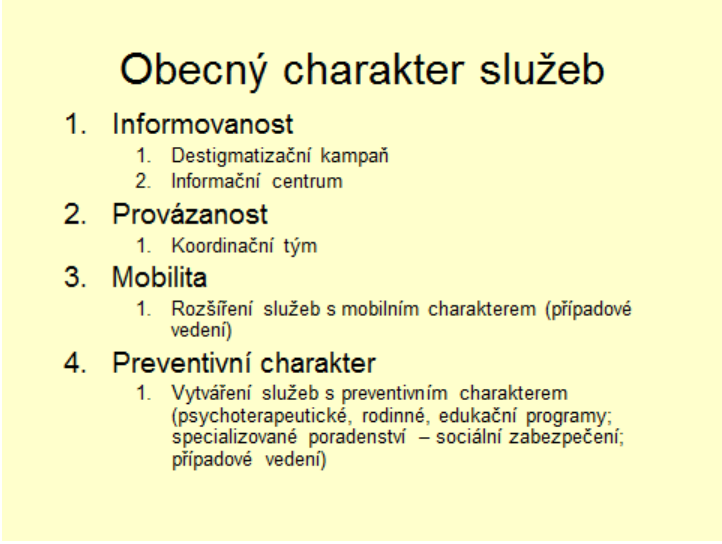
• **Hlavní výdajové položky jsou v současnosti: ambulantní psychiatrická péče, léky na předpis, akutní a následná lůžková péče, které činí více jako 80 % výdajů.** V budoucnosti bude spektrum služeb pestřejší, což se odrazí i ve struktuře výdajů na tyto služby**.**

2) Na projekt optimálního modelu péče v hlavním městě Praha navázal projekt **„Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (2010-2011).** Projekt byl zadán Karlovarským krajem a v rámci projektu byla vytvořena koncepce péče od duševně nemocné, implementační plán, byly vytvořeny dvě nové sociální služby v Karlových Varech (pracující principem komunitní péče) a vzděláni sociální pracovníci, úředníci a zdravotničtí pracovníci v regionu (tématem vzdělání byla péče o duševně nemocné). Celý projekt doprovázela systematická destigmatizační kampaň.

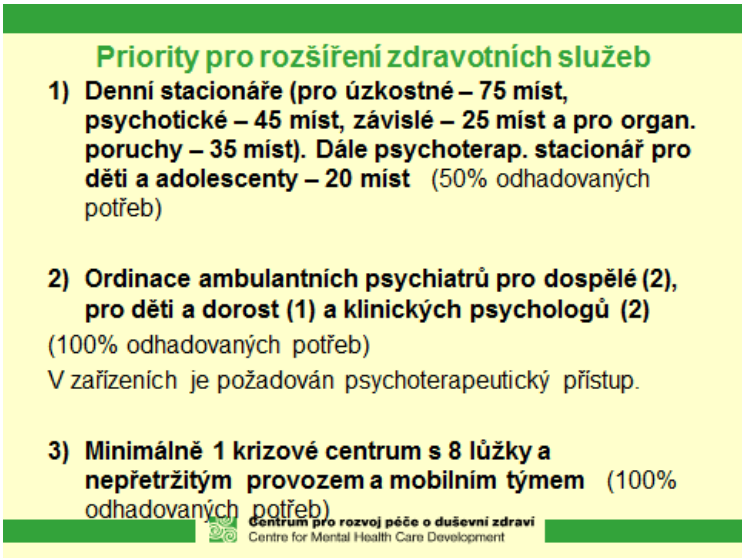
Výstupy z projektu:

Na základě výpovědí 176 odborníků a uživatelů péče v regionu byly zjištěny kvalitativní potřeby (tab. č. 1) a kvantitativní potřeby vůči službám pro duševně nemocné (tab.č. 2 a 3). Na základě mapování stavu péče a potřebnosti byla vytvořena Koncepce pro rozvoj péče o duševně nemocné v Karlovarském kraji.

Tabulka č. 1 Kvalitativní potřeby vzhledem k charakteru služeb v Karlovarském kraji



Tabulka č. 2. Priority v rámci zdravotnických služeb, vycházející z počtů nejpotřebnějších tipů služeb v Karlovarském kraji.



V sociálních službách byly požadovány (30 % odhadovaných potřeb) zejména služby chráněných komunitních bydlení pro psychotické, afektivní poruchy (80 lůžek), tréninkové chráněné byty (30 lůžek), pobytová zařízení pro děti a adolescenty (20 lůžek) a dále např. terapeutická komunita pro závislé (30 lůžek). Další prioritní oblastí byla pracovní rehabilitace. Zde je největší potřebnost (50 % odhadovaných potřeb) chráněných dílen pro psychotické poruchy (30 míst), přechodné zaměstnávání (30 míst) a podporované zaměstnávání (30 míst). Třetí prioritou byly svépomocné a aktivizační programy jako jsou centra denních aktivit –

psychózy, afekt.por, svépomocné uživatelské organizace, nízkoprahová centra pro závislé a Centra komplexní péče pro děti s autismem.

Tabulka č. 3 Priority v oblasti <u>zdravotně-sociálních</u> služeb

Resort zdravotnický a sociálních věcí - priorita

Případové vedení

65% odhadovaných potřeb

Typ případového vedení	Resort	Počet úvazků
Komunitní psychiatrické sestry	Zdravotnictví	9
Sociální pracovníci – case management	Sociální věci	3
Adiktolog – case management	Protidrogové služby	3
Osobní asistence pro DN	Sociální věci	10
Gerontologické sestry pro pac.s demencí	Zdravotnictví	5

3) V letech 2012-2014 CRPDZ zvítězilo ve výběrovém řízení na navazující projekt „Vytvoření sítě služeb **péče o osoby s** duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“. Základním cílem projektu je **vytvoření základů efektivní sítě služeb** pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Síť služeb bude vytvářena na úrovni okresní a krajské, a budou do ní zapojeny sociální a zdravotní služby, zástupci školství, policie, zástupci obcí a další. Dalším cílem je **vytvoření dalších sociálních služeb v okrese Sokolov a Cheb.** Celý projekt doprovází systematická destigmatizační kampaň. Projekt opět realizuje Karlovarský kraj.

Více informací lze nalézt na www.rpkk.cz; nebo www.cmhcd.cz.

Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008

Psychiatrická společnost ČLS J.E.P.

1.0. Úvod

Psychiatrie je medicínský obor zahrnující psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a výzkumem duševních poruch. .Psychiatrie je úzce propojena s oborem klinické psychologie, společnou funkční specializací je psychoterapie. Cílem je poskytování kvalitní diferencované péče, dle potřeb jednotlivce i společnosti.

Psychiatrická péče je realizovaná prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě péče o duševně nemocné. Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která je průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb.

Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. Mimo jiné i proto, že z principu věci psychiatrie nevykazuje množství drahých instrumentálních výkonů a diagnostická i léčebná vysoce specializovaná a psychicky náročná práce v psychiatrii je podceněná. Toto zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové.

Koncepce oboru psychiatrie poskytuje podklad pro politická rozhodování, která by měla vést k nezbytnému zlepšení systému psychiatrické péče v České republice.

Revize je periodickou aktualizací „Koncepce oboru psychiatrie“ (KOP), která byla přijata na sjezdu Psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně v roce 2000 a Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002.

Cílem revize (R-KOP) je vyhodnocení stávající sítě psychiatrických služeb a stanovení potřeb jejich dalšího rozvoje. V komplexu psychiatrických služeb definovat služby zdravotnické a služby sociální.

Pro přípravu R-KOP jmenovala PS ČLS J.E.P. třináctičlennou pracovní skupinu ve složení: MUDr. Zdeněk Bašný – koordinátor pracovní skupiny, MUDr. František Čihák (dětská a dorostová psychiatrie), MUDr. Petr Jeřábek Ph.D. (adiktologie), MUDr. Erik Herman (ambulantní psychiatrie), MUDr. Martin Hollý (sexuologie, ochranné léčení), PhDr. Karel Koblic (psychologie), MUDr. Jiří Konrád (gerontopsychiatrie), MUDr. Petr Možný (lůžková péče), MUDr.Ondřej Pěč (komunitní péče), MUDr. Juraj Rektor (ambulantní péče), MUDr. Ivan Tůma, CSc. (lůžková péče), MUDr. Irena Zrzavecká (lůžková péče), MUDr. Vladislav Žižka (lůžková péče).

Před zahájením činnosti pracovní skupiny byly jejím koordinátorem osobně vyzvány všechny skupiny poskytovatelů psychiatrické péče ke spolupráci na R-KOP s tím, že pro jejich náměty a připomínky jsou k dispozici veřejně dostupné webové stránkách psychiatrické společnosti, aby byla kontrola nad tím, jaké podněty a návrhy byly pracovní skupině k dispozici, a s jakým výsledkem byly zapracovány do R-KOP.

R-KOP by měla být konsensuálním materiálem přijatelným pro všechny skupiny poskytovatelů psychiatrické péče, o který se mohou opírat při prosazování svých potřeb ve prospěch zkvalitnění péče o osoby trpící duševní poruchou.

2.0. R-KOP -výchozí stav psychiatrických služeb

Základními kameny diferencovaného přístupu k prevenci, terapii a rehabilitaci u duševních poruch je systém propojené péče ambulantní, lůžkové a komunitní.
V současnosti se v psychiatrických ambulancích odehrává většina psychiatrické péče, a to z hlediska kvantity (v psychiatrických ambulancích 2,66 vyšetření, u 458 000 nemocných šlo o první vyšetření, ÚZIS 2006), tak i z hlediska časového. Zatímco hospitalizace zachycují určitou krátkou, i když významnou, část onemocnění, kontakt i vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky. Významným faktorem pak je i obeznámenost ambulantního psychiatra s pacientovým sociálním vztahovým prostředím, možnost kontaktu s ním a intervence v něm.
Přestože jsou klady stávajícího systému nesporné, lze v něm najít i četné nedostatky, které se dotýkají péče v psychiatrických ambulancích:

- dominantním tématem je pro ambulantního psychiatra už od poloviny 90. let starost o existenci a financování. Petrifikovaný systém úhrad nutí psychiatra ošetřovat vysoký počet pacientů, na které mu zákonitě nezůstává dostatek času. Nemá dostatečný prostor pro komunikaci s pacientem, pro sociálně-psychiatrické intervence a pro psychoterapii. Stávající systém tedy stimuluje kvantitu péče a působí proti zvyšování jeho kvality.
- rizikem systému je vysoká skrytá nemocnost, která potencionálně zvýši tlak na kvantitu péče na úkor její kvality. Podobný trend může způsobit případná redukce lůžek a přesun péče do ambulancí bez jejich výrazného posílení a rozvinutí intermediární péče.
- ve většině regionů (mimo některá velká města) chybí dostatečná nabídka psychoterapie poskytovaná psychoterapeuticky kvalifikovanými psychiatry a klinickými psychology, je nedostatek sociálně-psychiatrických služeb. Podstata péče tak spočívá v psychofarmakologii, která je sice na kvalitní úrovni, zůstává však jednostranná – biologická, nikoliv bio-psycho-sociální, jak postulují standardy moderní psychiatrické péče.
- nejsou dostatečně rozvinuty specializované ambulance
- není dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu
- provázanost péče není dostatečná a to jak spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology apod.

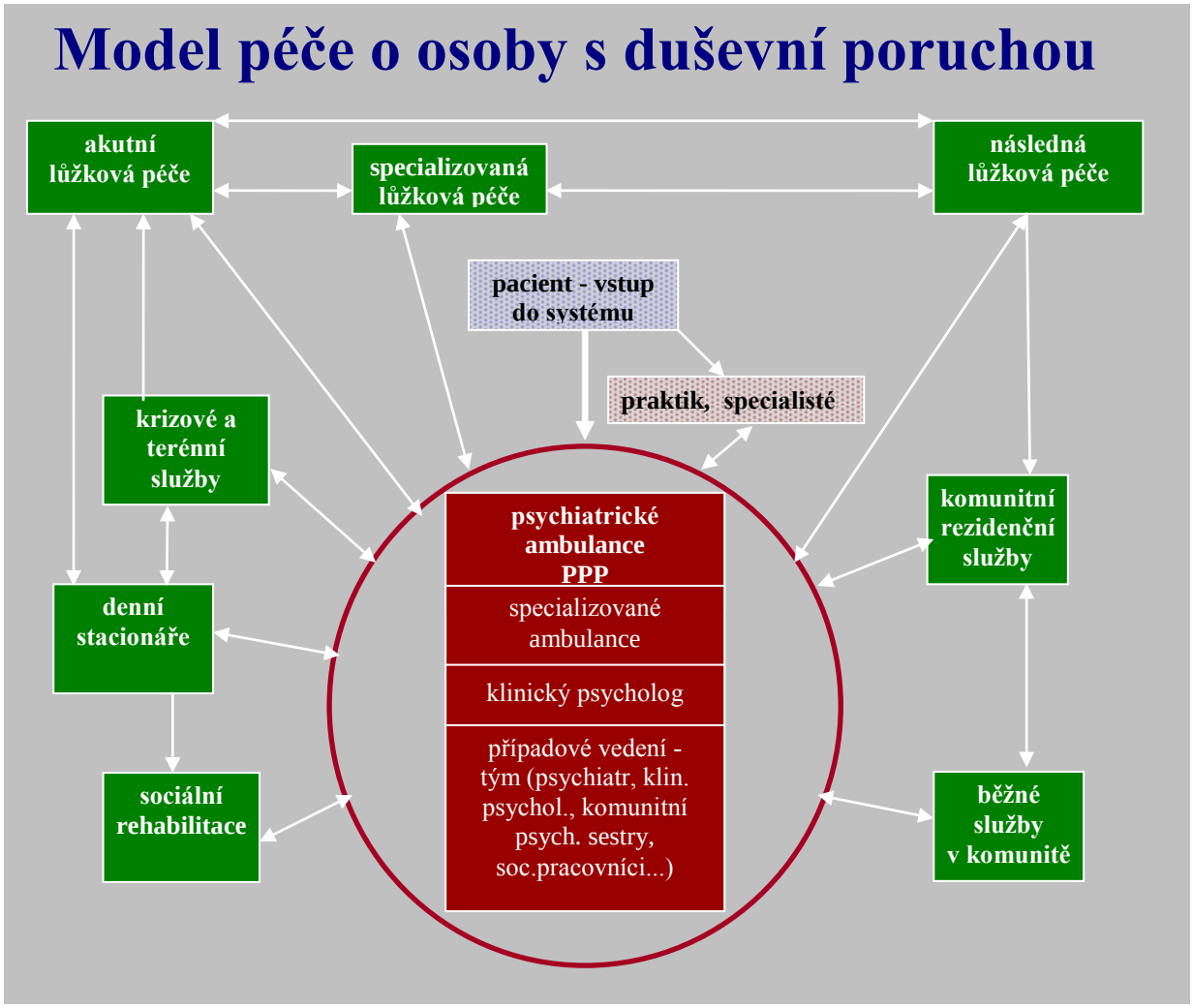
Psychiatrická lůžková zařízení zajišťují akutní i následnou psychiatrickou léčbu a rehabilitaci psychicky nemocných všech věkových kategorií. V roce 2006 bylo v ČR celkem 11 260 psychiatrických lůžek (ÚZIS) . Z tohoto počtu bylo 9 692 lůžek (86%) v psychiatrických léčebnách a l 567 lůžek (14%) v psychiatrických odděleních nemocnic. Počet psychiatrických lůžek se v posledních 5 letech stále snižuje – za rok 2007 bylo zrušeno 110 lůžek. Z důvodů nedostatečného financování nevznikají nová nemocniční psychiatrická oddělení a existence dosavadních je ohrožena
Psychiatrická lůžková zařízení jsou trojího typu – psychiatrické léčebny , psychiatrická oddělení nemocnic či samostatná zařízení. Dle svého typu a možností přijímají pacienty k dobrovolné léčbě, nedobrovolné léčbě i ústavní ochranné léčbě a mají po 24 hodin zajištěnou nepřetržitou psychiatrickou lékařskou službu. Hospitalizují též z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely.

V psychiatrických lůžkových zařízeních pracují psychiatři a další odborní lékaři, kliničtí psychologové, vyšší zdravotničtí pracovníci, střední, nižší a pomocní zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, terapeuti pro léčbu prací a další terapeuti (např. arteterapeuti, dramaterapeuti), a provozně techničtí pracovníci.
Rozložení lůžkové péče je v ČR velmi nerovnoměrné a regionálně se velmi liší, v českých krajích je situace výrazně horší oproti krajům moravským. V některých krajích se nachází jak léčebna, tak lůžkové psychiatrické oddělení v nemocnici, v jiných je pouze jeden lůžkový subjekt, přičemž tam kde není léčebna se nachází úplné minimum lůžek (např. kraj Karlovarský 45 a Liberecký 51). Dostupnost lůžkové péče navíc zhoršuje skutečnost, že zákonem byla zrušena spádovost zdravotnických zařízení a v praxi se dodržuje v různé formě pouze zvykově.
Do psychiatrických léčeben bylo v průběhu roku 2007 přijato 40.000 pacientů. Průměrná obložnost ve všech léčebnách dosahovala v roce 2007 93%. Akutní příjmy obsazují v léčebnách zhruba 30% lůžkové kapacity, ostatní lůžková kapacita připadá na péči následnou.
Problémem psychiatrických léčeben jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálně technické opotřebení v důsledku nedostatečného financování a nedostatku investičních zdrojů, a také nedostatečné personální vybavení vyplývající jednak z nedostatku finančních prostředků, ale také nedostatku kvalifikovaných zdravotníků na trhu práce.
Psychiatrická oddělení nemocnic disponují 14% z celkového počtu psychiatrických lůžek a poskytují akutní lůžkovou péči, která je vzhledem k nedostatečné kapacitě lůžek psychiatrických oddělení poskytovaná také v léčebnách. Lze tedy konstatovat, že z celkového počtu psychiatrických lůžek – 11 260, jich pro akutní péči v psychiatrických léčebnách a psychiatrických oddělení nemocnic slouží cca 4 797 , tj. přibližně 43 %, což odpovídá doporučenému poměru akutních a následných lůžek (40 : 60). Problém je pouze v tom, že psychiatrické léčebny provozují akutní péči, kterou nemají ve smluvním vztahu s pojišťovnami. Tím dochází kromě rozporů ve financování lůžkové péče také ke statistickému zkreslování skutečného počtu a potřeby akutních psychiatrických lůžek.
Velký rozdíl také panuje mezi jednotlivými (nasmlouvanými) poskytovateli akutní lůžkové péče. Jsou oddělení, která skutečně poskytují akutní lůžkovou péči, tedy jsou schopna nepřetržitě přijímat pacienty v akutním stavu z celého spektra psychiatrických diagnóz (jsou k tomu vybaveny jak personálně, tak věcně a technicky), ale existuje také řada oddělení, která mají nasmlouvánu akutní péči, ale vzhledem ke svému personálnímu a materiálně technickému vybavení tento typ péče nemohou reálně provozovat (např. oddělení otevřená s 1 sestrou na noc, bez ECT přístroje apod.) a jejich metoda léčby je převážně psychoterapeutická. Tyto nesrovnatelnosti mezi jednotlivými akutními lůžkovými odděleními jsou dalším faktorem, který vytváří rozpor ve financování akutní péče a zkresluje počet a potřebu akutních psychiatrických lůžek.

Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče. V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v České republice 22 denních stacionářů v resortu zdravotnictví. Zhruba polovina z nich je součástí lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však převážně vznikala do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají. Existují pouze 3 krizová centra v ČR s nepřetržitou dostupností psychiatra. Další krizové služby, které se snaží v některých místech pokrýt tento nedostatek, jsou omezeny časovou dostupností nebo nedostatečným vybavením odborného personálu a mají povahu spíše experimentálního pracoviště. Nízkoprahová kontaktní centra a terénní služby jsou nedostatečně rozvinuty.

V některých oblastech se podařilo rozvinout služby psychiatrické rehabilitace a rezidenční služby provozované neziskovými organizacemi. Podle evidence Asociace komunitních služeb v roce 2002 existovalo 35 těchto organizací. Přitom 2 organizace poskytovaly chráněné bydlení, 11 organizací bydlení na půl cesty a 7 organizací podporované bydlení. V oblasti pracovní rehabilitace existovalo 24 chráněných dílen, 5 organizací poskytujících přechodné zaměstnávání a 5 organizací podporované zaměstnávání, 33 organizací provozovalo centrum denních aktivit. Případovým vedením (case management) se zabývalo 9 organizací, některé formy krizové pomoci vyvíjely 3 organizace a 13 organizací poskytovalo poradenské služby. Z údajů z roku 2000 vyplývá, že 18 z těchto organizací mělo v péči 2668 pacientů. Geografické rozmístění jak denních stacionářů, tak i služeb psychiatrické rehabilitace, je nerovnoměrné. Nejvíce těchto služeb je rozšířeno ve velkých městech a v některých krajích. Největším nedostatek těchto služeb je například v Karlovarském , Plzeňském a Zlínském.

Organizace uživatelů péče či příbuzných pacientů postupně získávají na významu. V současnosti existuje 7 samostatných organizací duševně nemocných a dalších 12 svépomocných skupin při různých zařízeních. Příbuzní duševně nemocných jsou organizováni v 10- ti samostatných organizacích a 6- ti dalších svépomocných skupinách (dle evidence o.s.VIDA). Jednotlivé složky komunitní péče jsou však málo propojeny a jen velmi obtížně se daří poskytovat pacientům péči ucelenou a koordinovanou.



3.0. Psychiatrické ambulance v systému psychiatrické péče – primární psychiatrická péče.

Psychiatrická ambulance je základním článkem provázaného a kooperujícího systému psychiatrické péče. Podstatným prvkem v koncepci systému psychiatrické péče je zdůraznění postavení ambulantního psychiatra jako nositele **„primární psychiatrické péče“** (PPP). Psychiatrická ambulance je v převážné míře místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt bývá velmi často dlouhodobý, kontinuální a ambulantní psychiatr se stává koordinátorem pacientovy péče – jeho průvodcem v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně-sociálních služeb.

Charakteristika PPP

a) **přímý přístup** pacienta k psychiatrovi. Existuje i v současnosti a musí být zachován v zájmu zajištění dostupnosti péče. Duševní porucha či nemoc je stále velmi stigmatizující a omezení např. formou gate-keepingu by vedlo k podstatnému zhoršení dostupnosti s velkými zdravotními riziky pro nemocné. Psychiatrická péče proto musí být bezbariérová, nízkoprahová.
b) **kontinuální** dlouhodobá péče. Vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je většinou dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky. Ambulantní psychiatr bývá obeznámen s pacientovou osobní historií, vývojem jeho nemoci. Zná pacientovo vztahové prostředí a má možnost kontaktu s ním a intervence v něm.
c) **komplexní** péče. V souladu se standardy moderní psychiatrické péče je v ambulancích PPP poskytovaná komplexní péče, která zahrnuje diagnostické a terapeutické zaměření psychiatra na biologickou, psychologickou a sociální dimenzi pacientova zdraví a nemoci. Komplexní péči zajišťuje psychiatr ve spolupráci s dalšími odborníky a institucemi v rámci systému psychiatrických služeb i mimo něj.
d) **koordinovaná** péče. Ambulantní psychiatr je koordinátorem pacientovy odborné péče – jeho průvodcem v systému psychiatrických i následných zdravotně-sociálních služeb.
e) **komunitní** péče. Snahou psychiatrické primární péče je udržení a léčení pacienta v jeho přirozené komunitě, minimalizace jeho psychosociální alterace a izolace.
f) systém **kooperující** péče. Ambulantní psychiatr v zájmu pacienta kooperuje se všemi články systému psychiatrické péče. Ze stejného důvodu kooperuje s dalšími částmi systému zdravotnických služeb (praktickými lékaři, klinickými psychology a specialisty jiných medicínských oborů, nemocnicemi) i s relevantními institucemi jiných resortů, převážně v navazující péči sociální.

3.1. Specializovaná ambulantní péče

PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE PRO DĚTI A DOROST.
Provádí pedopsychiatrickou diagnostiku a komplexní léčbu duševních poruch u dětí a adolescentů biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními postupy. Pracuje s celými rodinami, se školskými institucemi a orgány sociální právní ochrany dětí, provádí dispenzární péči.

GERONTOPSYCHIATRICKÁ AMBULANCE
Provádí komplexní psychiatrickou diagnostiku, léčbu a rehabilitaci u osob s psychickými poruchami ve stáří. Zaměřuje se především na léčbu organických poruchy (sy demence) a dalších psychických poruch s charakteristickým průběhem ve stáří. Spolupracuje s ostatními psychiatrickými, zdravotnickými i sociálními institucemi činnými v oblasti péče o gerontopsychiatrické pacienty.

ORDINACE PRO PREVENCI A LÉČBU ZÁVISLOSTÍ.
Zaměřuje se na vyhledávání, podchycení, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci, prevenci a registraci osob se vznikající nebo vzniklou závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách.

SUBSTITUČNÍ CENTRA.
Jsou specializované instituce, které poskytují ambulantní udržovací substituční léčbu pacientům závislým na opioidních látkách. Dle potřeby metodicky zajišťují, koordinují a supervidují provádění substituční léčby ostatními poskytovateli v regionu.

AMBULANCE PSYCHIATRICKÉ SEXUOLOGIE.
Zabývá se diagnostikou, terapií, posuzováním a prevencí sexuálních poruch a ochranným ambulantním sexuologickým léčením.

PSYCHOTERAPEUTICKÉ AMBULANCE A CENTRA
Specializovaná zařízení, které se koncentrují na poskytování psychoterapeutické péče pacientům. Může jít i o běžnou psychiatrickou či klinicko-psychologickou ambulanci s převážně (nad 50%) psychoterapeutickým zaměřením. Poskytování psychoterapeutické péče je podmíněné specializovaným vzděláním.

JINÉ SPECIALIZOVANÉ AMBULANCE
V rámci psychiatrického ambulantního systému mohou působit i ambulance, které se specializují na léčbu určité diagnostické skupiny či úžeji vymezené poruchy (ambulance pro léčbu depresí, úzkostných poruch, spánkových poruch, poruchy paměti, poruch příjmu potravy atp.)

AMBULANCE V LŮŽKOVÝCH PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH
V lůžkových zařízeních jsou běžně zřizovány příjmové a doléčovací ambulance, které nemají extramurální charakter. Ambulance v lůžkových zařízeních mohou výjimečně fungovat jako ambulance PPP nebo specializované psychiatrické ambulance.

3.2. Další charakteristiky systému ambulantní psychiatrické péče.

a) ambulantní psychiatrické péče může být poskytována formou individuální lékařské praxe, v zařízení sdružené praxe, nebo v centrech psychiatrické či psychiatricko-psychologické péče, kde může být poskytována zároveň péče ambulantní i intermediární (např. DS).
b) v rámci ambulantních psychiatrických služeb zpravidla funguje týmový model péče koordinovaný většinou amb. psychiatrem, a to ve formě **multiprofesních týmů**, kde vedle psychiatra působí kliničtí psychologové, sociální pracovníci, SZP apod. Příkladem týmové práce je případové vedení (case management) nebo krizová intervence v terénu.
c) psychiatrická péče může být poskytována i **mimo ordinace** např. formou psychiatrické návštěvní služby nebo asertivní týmové práce v terénu
d) Součástí náplně primární psychiatrické péče je i zajišťování psychiatrické péče „**ve veřejném zájmu**“ Jejím úkolem je zvláště péče o osoby pro léčbu nedostatečně motivované, o osoby sociálně selhávající, o osoby v ochranné léčbě (psychiatrické,

sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické). Součástí této služby je dispenzární péče pro všechny uvedené skupiny. Veřejná psychiatrická péče může být prováděna i samostatně ve specializované ambulanci zřízené pro tento účel (např. ve velkých aglomeracích).

e) v rámci systému ambulantních psychiatrických služeb je rozvíjen systém **krizové psychiatrické pomoci** jak institucionální, tak terénní.
f) v rámci psychiatrické péče jsou mj. prováděny tyto úkony:

- konziliární činnost pro lůžková nemocniční a ústavní zařízení bez vlastní psychiatrické péče
- psychiatrická péče v zařízeních sociální péče
- ochranná léčení nařízená soudy
- dispenzarizace vyhláškou určených skupin pacientů s chronickým průběhem onemocnění.

3.3. Podmínky efektivity systému ambulantní psychiatrické péče.

K tomu, aby byl vybudován moderní provázaný kooperující systém musí být z hlediska ambulantní psychiatrie splněno několik podmínek:

1. změna kvantitativního modelu financování na kvalitativní.
Aby mohl psychiatr plnit všechny úkoly v rámci PPP, musí mít více času na komunikaci s pacientem (*komunikace je v psychiatrii významným diagnostickým i terapeutickým prostředkem*) i na koordinaci péče o něj. To znamená, že by měl psychiatr průměrně denně ošetřit podstatně méně pacientů (*cca 12-15*) a věnovat jim více času. Výsledkem by měla být hustá ambulantní síť s personálním obsazením 11-13 l.m. na 100 tis. obyvatel (*viz. přiložená tabulka*).

2. doplnění systému.
Systém musí být doplněn o chybějící služby: specializované psychiatrické ordinace, psychoterapeutické služby, krizové služby a rozvinutí komunitní péče. Nezbytné je i posílení sítě klinických psychologů.

3. zdravotní politika.
K podstatné změně systému nedojde bez politické zakázky a jasné zdravotní politiky pro psychiatrii. Iniciativa odborníků („zdola“) je důležitá, zdravotní politika státu („shora“) je pro transformaci psychiatrie nutností.

3.4. Minimální personální a věcné vybavení psychiatrické ambulance
Personální zabezpečení: lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie.
Technické a věcné vybavení: tonometr, fonendoskop, osobní váha.

3.5.Ambulantní péče o osoby s psych. poruchou – personální obsazení na 100 tis. obyvatel (*jedná se o síť ambulantních zařízení mimo ambulance v lůžkových zařízeních*).

	Počet l.m.
Ambulance primární psychiatrické péče	**9,0/*10,0*[1)]**
Gerontopsychiatrie[2)]	**0,50/*1,0* [1)]**
Amb. pro léčbu závislostí[2)]	**1,50/*2,0***
Dětská psychiatrická ambulance[2)]	**1,50/*2,0***
Ambulance poruch příjmu potravy[2)]	**0,25/*0,50***
Ambulance psychiatr. sexuologie[2)]	**0,75/*1,0***
Psychoterapeutická ordinace[3)]	**2.0/*3,0***
Ambulance klinických psychologů	**15/17[4)]**

[1)] Údaje kurzívou platí pro velkoměstské aglomerace.
[2)] Pokud v regionu není zařízení specializované psychiatr. péče, pak péči o tyto pacienty zajišťuje zařízení prim. psychiatr. péče (PPP). To by bylo zohledněno v navýšení úvazku PPP.
[3)] Jde o psychiatrická ordinace, kde se psychiatr věnuje v převážné míře (nad 50 %) psychoterapeutické péči.
[4)]Počty klinických psychologů jsou dány menší průchodností ambulance klinického psychologa, než v odbornosti psychiatrie. Detailnější údaje viz Koncepce oboru klinická psychologie.

4.0 Ambulance klinického psychologa

Ambulance klinického psychologa je součástí systému ambulantní péče o duševně nemocné. Klinický psycholog úzce spolupracuje s lékaři primární psychiatrické péče, se specializovanými ambulancemi, praktickými lékaři a ostatními specialisty. Provádí psychologickou diagnostiku, psychologické intervence a podle získané kvalifikace psychoterapeutické léčení osob s psychickými poruchami. Pacienti mají v případě akutních krizí a traumat zajištěn přímý přístup do ambulance klinického psychologa.

5.0 Role praktického lékaře v systému psychiatrické péče

Praktický lékař má významné místo v rozpoznávání - detekci duševních nemocí a poruch. Oproti jiným oborům plní funkci první linie jen zčásti. Má však velmi významnou roli v odkrývání skryté psychiatrické nemocnosti – v identifikaci depresivních, úzkostných a

psychosomatických poruch. Vzhledem ke svým časovým a odborným možnostem se může věnovat terapii některých lehkých poruch, pacienty se závažnější poruchou předává do primární psychiatrické péče se kterou úzce spolupracuje. *Podobně praktický lékař pro děti a dorost spolupracuje s specializovanou psychiatrickou ambulancí pro děti a dorost.* Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost také spolupracuje s ambulancí klinického psychologa.

6.0 Lůžková psychiatrická péče

Lůžková psychiatrická péče se dělí na **akutní a následnou.**

V současných podmínkách psychiatrické léčby v ČR je potřeba cca 100 lůžek na 100 000 obyvatel, z toho 30% by měla tvořit lůžka akutní, přičemž dostupnost akutní lůžkové péče by neměla přesáhnout 50km.

Lůžková psychiatrická péče je poskytovaná v **psychiatrických odděleních nemocnic** (akutní lůžka), **psychiatrických nemocnicích** (péče akutní, následná, specializovaná), **psychiatrických léčebnách** (péče následná) a **specializovaných lůžkových zařízeních** (léčba specializovaná na vybraný okruh diagnóz nebo typ terapie)

Všichni poskytovatelé lůžkové psychiatrické péče musí splňovat kritéria, daná pro typ lůžek, která chtějí provozovat.

6.1. Lůžka akutní psychiatrické péče

Definice:
Akutní lůžková psychiatrická péče je taková péče, která je poskytovaná bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které o tuto péči požádají, nebo psychiatrickou péči odmítají, ale v důsledku duševní poruchy ohrožují sebe nebo své okolí.

Psychiatrická akutní lůžková oddělení jsou určena k poskytování psychiatrické péče, kterou nelze poskytnout ambulantně, a při které je potřebný pobyt na lůžku ve zdravotnickém zařízení po dobu nejméně 24 hodin. Psychiatrická léčba je poskytována v nepřetržité provozní době. Z hlediska délky pobytu jsou určena pro krátkodobou až střednědobou hospitalizaci pacientů s akutní psychickou poruchou nebo s akutní dekompenzací poruchy chronické.

Psychiatrická akutní lůžková oddělení provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Poskytují konziliární službu pro ostatní oddělení nemocnice (v případě umístění ve všeobecné nemocnici.). Musí mít zajištěny nepřetržitě (laboratoř) a denní dostupnost konsiliárních služeb jiných oborů (neurolog, internista). U nemocných, kteří vyžadují dlouhodobou ústavní léčbu spolupracují se spádovými psychiatrickými léčebnami.

Minimální personální, věcné a technické vybavení (30 lůžek)

Věcné a technické vybavení:

- elektrokonvulzivní přístroj vč. anesteziologického vybavení s EKG přístrojem
- alkotest
- glukometr
- váha

- kurtovací pásy
- tonometr, fonendoskop, teploměr
- stavební dispozice musí odpovídat charakteru práce s pacienty v akutním stavu duševní poruchy

Personální vybavení:

L3 – 0,5
L2 - 1
L1 - 2
VNP (psycholog) – 0,5
JVP (jiný nezdrav VŠ) – 0,5
ÚPS – 0,3
ZPBD spec. 1,5
ZPBD, ZPOD 8
ZPOD bez mat. 8
Sociální pracovnice – 0,3
Rhb, ergo, arte - 1,5

Umístění a dostupnost:

Oddělení poskytující akutní lůžkovou péči mohou být součástí všeobecných nemocnic či psychiatrických nemocnic. Speciálním typem psychiatrických oddělení jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. Mají statut kliniky, která je součástí lékařské fakulty. Poskytují kromě zdravotnických služeb pregraduální výuku vysokoškolských studentů a postgraduální vědecké studium a zabývají se výzkumnou činností. Slouží také jako superkonziliární pracoviště a poskytují psychiatrickou péči ve zvláště složitých případech.
Psychiatrické akutní lůžkové oddělení by mělo sloužit pro oblast s minimálně 100.000 obyvateli, což odpovídá dostupnosti do cca 50 km. V tomto dosahu by mělo být oddělení, které je schopno nepřetržitě přijímat všechny pacienty s akutní duševní poruchou .

6.2. Lůžka následné psychiatrické péče

Jsou určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces, nastavena terapie a stav stabilizován do takové míry, že nevyžadují denní kontrolu lékařem a těžiště péče se přesouvá do oblasti ošetřovatelství. Přítomné projevy psychopatologie přitom neumožňují jejich propuštění do domácího ošetřování nebo zařízení sociální péče.

Minimální personální, věcné a technické vybavení (30 lůžek)

Věcné a technické vybavení
- glukometr
- alkotest
- váha
- tonometr, fonendoskop, teploměr

Personální vybavení

L3	0,3	
L2 + VNP	0,7	(VNP – vysokoškolsky vzdělaný nelékařský pracovník, který je nositelem výkonu podle zákona č. 48/1997 Sb., § 41, odst. 5, písm. d – tj. **klinický psycholog, klinický logoped a absolvent vysoké školy ve studijním oboru tělesná výchova a sport a rehabilitace)**
L1 + VNP	0,2	(VNP rozšířit o **stejné vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky,** jako je tomu u L 2 + VNP, ovšem **bez atestace**, jako jsou i lékaři bez atestace)
ÚPS	0,08	
VNP J4	0,2	(zařadit vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky – **jiné, než je uvedeno výše,** např. výtvarníky, pedagogy, vedoucí laboratoří apod., takové, kteří jsou pro práci s psych. pacientem nezbytní)
ZPBD spec	1	
ZPBD,ZPOD	7	
ZPOD bez mat.	5	
JOP	0,5	(vytvořit novou kategorii a zařadit jiné odborné pracovníky s maturitou nebo jen vyučené v jiných oborech než zdravotnických, např. košíkáře, malíře, ..., kteří by pracovali pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka. Tito pracovníci jsou pro výkon terapeutických aktivit nezbytní).

6.3 Lůžka specializované psychiatrické péče

Lůžková zařízení, která se specializují na vybraný druh diagnosy, případně určitý typ terapie.

6.4. Podmínky zkvalitnění a rozvoje lůžkové psychiatrické péče

Vytvoření ekonomických podmínek pro:

- investice do nových lůžkových kapacit v regionech, kde lůžková péče není dostupná a do stavebních úprav stávajících objektů vedoucích k snížení počtu lůžek na pokojích s odpovídajícím vybavením a hygienickým zázemím.
- optimalizaci počtu a strukturu personálu všech kategoriích tak, aby došlo k postupnému přibližování k standardům obvyklého personálního vybavení v zemích EU. V přímé péči o osoby s duševní poruchou uznání kategorie nezdravotnických pracovníků.
- diferencované pokrytí nákladů jednotlivých typů ošetřovacího dne.

7.0. Komunitní péče

Komunitní péče je soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče

jsou nejenom osoby s duševní poruchou, ale i další členové komunity, kteří jsou podporováni tak, aby mohli těmto lidem poskytovat dopomoc. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny typy péče, včetně péče lůžkové, určuje jim však pozměněnou roli.

Komunitní péče je od poloviny 20. století dominantním trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, sledující redukcí velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradou službami komunitními. Prostředkem těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které působí. Tyto týmy se specializují na diferencované služby změřené na péči poskytovanou co nejblíže přirozenému prostředí pacientů, nebo sloužící jako alternativa jejich hospitalizace. V novějším konceptu tzv. vyvážené péče (balanced care) jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, včetně alternativ akutní lůžkové péče jako jsou krizové služby a denní stacionáře. Patří sem také dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Je zdůrazňována mobilita služeb, jejich propojenost, péče ve vlastním prostředí pacientů, orientace na lidská práva a potřeby pacientů. V našich podmínkách do tohoto systému péče spadá kromě péče praktických lékařů zejména ambulantní psychiatrická a psychologická péče, akutní lůžková péče, denní stacionáře, krizové služby, rezidenční rehabilitační služby a další služby psychiatrické rehabilitace. Pro systém komunitní péče jsou důležité aktivity uživatelů péče a jejich rodinných příslušníků.

Přesun těžiště poskytování péče z velkých psychiatrických institucích do péče komunitního typu je trendem Evropského společenství a je vyjádřen v dokumentech, ke kterým se Česká republika připojila: Deklarace o duševním zdraví a Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005) a Zelená kniha Komise evropských společenství (2005).

7.1. Popis komunitních služeb a zařízení

Ambulantní psychiatrická péče a akutní lůžková péče jsou popsány na jiném místě. Další služby lze podle postavení v systému rozdělit na služby **intermediární** a **meziresortní**. Intermediární služby pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí (denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, komunitní psychiatrické sestry) a spadají do resortu zdravotnictví. Služby meziresortní jsou většinou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a formálně spadají do sociálních služeb. Charakter jejich činnosti je však zdravotně sociální.
Podle místních podmínek, potřeb a možností mohou vznikat kombinace různých lůžkových, intermediárních a ambulantních zařízení. Je důežité, aby mezi zařízeními ambulantními, intermediárními, lůžkovými a meziresortními existovala úzká spolupráce, nejlépe formou společného týmu. Cílem je, aby v každém geografickém regionu byla dostupná potřebná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a rehabilitačních služeb. Ty se spolu navzájem doplňují, koordinují činnost a vytvářejí funkční celek.

7.2. Instituce intermediární péče

KRIZOVÉ CENTRUM.

Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči í formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie, a také krátkodobého pobytu na lůžku. Jednotlivé činnosti jsou v závislosti na

povaze krizové situace a zdravotního stavu pacienta kombinovány v komplexní léčebný program, který je realizován týmem krizového centra (psychiatr, psycholog, zdravotní sestra).
Intervence krizových služeb je indikována jednak u neodkladných psychických krizí, které vyžadují akutní psychiatrickou nebo psychologickou intervenci. Cílem těchto intervencí je omezit potřebu hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení.
Krizové centrum pracuje nepřetržitě, 24hodin denně 7 dní v týdnu. Potřebná je nepřetržitá dostupnost psychiatra. Služby krizového centra zahrnují trvalou možnost telefonického kontaktu a osobního kontaktu. Jeho součástí může být malý počet lůžek, která slouží k několikadennímu pobytu. Nejde formálně o lůžka nemocniční.
Krizové centrum může být specializováno na děti a dorost.

MOBILNÍ KRIZOVÝ TÝM

Mobilní krizový tým může být kombinován s činnostmi krizového centra nebo zřízen jako samostatná služba. Odborný tým (psychiatr, klinický psycholog, psychiatrická sestra) poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace.

DENNÍ STACIONÁŘ (sanatorium).

Denní stacionář slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů. Funkcí denních stacionářů je buď alternativa nebo návaznost hospitalizace, také alternativa nebo rozšíření ambulantní léčby), případně dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné. Programy denního stacionáře se využívají i jako příprava na zařazení do programů psychiatrické rehabilitace.
Základním prvkem péče v denních stacionářích je psychoterapeutický program, který je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací dle povahy duševní poruchy. Program realizuje tým, který je sestaven z lékařů nebo klinických psychologů a zdravotních sester. Psychoterapeutický program může mít buď formu denní (trvá alespoň 6 hodin v jednom dni a je určen pro pacienty, kteří docházejí do denního stacionáře každý všední den) nebo frakcionovanou (jednou či vícekrát týdně a trvá alespoň 3 hodiny v jednom dni nebo 4 hodiny v jednom týdnu).
Denní stacionář může být součástí jiného zdravotnického zařízení: lůžkového zařízení, psychiatrické ambulance, nebo kombinován s krizovými službami, případně ambulancí klinického psychologa.
Denní stacionář může poskytovat specializované programy pro určité skupiny psychiatrických nemocných (psychózy, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, závislosti, děti a dorost, organické psychické poruchy, osoby s poruchami příjmu potravy).

KOMUNITNÍ PSYCHIATRICKÉ SESTRY

Komunitní psychiatrické sestry poskytují péči jak na specializovaném pracovišti, tak zejména v přirozeném prostředí pacientů. Poskytují případové vedení psychiatrickým pacientům, individuální rehabilitaci a krizovou intervenci. Součástí jejich péče je posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, zpracování rehabilitačního a krizového plánu a jejich pravidelné revize, týmové konzultace případu, podpora užívání perorální medikace, postupy na zvládání stresu nebo krize, trénink komunikačních dovedností, techniky zaměřené na

zvládání běžných situací, péče o somatický stav pacienta a psychoedukace pacienta i jeho blízkých. Komunitní psychiatrická sestra ve své roli případového vedoucího koordinuje další potřebné služby pro pacienta a tím zlepšuje spolupráci lůžkových, ambulantních, intermediárních a meziresortních služeb.
Komunitní psychiatrická sestra úzce spolupracuje s psychiatrem, její péče je psychiatrem pravidelně indikována a vyhodnocována. Služba komunitních psychiatrických sester může být zřízena buď jako samostatné zařízení nebo být součástí jiných zařízení ambulantní a intermediární péče.

7.3. Instituce mezirezortní

Meziresortní zařízení zahrnují širokou škálu služeb včetně psychiatrické rehabilitace, případového vedení, poradenství a vlastních aktivit duševně nemocných či jejich rodinných příslušníků. Jsou zřizovány v převážné míře nestátními neziskovými organizacemi.
Zaměření psychiatrické rehabilitace je pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory. Rehabilitace napomáhá člověku s psychiatrickým postižení v jeho procesu úzdravy (recovery). Úzdrava zahrnuje vývoj nového smyslu života a úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy duševní poruchy. Podle oblasti podpory lze specializované služby psychiatrické rehabilitace zhruba rozdělit na podporu v oblasti práce, zaměstnání, bydlení, volnočasových aktivit a sociálních kontaktů.

7.3.1. Zařízení pro podporu práce a zaměstnání

Cílem zařízení a programů pro podporu práce a zaměstnávání je obnovení, udržení a zlepšení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. Tím lze dosáhnout zlepšení výkonnosti, zvýšení sebedůvěry a zlepšení psychického stavu. Z hlediska pacienta je pracovní rehabilitace podporou k výběru, získání, udržení vhodného zaměstnání i jeho ukončení. Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám nemocných, kteří jsou na trhu práce znevýhodněni takovým způsobem, že vyžadují podporu. Jednotlivá zařízení se liší podle míry potřebné podpory:

REHABILITAČNÍ A CHRÁNĚNÁ DÍLNA

Je pracovištěm pro 5-15 osob s vhodným výrobním programem. Pracovní doba je zkrácena a prostředí vykonává jen nízký tlak na pracovní výkon. Je určena pro osoby, které mají ztíženou možnost, případně vůbec nemohou, uplatnit se na trhu práce. Poskytuje jim pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. Je vyžadováno přátelské ovzduší a pravidelná supervize.
Do této skupiny také patří tréninkové resocializační kavárny či obchody. Spojují pracovní rehabilitaci s kontaktem s běžnou populací, tréninkem komunikace a antistigmatizačním působením.

SOCIÁLNÍ FIRMY A SOCIÁLNÍ DRUŽSTVA

Sociální firmy jsou samostatné provozy či podniky, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou. Provoz je podporován státními institucemi, event. sponzory a je zapojen do běžného tržního prostředí, často v oblasti služeb. Setrvání nemocného na pracovním místě není časově omezeno.

PŘECHODNÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ

Rehabilitované osoby jsou zařazovány na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách mimo vlastní organizaci (nejčastěji pomocné administrativní práce, úklid apod.) na časově omezenou dobu (obvykle šesti měsíců), na zkrácený úvazek. Rehabilitace probíhá za individuální podpory sociálních pracovníků či sociálních terapeutů. Jedinec je za práci finančně odměňován (obvykle podle počtu odpracovaných hodin). Může absolvovat následně i více přechodných pracovních míst. Při výpadku či selhávání pacienta je nahrazen jiným nemocným nebo dočasně pracovním terapeutem, případně sociálním pracovníkem. Součástí podpůrného systému je vytváření klubů zájemců o pracovní zařazení a vyhledávání vhodných pracovních míst.

PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁNÍ

Podporované zaměstnání nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Probíhá jako placená práce v běžných pracovních podmínkách za kontinuální podpory pracovního konzultanta. Pracovní konzultant podporuje uživatele služby při výběru a hledání vhodného typu práce, při kontaktování zaměstnavatele a udržení se v pracovním místě. Míra podpory a doba jejího poskytování se odvíjí od potřeb jednotlivých uživatelů služeb.

PODPŮRNÉ EDUKATIVNÍ PROGRAMY PŘI PRACOVNÍ REHABILITACI (JOB CLUB)

Program job klubu učí jak a kde hledat zaměstnání, seznamuje s právy a povinnostmi v pozici uchazeče o zaměstnání a následně zaměstnance. Dává praktické rady, jak obstát v konkrétních situacích souvisejících s hledáním zaměstnání (životopis, inzerát, pohovor, první den v zaměstnání atd.).

7.3.2. Zařízení pro podporu v oblasti bydlení

Cílem rehabilitačních služeb pro podporu bydlení je umožnit duševně nemocným lidem i přes individuální omezení a překážky samostatně a nezávisle bydlet, udržet, získat nebo zlepšit dovednosti a sebedůvěru potřebné ke kvalitnímu životu v běžném prostředí, pomoci vytvořit stálý domov, umožnit separaci od primární rodiny, vytvářet alternativu dlouhodobým hospitalizacím v psychiatrických léčebnách a snižovat jejich počet, umožnit využívat veřejné služby určené běžné populaci.
Existuje celá škála intenzity sociální podpory počínaje zařízením s 24hodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou a občasným dohledem.
Zvláštní formou chráněného bydlení jsou terapeutické komunity pro osoby závislé na drogách a rehabilitační zařízení pro dlouhodobý pobyt chronicky duševně nemocných.

KOMUNITNÍ (SKUPINOVÉ) BYDLENÍ

Je zvláštní formou kolektivního bydlení s intenzivní podporou. Často jde o alternativu dlouhodobé institucionální péče. Služba probíhá ve zvláštních bytech nebo domech v blízkosti léčeben nebo v úplně běžné zástavbě. Podpora je zaměřená na každodenní život a je poskytována podle individuálních potřeb. Nezbytností je zajištění potřebné psychiatrické a ošetřovatelské péče.

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Bydlení se službami ve zvláštním bytě, který představuje (buď trvale nebo na přechodnou dobu) pro uživatele domov při trvalém nebo dočasném omezení schopnosti či možnosti využívat jiné, např. terénní nebo ambulantní služby, nebo i pomoc rodiny. Byt, kde je tato služba poskytována, je součástí běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu. Existuje celá škála intenzity sociální podpory počínaje kolektivním bydlením s 24hodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou a občasným dohledem. Poskytuje se bez časového omezení.

DOMY A BYTY NA PŮL CESTY

Jedná se o střednědobé bydlení určené lidem, kteří opouštějí ústavní zařízení nebo institucionální léčbu nebo rodinu a jejichž schopnosti v oblasti péče o domácnost, prosazování práv a nároků a v dalších důležitých sférách psychosociálních dovedností jsou snížené. Dům na půli cesty je speciální ubytovací zařízení, částečně režimové, nenahrazující domov. Život v něm se má co nejvíce přibližovat běžné normě, zároveň se uplatňuje hledisko samostatnosti, nácviku sociálních dovedností a sociálního učení. Poskytování služby je omezeno obvykle půl až dva roky a s individuální možností prodloužení

PODPOROVANÉ BYDLENÍ

Podporované bydlení je služba zaměřená na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení, poskytovaná ve vlastním bytě pacienta. Z forem residenční péče nejvíce umožňuje život mezi běžnou populací.

7.3.3. Zařízení pro podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů

CENTRA DENNÍCH AKTIVIT A CENTRA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Jde o zařízení docházkového typu s volným přístupem. Mohou být místem prvního kontaktu a vstupem do dalších služeb. Poskytují emoční podporu, možnost trávení volného času, navazování společenských vztahů, tréninku praktických, pracovních a sociálních dovedností. Poskytují příležitost získávat právní informace. Mohou organizovat osvětové, informační anebo rekreační programy.

Zvláštní formou jsou protidrogová kontaktní centra. Jsou určena pro osoby s se závislostí. Poskytují všestrannou pomoc včetně aktivit snižujících riziko komplikací užívání drog (harm reduction).

SVÉPOMOCNÉ AKTIVITY LIDÍ S DUŠEVNÍ PORUCHOU A JEJICH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Svépomocné organizace a hnutí se soustřeďují na obhajování a prosazování práv pacientů, poskytování informací (informační centra uživatelů), organizování klubových a rekreačních aktivit, popřípadě některých rehabilitačních služeb.

7.3.4. Další služby

PŘÍPADOVÉ VEDENÍ, ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA

Případové vedení (case management) je přístup, který má napomoci lepší koordinaci poskytování služeb ve fragmentovaném systému péče. Případový vedoucí jednak koordinuje péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle jeho individuálních potřeb, jednak poskytuje i přímou podporu pacientovi, zejména v jeho vlastním prostředí.
Asertivní komunitní léčbu (assertive community treatment - ACT) charakterizují tyto prvky: multiprofesní tým včetně psychiatra, péče o pacienta je sdílena celým týmem, přímé poskytování služeb členy týmu, vysoká četnost kontaktů s pacientem, méně pacientů na jeden tým, asertivní „vyhledávání“ pacienta v jeho prostředí a nepřetržitá služba. Asertivní komunitní léčba je zvláště indikována pro pacienty s vysokým rizikem hospitalizace, obtížně spolupracující s tradičními službami či recentní bezdomovce.
Případové vedení zřizují některé nestátní neziskové organizace jako samostatnou službu nebo tuto funkci mohou zastávat komunitní psychiatrické sestry. Důraz je třeba klást na koordinaci jak zdravotních, tak rehabilitačních a sociálních služeb.

PORADENSTVÍ

Poradenské služby jsou zřizována za účelem poskytování informací o službách, léčebných a rehabilitačních programech, dále informací týkající se sociální problematiky a sociálního zabezpečení a konečně jako poradenství právní.

8.0. Tabulky kapacit služeb

8.1. Intermediární služby

Zařízení	Kapacita
Kriz. centrum / mobil. kriz. tým	2 lůžka /100 000 obyv. *.
Denní stacionář	18 míst / 100 000 obyv.
Komunitní psychiatrická sestra	3 sestry / 100 000 obyv.

* Minimálně 1 zařízení v každém krajském městě, 3 zařízení v Praze, 2 v Brně, 2 v Ostravě

8.2. Meziresortní služby

Zařízení	Kapacita
Chráněné a rehabilitační dílny	10 míst/ 100 000 obyv.
Přechodné a podporované zaměstnání	25 míst/ 100 000 obyv.
Komunitní a chráněné bydlení	20 míst/ 100 000 obyv.
Domy a byty na půl cesty	10 míst/ 100 000 obyv.
Podporované bydlení	2 sociální pracovníci / 100 000 obyv.
Centrum denních aktivit	50 míst /100 000 obyv.
Případové vedení	1 sociální pracovník / 100 000 obyv.

9.0 GERONTOPSYCHIATRIE

9.1.Vymezení oboru

Obor gerontopsychiatrie se zabývá duševně nemocnými, kteří kromě zdravotních služeb potřebují ve zvýšené míře i služby zdravotně sociální a sociální. V této koncepci je definován především stav a potřeby medicínského oboru GERONTOPSYCHIATRIE.

Sociální a zdravotně sociální služby jsou stručně popsány odděleně pod čarou. Jejich podrobný popis není náplní této koncepce, byť jsou nedílnou součástí péče o duševně i jinak nemocné seniory.

Nemocemi stáří se zabývá obecněji obor vnitřního lékařství GERIATRIE. Koncepční záměry GERIATRIE a GERONTOPSYCHIATRIE jsou v mnoha oblastech společné.

Obor gerontopsychiatrie se zabývá především prevencí, diagnostikou, léčbou, doléčováním a výzkumem psychických poruch u osob starších 65 let (hranice senia dle WHO). Důvodem jsou specifické bio-psycho-sociální charakteristiky starší populace s odlišnostmi v klinickém obrazu, průběhu a léčbě duševních poruch, oproti nemocným ve středním a mladším věku. Mnohem častější je také somatická polymorbidita s obdobnými důsledky.

Zároveň se gerontopsychiatrie zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, doléčováním a výzkumem některých organických poruch (nap. demence s časným začátkem) u osob mladších než 65 let. **Věková hranice 65 let je orientační.**

9.2. Diagnostické okruhy a kompetence oboru gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie se zabývá především, ne však výhradně, organickými duševními poruchami. Nejčastějšími a nejvýznamnějšími organickými duševními poruchami jsou DEMENCE a DELIRIA. Gerontopsychiatrie se věnuje i DEPRESÍM ve stáří, ZÁVISLOSTEM na návykových látkách u seniorů (analgetika, hypnotika a jiné léky a alkohol), PARANOIDNÍM a HALUCINATORNÍM STAVŮM u seniorů a dalším psychickým poruchám seniorů především se vznikem ve vyšším věku. Duševní poruchy přecházející z nižšího věku (schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární porucha, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, mentální retardace a další) u osob, které překročily hranici 65 let věku, nejsou typickou doménou ambulantní a konziliární gerontopsychiatrie. Zabývají se jimi často všeobecní psychiatři, kteří tyto nemocné léčili i v mladším věku. Značnou část duševně nemocných ve věku nad 65 let budou i nadále léčit všeobecní psychiatři, praktičtí lékaři a další specialisté.

V oblasti lůžkové psychiatrie existuje tendence, aby byli na gerontopsychiatrických stanicích léčeni všichni psychiatričtí pacienti ve věku od 65 let výše. To není reálné ani opodstatněné. Oblasti všeobecné psychiatrie a gerontopsychiatrie se překrývají. Vzhledem k populačnímu vývoji zasahuje geriatrická problematika stále více do všech oborů medicíny a **gerontopsychiatr bude častěji v roli konziliáře.**

9.3. Charakteristika potřebných služeb zdravotních a zdravotně sociálních

Nejvhodnější, nejúčinnější, etické a ekonomicky výhodné je pečovat o seniory s duševními poruchami v jejich vlastním domově.

Základem podpory pečujících rodin by měly být **specializované gerontopsychiatrické ambulance** a **komunitní gerontopsychiatrické týmy** spolupracující s rodinou nemocného, s geriatry, internisty, dalšími konziliáři, se sociálními službami a s lůžkovými zdravotnickými zařízeními.

Potřebu gerontopsychiatrů v České republice lze odhadnout na minimálně 100 – 150 (ambulantní služba, konzultanti, konziliáři, vedoucí gerontopsychiatrických oddělení).

Při hospitalizaci má být preferována krátkodobá hospitalizace na specializovaných gerontopsychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, psychiatrických nemocnic a léčeben. Ve všeobecných nemocnicích taková oddělení v současné době prakticky neexistují a bude třeba je vybudovat v zařízeních s větší spádovou oblastí. U těžkých poruch, kdy

nemocný ohrožuje sám sebe nebo své okolí je často nutná hospitalizace na uzavřených gerontopsychiatrických odděleních psychiatrických nemocnic nebo léčeben.
Rodiny pečující o své příbuzné trpící syndromem demence nebo i jinými duševními poruchami ve stáří potřebují i podporu a nabídku sociálních a sociálně zdravotnických služeb ve směru edukace, sdílení problémů, respitní péče a intermediární péče (stacionáře, domovinky),. Nabídka těchto služeb se v poslední době zlepšila, ale bude nutné je do budoucna rozšířit.
O značnou část starých osob s duševními poruchami má pečovat **sektor sociálních a zdravotně sociálních služeb** v domovech pro seniory a domech s pečovatelskou službou.

9.4. Navrhovaná síť gerontopsychiatrických služeb.

Páteří gerontopsychiatrie by měly být specializované gerontopsychiatrické ambulance s minimálním personálním vybavením 0,5 gerontopsychiatra (s výhledem 1,0 do 10 let), 0,5 klinického psychologa s praxí v gerontopsychiatrii a 1,0 gerontopsychiatrické sestry na 100 000 obyvatel.
Gerontopsychiatrickou lůžkovou péči by měla zajišťovat gerontopsychiatrická lůžka a oddělení všeobecných nemocnic (t. č. prakticky neexistující) a gerontopsychiatrická oddělení psychiatrických nemocnic a léčeben. Na činnosti ostatních geriatrických zařízení se podílejí psychiatři jako konzultanti, případně jako spolupracovníci v týmu..
V současné době je gerontopsychiatrických lůžek (převážně v psychiatrických léčebnách) kolem 2000 (to je 20/100 000 obyvatel). Vzhledem k epidemii demencí redukce těchto lůžek není reálná. Bude nutný i přesun části dlouhodobě hospitalizovaných do sociálně zdravotnických zařízení**.** Část lůžek v psychiatrických nemocnicích a léčebnách bude dál sloužit jako lůžka „detenční“ pro těžce nemocné, neschopné pobytu v sociálních ústavech.

9.5. Navrhovaná síť zařízení gerontopsychiatrických zdravotnických služeb:

V návrhu sítě jsou odděleny služby zdravotnické od služeb sociálních přesto, že se v mnoha směrech prolínají.

- **praktický lékař** proškolený v problematice je prvním kontaktem s gerontopsychiatrickým nemocným, bude zajišťovat i udržovací léčbu stabilizovaných nemocných.
- **všeobecná psychiatrická ambulance**, která bude ještě dlouho suplovat nebo doplňovat specializované gerontopsychiatrické ambulance.
- **gerontopsychiatrická ambulance** jako součást komunitního týmu (personální vybavení – gerontopsychiatr, gerontopsychiatrická sestra, psycholog):
- **komunitní gerontopsychiatrický tým** je zaměřen na podporu pacienta a jeho rodiny v přirozených podmínkách. Pracuje i formou návštěvní služby a domácí péče. Spolupracuje s pracovníky primární péče, odborníky a se sociálními službami. Personální složení týmu: gerontopsychiatr, geriatr, klinický psycholog, geriatrická sestra, gerontopsychiatrická sestra, sociální pracovnice, rehabilitační sestra.
- **gerontopsychiatrická lůžka psychiatrických oddělení** – slouží pro léčení akutních psychických poruch, přičemž pobyt zpravidla netrvá déle než 8 týdnů. Ve větších zařízeních s větším spádovým územím mohou vznikat samostatná gerontopsychiatrická oddělení.
- **gerontopsychiatrická oddělení psychiatrických nemocnic a léčeben –** slouží k léčení akutních a střednědobých psychických poruch s maximální délkou pobytu 3 měsíce. Část lůžek slouží také k detenci těžce nemocných neschopných pobytu v sociálně

zdravotnických ústavech (demence s nezvládnutelnými poruchami chování či nasedajícími delirii, chronické psychotické poruchy atd). Další péče u stabilizovaných nemocných probíhá v ústavech resortu sociální péče v podobě gerontopsychiatrické konziliární péče.

- **ošetřovatelský ústav s gerontopsychiatrickou a geriatrickou péčí** – zařízení pro dlouhodobý pobyt geriatrických pacientů s demencí. Péče je zaměřena na udržení a posílení kognitivních funkcí a funkčních schopností, ošetřovatelskou péči a zabezpečení důstojného konce života. Zařízení má 50-80 lůžek. Může být součástí všeobecné nemocnice, psychiatrické léčebny nebo nemocnice i existovat samostatně. Personální vybavení: geriatr, vyšší zdravotničtí pracovníci, ošetřovatelský personál. Konziliář: gerontopsychiatr.

Základní sociální služby pro gerontopsychiatrické nemocné:

- **geriatrický (psychogeriatrický) stacionář** je zařízení pro denní a týdenní péči o seniory s psychiatrickou problematikou. Maximální kapacita 20 pacientů. Provoz 8-24 hodin denně. Personální vybavení: vyšší zdravotničtí pracovníci, zdravotní sestry, pomocní zdravotníci, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci. Konziliáři: praktický lékař, geriatr, gerontopsychiatr.
- **specializované domovy pro seniory** (ústavy sociální péče) trpící demencí či jinými duševními poruchami

9.6. Prostředky k dosažení optimálního stavu

1. Vládní program rozvoje geriatrického, gerontopsychiatrického a zdravotně sociálního zabezpečení seniorů. Program musí reagovat na stárnutí populace a a s tím spojený stoupající výskyt duševních onemocnění včetně epidemie demencí. Podstatné je jeho propojení s místními komunitními plány.

- zajištění kvalitní specializované gerontopsychiatrické péče: podpora vzniku specializovaných gerontopsychiatrických ambulancí a komunitních gerontopsychiatrických týmů s cílem co nejdelšího udržení seniora v domácí péči zabezpečené rodinou, popř. za pomoci sociálních služeb (pečovatelky, stacionáře)

- zabezpečení dostatečného počtu lůžek a míst pro specializovanou gerontopsychiatrickou péči: gerontopsychiatrická lůžka v rámci psychiatrických léčeben, psychiatrických i somatických odděleních nemocnic a léčeben dlouhodobě nemocných, vybudování specializovaných ošetřovatelských ústavů či zařízení s gerontopsychiatrickou a geriatrickou péčí, vybudování sítě denních a týdenních stacionářů a domovů pro seniory se specializovanou gerontopsychiatrickou péčí

- program duševní hygieny ve stáří: podpora programu pro prevenci vzniku duševních poruch ve stáří, programu trénování paměti a další rehabilitace kognitivních funkcí, spolupráce s neziskovými organizacemi zabývajícími se problematikou seniorů apod.

- podpora časného záchytu kognitivních poruch a dalších duševních poruch ve stáří v první linii – vzdělávací programy pro praktické lékaře a pro lékaře somatických oborů

2. Zavedení speciálních kódů pro testové vyšetřování kognitivních funkcí a kódu pro rehabilitaci kognitivních funkcí.

10.0. Návykové nemoci (lékařská a nelékařská adiktologie)[1]

10.1. Vymezení oboru a jeho další rozvoj

V předloženém materiálu se jedná o koncepční řešení specializačního oboru „návykové nemoci“ (dle Vyhlášky MZ ČR č.233/2008 Sb). Cílem koncepce je řešení některých zásadních problémů oboru a jeho další rozvoj Dle MKN-10 se jedná o diagnostické kategorie F1x.x, F55.x, F63.x a F99.

V celé šíři oboru včetně jeho praktické aplikace se vychází z bio-psycho-socio-existenciálního modelu závislosti. Takové pojetí naznačuje, že vývoj a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek, či s jinými, zdraví škodlivými návyky (např. s patologickým hráčstvím) jsou u konkrétního jedince podmíněny komplexním systémem vzájemně spolupůsobících a posilujících se rizikových faktorů na úrovních: konstituce jedince determinovaná především biologicky, jeho psychologické charakteristiky, mikro- a makrosociální pozice a vazby a hodnotová orientace.

Obor návykových nemocí se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, následnou péčí, minimalizací rizik a komplikací a výzkumem návykových nemocí a poruch. Vedle původního lékařského oboru “návykové nemoci“ (t.č. zakotveném v lékařské specializaci v oboru návykových nemocí), existuje nověji také nelékařský zdravotnický obor „Adiktologie“ (zakotvený v nové zdravotnické odbornosti „adiktolog“). Tento obor se rovněž zabývá zdravotní péčí, a to paralelně s lékařem, před ním, po něm nebo místo něho - v závislosti na ohnisku klinické intervence. V praktické aplikaci využívá adiktologie specifické léčebné, výchovné, sociální a preventivní postupy. Obor návykových nemocí je v současné době relativně vysokoprahový. Adiktologie má nižší práh dostupnosti a vyvíjí se na základě dosud existujících meziresortních adiktologických služeb (tj. služeb na zdravotně-sociálním pomezí, t.č. většinou registrovaných jako služby sociální), které často nemají dostatečné vazby na zdravotnický systém a jsou nedostatečně finančně zajištěné.

Obor návykových nemocí i adiktologie ve své teorii a praxi společně integrují mohutné empirické, kulturální a historické zdroje a vlivy a sledují společné cíle. V současné době se adaptují na nový makrosociální kontext návykových poruch (k jehož změně došlo v České republice během posledních 20 let) a na nový právní rámec zdravotnických povolání. Ze zavedení bio-psycho-socio-existenciálního modelu současně vyplývá nutnost mezioborového přístupu
Předložená koncepce popisuje systém péče o osoby s návykovými nemocemi a poruchami, se zvláštním důrazem na organizaci, síť a programy, které bezprostředně souvisejí se zdravotní (a tím i psychiatrickou) péčí.

10.2. Současná situace

Jak vyplývá z dostupných epidemiologických a statistických dat a expertních odhadů, je v České republice asi 300-400 tisíc osob trpících syndromem závislosti na alkoholu a asi 30-

[1] Vzhledem k nedostatečnému prodiskutování, m.j. v oblasti terminologie, si Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP vyhrazuje právo změn této části ve svých vlastních dokumentech.

40 tisíc závislých na nelegálních drogách. Do stávající léčebné sítě vstupuje jen menší část aktivní klientely (odhady nejčastěji kolísají mezi cca 10-20%) zatímco u problémových uživatelů nelegálních drog zachycují dosavadní předléčebné (tzv. nízkoprahové programy) cca 60% odhadnutého počtu uživatelů.

10.3. Rozsah potřebné péče

Vzhledem k údajům o počtu osob léčených pro některý z návykových/závislostních problémů lze konstatovat, že současná kapacita léčebných služeb je v minimální (nikoli optimální) podobě. Pro efektivní léčbu návykových poruch je nezbytná diferencovaná péče podle závažnosti, stupně či fáze rozvoje onemocnění, typu psychoaktivní látky, věku, přítomnosti somatických a psychických komplikací a dalších hledisek. V této souvislosti se hovoří o matchingu (uplatnění specifických léčebných postupů podle specifických potřeb pacienta).

10.4. Ambulantní péče

Ze spektra účinných postupů v současné době ambulance pro návykové nemoci poskytují převážně vysokoprahovou ambulantní léčbu. Programy harm reduction, terénní programy, a poradenství jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém.
Rozsah primární prevence a včasné intervence není dosud blíže specifikován, nevyjasněné jsou otázky případového managementu. Všechny tyto oblasti by měly být dále řešeny, přičemž bez odpovídajícího posílení materiální základny se dosažení optimálního stavu nejeví v současné době jako reálné.

10.4.1. Ambulance pro návykové nemoci („lékařské adiktologické ambulance“)

Ambulance pro návykové nemoci (v minulosti označované jako AT ambulance) by měla nadále zaujímat centrální úlohu v poskytování ambulantní péče. Počet ambulancí by měl být v optimální podobě 1,5/100.000 obyvatel. Protože dosavadních lékařů specializovaných v oboru návykové nemoci je tak málo, že by stěží byli schopni zajistit konzultační službu v rozsahu jednoho lékařského místa v jednom kraji, zajišťuje stávající ambulantní péči většinou ambulance psychiatrická, někde dokonce ambulance praktického lékaře. Potřebný rozsah ambulantní péče není takovým systémem dosud plněn, na což poukazují i výše uvedená závažná epidemiologická data.

10.4.2. Adiktologické ambulance („nelékařské adiktologické ambulance“)

Z výše uvedených důvodů se doporučuje koncepční řešení ambulantní a to jejím rozšířením o systémově zakotvené **nelékařské adiktologické ambulance**, které by plnily úkoly v rozsahu svých odborných kompetencí, a to především v oblasti snižování zdravotních a zdravotně-sociálních škod z užívání návykových látek („harm reduction“), adiktologického poradenství (včetně práce s motivací) a intermediární péče. Specificky lékařská složka péče (např. komplexní psychopatologická a somatická diagnostika, farmakoterapie, posudková problematika) by zde měla být dostatečně zajištěna smluvně začleněným lékařem – specialistou v oboru návykové nemoci, případně patřičně proškoleným psychiatrem. Takovým mechanizmem by měla být zajištěna plošně dostupná a garantovaná síť ambulantních služeb, poskytující i širší spektrum činností, jako např. depistáž osob ohrožených užíváním návykových látek, včasná intervence, adiktologické poradenství a intermediární služby. Personálně by měl nelékařskou adiktologickou péči zajistit nositel odbornosti „adiktolog“ (absolvent nelékařského studia lékařské fakulty) s minimálním gradem bakaláře. Počet nelékařských adiktologických ambulancí by měl být v optimální podobě 3/100.000 obyvatel.

10.4.3. Denní stacionář a doléčovací program

Denní stacionář a doléčovací program formálně náleží do ambulantního segmentu služeb. Vzhledem ke složitosti problematiky (z hlediska koncepčního, organizačního a alokace

zdrojů) je záležitosti věnován oddíl 10.6.

10.4.4. Substituční léčba, Centrum substituční léčby

Substituční léčba je standardním léčebným postupem (viz Standard substituční léčby, Věstník Ministerstva zdravotnictví , Ročník 2008, Částka 3, str. 10-26), určeným pacientům, kteří nejsou objektivně a/nebo subjektivně schopni podstoupit léčbu bez použití agonistů opiátových receptorů. Jedná se buď o časově limitovanou, nebo o časově předem neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. abstinence bez užívání substituční látky, na dobu, kdy ji bude pacient objektivně i subjektivně schopen podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav a podpořit jeho motivaci ke změně životního stylu. Nástrojem této léčby je poskytování substituční látky, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života. Poskytování substituční látky účinně doplňují psychosociální metody.

Cíle substituční léčby:

– udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu,
– ukončení rizikových způsobů aplikace návykových látek,
– snížení nebo ukončení užívání nezákonných návykových látek,
– snížení nebo ukončení rizikového chování při užívání návykových látek,
– omezení nebo ukončení kriminálního chování
– zlepšení sociálních vztahů, případně
– příprava pro zahájení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci (viz příloha 11.1.5) a abstinenci bez užívání substitučních látek.

Substituční léčba je poskytována pacientům v substitučních centrech (viz kapitola 3.1.), nebo prostřednictvím jiných ambulantních lékařů s atestací v oboru návykových nemocí, či psychiatrů, výjimečně i prostřednictvím lékařů jiných odborností. Diagnózu a indikaci k zařazení do substituční léčby však vždy stanovuje lékař s atestací v oboru léčby návykových nemocí nebo psychiatrie. Pokud je lékař atestován pouze v oboru psychiatrie, je nutné, aby byl současně držitelem osvědčení o úspěšném absolvování výcviku (kurzu) v substituční terapii.

10.5. Lůžková péče

V oblasti lůžkové (rezidenční) péče je v současné době uspokojivě zajištěna lůžková detoxifikace. Krátkodobá, střednědobá i dlouhodobá ústavní léčba je dobře propracovaná v léčení následných komplikací. V léčbě vlastního syndromu závislosti se kromě abstinence považuje za klíčový terapeutický úkol podpora adaptačního potenciálu jedince pro jeho návrat do přirozeného životního prostředí.

Základní částí segmentů lůžkové péče v léčbě závislostí jsou specializovaná zařízení (odborné léčebné ústavy), často nadregionálního charakteru. Tato jsou doplněna dalšími psychiatrickými zařízeními (psychiatrickými odděleními nemocnic, psychiatrickými léčebnami, psychiatrickými klinikami), která nejsou pro léčbu závislostí přímo specializovaná a jejichž spádovost bývá regionální.

V současných podmínkách ústavní léčby závislostí je v ČR potřeba cca 27 lůžek na 100.000 obyvatel. Z tohoto počtu by mělo být vyčleněno nejméně 2/3 kapacity, tj.18 lůžek na 100.000 obyvatel, pro účely komplexní, specializované, na abstinenci zaměřené rezidenční léčby závislostí.

10.5.1. Detox, detoxifikační stanice, detoxifikační oddělení

Specializovaná samostatná zařízení či specializované části zdravotnických zařízení (nemocnice, psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky) určené k léčení odvykacího stavu (abstinenčních příznaků) vyvolaného přerušením nebo podstatným snížením užívání návykové látky (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organizmu).

Personální zabezpečení lůžkové detoxifikační péče (na 30 lůžek) je shodné s návrhem na personální zabezpečení akutní lůžkové psychiatrické péče
(viz oddíl 6.1. R-KOP 2008).

10.5.2. Ústavní léčba (psychiatrická léčebna specializovaná na závislosti, specializované oddělení psychiatrické léčebny pro léčbu závislostí, specializované oddělení nemocnice pro léčbu závislostí)

Hlavním programem těchto specializovaných zdravotnických zařízení či částí zařízení je krátkodobá, střednědobá nebo dlouhodobá ústavní léčba závislostí, zaměřená na dosažení a udržení abstinence a na maximálně možnou resocializaci pacienta. Program ústavní léčby je komplexně strukturován, obsahuje odpovídající terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další. Oddělení pacientů jsou organizována jako terapeutické komunity, prostředí zařízení by mělo mít méně institucionální charakter a mělo by využívat prvky pozitivní distrakce. Může se jednat i o provoz vlastní terapeutické komunity v rámci zdravotnického systému (zařízení).

Se zřetelem k výše uvedeným léčebným cílům zavádí současná koncepce modalitu **specializované (specifické) lůžkové péče – léčby závislostí.** Na rozdíl od akutní lůžkové péče, a to zvláště intenzivní, se orientuje na prorůstové a rekonstrukční cíle (nikoliv jen na symptomatické klidnění stavu). Specializovaná lůžková péče může navazovat na akutní lůžkovou péči nebo se do ní vstupuje přímo (pokud to dovoluje zdravotní stav). V porovnání s následnou péčí se zabývá poruchami, jejichž stav není stabilizován.
Mimo jiné ji charakterizuje individualizovaný přístup a živá dynamika terapeutického procesu, které sledují základní priority:
1. Intenzivní a kontinuální specifickou terapeutickou péči s akcentem léčebně komunitní a psychoterapeutické složky.
2. Kontinuální práci s motivačním cyklem změny
3. Ovlivnění nebo rekonstrukci komplexního mechanizmu dříve vedoucího k automatické tvorbě a produkci symptomů.
4. Podporu autonomie jedince, což zahrnuje i rozvoj řady schopností, dovedností a odpovědnosti.
Takový léčebný cíl předpokládá existenci autonomního léčebného společenství (terapeutická komunita).¨
Nástroje k aplikaci specializované lůžkové péče vyžadují specifické materiálové, technické a personální zajištění, které se zcela nekryje s obdobnými požadavky na akutní nebo následnou péči. V tomto smyslu je nutno dopracovat a legislativně ukotvit odpovídající normativy.

Navrhované personální zabezpečení specializované (specifické) lůžkové péče (pro komplexní, na abstinenci zaměřenou léčbu závislostí na specializovaných lůžkových odděleních včetně terapeutické komunity; na 30 lůžek)
a)- L3 – 0,5 úvazku
b)- L2 nebo klinický psycholog – 1,0
c)- L1 (včetně ÚPS) – 1,0
d)- zdravotní sestra se specializací nebo adiktolog (viz též § 21a, odst.1, zák.č.189/2008 Sb.) nebo zdravotně sociální pracovník (viz též § 10, zák.č.96/2004 Sb.) – 3,0
e)- ZPBD nebo ZPOD – 7,00
f)- ZPOD bez maturity – 4,0

10.5.3. Terapeutická komunita

Specializované zařízení či samostatná část zdravotnického zařízení zaměřená na střednědobou a dlouhodobou rezidenční léčbu závislostí v obvyklém rozsahu 4 – 12, případně více měsíců (zde možná zvláště při léčbě duálních diagnóz). Principy jsou uvedeny v 10.5.2. (Poznámka: převážně odpovídá § 20, odst. h) zák. č. 379/2005 Sb.)

10.5.4. Všeobecná oddělení psychiatrických léčeben a psychiatrických nemocnic

Část klientely podstupuje léčbu ve všeobecných psychiatrických zařízeních či psychiatrických částech zdravotnických zařízení bez specializace na návykové nemoci. Tato část sítě je důležitá zejména v péči o komplikace návykových poruch, u nichž z různých důvodů není aktuálně indikovaná léčba zaměřená na udržení abstinence, a dále v léčbě pacientů s duálními diagnózami.

10.5.5. Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice

Poskytuje akutní mezioborovou péči osobám, ovlivněným alkoholem, či jinou drogou zjevně ohrožujícím sebe nebo okolí. Péče současně obsahuje represivní prvek (např. fyzické omezení, pacifikaci). Neposkytuje péči osobám s ohrožením vitálních funkcí.

10.6. Programy intermediární péče

Jedná se o stacionární (semimurální) strukturované programy denních či odpoledních stacionářů, které mají charakter: (1) intenzivních programů ambulantní léčby, nebo (2) doléčovacích programů. V druhém případě se komplex služeb doplňuje o služby meziresortní (se sociálním charakterem), zejména o chráněné bydlení nebo zaměstnání.
Jakkoliv se jedná o velmi potřebný a efektivní léčebný nástroj, obor návykových nemocí jej prakticky nemá k dispozici a je odkázán na spolupráci s meziresortními službami. Ani u nich však neexistují dostatečné garance dostupnosti a ekonomické, materiální a personální vybavenosti. Zásadní problémy v této oblasti jsou shodné pro celý okruh odborné péče o osoby s psychickými poruchami a vyžadují systémové řešení.
Cílový stav kapacit intermediárních služeb se zde doporučuje v analogické výši, jak je uvedeno výše v odstavci 8.1. R-KOP 2008 (tabulky kapacit služeb - intermediární služby).

10.7. Síť služeb v oboru návykových nemocí („adiktologické služby“)

Péče o pacienty s návykovými nemocemi probíhá v zařízeních ambulantních, lůžkových (residenčních) a intermediárních. Vzhledem k dynamice léčby závislosti a k potřebě dlouhodobé terapie bývá využití zmíněných segmentů péče postupné, pacient v různých etapách své terapie a rehabilitace využívá často návazně některý z typů služeb. Nelze proto péči v oboru návykových nemocí redukovat jen např. na ambulantní či lůžkovou či intermediární.
Jednotlivé typy služeb uplatňujících se v oboru návykových nemocí a v adiktologii by měly být specializované na potřeby pacientů/klientů. Obecným trendem je poskytování péče co nejblíže původní komunitě pacienta, nicméně v určitých fázích terapie může být odůvodněno poskytování péče transregionálně (např. ústavní léčba nebo léčba v terapeutické komunitě, zaměřené na abstinenci). Specifikem je úzká provázanost služeb zdravotních a sociálních. Klíčové a centrální místo při poskytování péče by měl zaujímat **případový pracovník** (case manager), který provází konzumenta péče její sítí. Takovou péči může poskytovat např. ambulance návykových nemocí a adiktologická ambulance.

11.0 Dětská a dorostová psychiatrie

11.1 Vymezení oboru a cílové populace

Dětská a dorostová psychiatrie (resp. pedopsychiatrie) je samostatný medicínský obor, vyžadující dlouhodobou systematickou a specifickou postgraduální průpravu, která se jen

z malé části kryje s průpravou pro obor psychiatrie dospělých, a není proto zastupitelný v plném rozsahu žádným jiným medicínským oborem.
Komplexní pedopsychiatrická péče se poskytuje dětem a adolescentům do 18 let.
Pedopsychiatr diagnostikuje a léčí biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními postupy všechny poruchy uvedené v sekci F00-99 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.
Dětská a dorostová psychiatrie je úzce propojena s oborem dětské klinické psychologie, s kterým má společnou funkční specializaci psychoterapii.

> Pedopsychiatrie má v současné době široké spektrum nových moderních diagnostických i léčebných metod, které umožňují včasným odborným zásahem nejen odstranit aktuální psychické problémy, ale dokonce zabránit nepříznivému vývoji osobnosti dítěte až do dospělosti, proto má obrovský celospolečensky významný potenciál.

11.2 Současný stav

Populace dětí ve věku 0-18 let tvoří 21 % obyvatel České republiky. Asi 13 % dětské a adolescentní populace trpí během vývoje nějakou duševní poruchou. Rostoucí výskyt duševních poruch v dětství a v adolescenci souvisí se zvyšujícím se tlakem škol a rodin na výkon dětí v průběhu celého školního roku, s krizí rodiny, s výrazným nárůstem sociálně patologických jevů včetně zneužívání psychoaktivních látek včetně alkoholu. Stoupá počet tělesně a psychicky týraných a sexuálně zneužívaných dětí, výskyt dětské pornografie a dětské prostituce. U traumatizovaných dětí se objevují akutní i chronické posttraumatické stresové poruchy, úzkostné a depresivní stavy, které se u dětí často projevují poruchami chování. Stoupá počet sebevražd adolescentů. Moderní prenatální medicína a neonatologie umožňuje zachránit podstatně vyšší počet nezralých novorozenců nebo dětí s vrozenými vadami a handicapy, u kterých se později mohou objevit různé poruchy psychického vývoje nebo mentální retardace. Trvale se zvyšuje výskyt poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů se závažným dopadem na tělesné zdraví a rizikem letálního zakončení. Pedagogové dokáží rozpoznat děti se specifickými vývojovými poruchami učení nebo s hyperkinetickými poruchami s poruchou pozornosti (ADHD) a doporučují jejich odborné pedopsychiatrické vyšetření a léčbu.Včasné stanovení psychiatrické diagnózy (včetně diferenciální diagnózy) a léčba psychických poruch u dětí patří do rukou pedopsychiatra.

Nově vznikla legislativní nutnost stanovení relevantní klinické diagnózy lékařem pedopsychiatrem pro potřeby zařazování do speciálních vzdělávacích programů, sociálních programů a pro žádosti o sociální dávky, které jsou vázány na klinickou diagnosu)
Nově je stanovena pro pedopsychiatrii dispenzární povinnost u duševních poruch dětského a dorostového věku (mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy, psychotické poruchy).

11. 21 Ambulantní pedopsychiatrická péče – současný stav

> V České republice je asi 110 psychiatrických ambulancí pro děti a dorost (DPA), ale smluvních lékařských míst v nich je dohromady jen 77 a územní pokrytí je velmi nerovnoměrné, v některých okresech DPA vůbec nejsou.

Kapacita ambulantní dětské a dorostové psychiatrie zůstává daleko za skutečnou potřebou psychiatrické péče v této věkové populaci, objednací doby na první vyšetření se v některých oblastech prodloužily až na 3 měsíce, přitom u řady psychických poruch může opoždění léčby vážně ohrozit zdravotní stav a psychický vývoj dítěte (akutní reakce na stres, poruchy příjmu potravy, deprese, agresivita, ADHD a další).

Pedopsychiatra někdy „zastupuje-nahrazuje“psychiatr pro dospělé jen na základě smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami, aniž má pro tuto praxi odbornou způsobilost, což je postup non lege artis.
Prakticky nedostupná je konziliární pedopsychiatrická služba pro dětská oddělení nemocnic, kde proto dochází často k non lege artis postupu, když konziliární vyšetření provádějí lékaři bez odborné způsobilosti v oboru dětská a dorostová psychiatrie.
Finanční limity na léky diktované zdravotní pojišťovnou omezují v ambulantních i lůžkových pedopsychiatrických zařízeních použití moderních psychofarmak, která jsou většinou bezpečnější a účinnější alternativou pro dětské pacienty, ve srovnání se staršími, levnějšími preparáty.
Přestože v koncepci pedopsychiatrické péče byl kladen důraz na vybudování intermediální péče (denní stacionáře, krizová centra, chráněné dílny), zatím nedošlo k jejich realizaci, jedinou výjimkou je denní stacionář pro adolescenty při PK VFN Praha 2.

11.22 Lůžková pedopsychiatrická péče – současný stav

Lůžkový fond dětské a dorostové psychiatrie představuje 653 lůžek, z nichž je pro akutní pedopsychiatrickou péči oficiálně určeno 137 lůžek na nemocničních a klinických pracovištích, pro následnou péči 516 lůžek v dětských psychiatrických léčebnách a na dětských odděleních psychiatrických léčeben.

Lůžková zařízení určená pro poskytování akutní i následné péče v dětské psychiatrii jsou rozložena nerovnoměrně podle geografické dostupnosti (viz schéma). V Čechách jsou to tři pracoviště (Praha, Plzeň, Liberec), na Moravě pouze dětské oddělení na Psychiatrické klinice v Brně. Žádné lůžkové zařízení akutní ani následné péče nemají kraje Karlovarský, Královéhradecký, Pardubický a Zlínský. V roce 1989 měla pedopsychiatrická lůžková síť 1100 lůžek. Mezi roky 1989 - 2007 ubylo celkem 447 lůžek na současných 653, což představuje pokles o 40%. Další nesystémové snižování počtu pedopsychiatrických lůžek odůvodněné pouze jejich ekonomickou ztrátovostí, by bylo již ohrožující pro kvalitu a dostupnost pedopsychiatrické péče. Počet pedopsychiatrických lůžek je v porovnání s evropskými státy přiměřený, nedostačuje ale počet lůžek pro děti a mladistvé závislé na psychoaktivních látkách, zejména pro následnou péči. Jediné dětské a dorostové detoxikační centrum vzniklo v r. 2003 v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Disponuje 14 lůžky pro pacienty ve věku do 18 let a poskytuje detoxifikaci, skupinovou psychoterapii a ambulantní léčbu.

Velká vzdálenost lůžkových zařízení od místa bydliště omezuje styk dětí s rodinami a lékařů s rodiči dětských pacientů.
Nedostatečné financování znemožňuje vybudování ošetřovacích jednotek s menším počtem pacientů a optimalizaci personálního vybavení a více diferencovanou péči.
Prakticky všechna pedopsychiatrická lůžková zařízení jsou nucena v období hlavních prázdnin omezit provoz, protože hospitalizace dětí je v tomto období požadována jen v mimořádně závažných a neodkladných případech – podobně jako na nepsychiatrických pediatrických odděleních.

11.3 Koncepce ambulantní psychiatrické péče o děti a adolescenty:

11.31 Psychiatrická ambulance pro děti a dorost

DPA poskytuje komplexní pedopsychiatrickou péči, která zahrnuje diagnostické a terapeutické metody, zaměřené na biologickou, psychologickou a sociální dimenzi onemocnění, zajišťuje a koordinuje další specializovanou péči, provádí dispenzarizaci , podílí se na veřejné péči a na prevenci.

Dětská a dorostová psychiatrická ambulance je většinou místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt je často dlouhodobý a kontinuální až do pacientovy dospělosti.
Praktický lékař pro děti a dorost spolupracuje s specializovanou psychiatrickou ambulancí pro děti a dorost.
Pro rozvoj a zlepšení dostupnosti ambulantní pedopsychiatrické péče je nezbytné zlepšení finančního ohodnocení práce pedopsychiatrů a zvýšení limitů nákladů na léky a pomocná vyšetření.
Certifikované pedopsychiatrické ambulance jsou součástí systému vzdělávacích pracovišť pro pedopsychiatry, psychiatry a pediatry v odborné přípravě.

Personální vybavení: 1 pedopsychiatr na 100.000 obyvatel (cca 21.000 dětí a adolescentů), výhledově 2 pedopsychiatři na 100.000 obyvatel.

11.32 Krizové centrum

Poskytuje první pomoc a péči dětem a adolescentům, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Disponují několika lůžky pro krátkodobý pobyt, s event. možností pobytu i rodičů. Jde o zařízení prvého kontaktu, které bývá spojeno s denním stacionářem, telefonní pomocí, event. s lůžkovým pedopsychiatrickým zařízením. Poskytuje služby nepřetržitě anebo část dne.

Počet míst: 4-6 na 1.000.000 obyvatel (výhled) - pouze ve velkých aglomeracích

11.33 Denní stacionář pro děti a adolescenty

Slouží pro denní pobyt pacientů. Úkolem je intenzivnější ambulantní léčení s cílem zamezit nebo omezit hospitalizaci nebo poskytnout péči po propuštění z hospitalizace. Důraz spočívá na psychoterapeutických, edukačních a rehabilitačních programech. Poskytuje též sociální a právní pomoc. Jde buď o zařízení samostatné, anebo spojené s dětským psychiatrickým oddělením nemocnice a léčebny nebo s krizovým centrem.

V pedopsychiatrii mají stacionáře kromě pomoci samotným dětským pacientům poskytovat i pomoc a edukaci rodičům, zákonným zástupcům pedopsychiatrických pacientů, kteří jsou v systému komplexní psychiatrické péče nezastupitelní jako tzv. *„laičtí terapeuti“.*

Personální zajištění

- Supervize a odborná garance pedopsychiatra.
- Psycholog k zajištění a zpracování individuálních programů, systemizované i nesystemizované psychoterapie individuální i rodinné.
- Speciální pedagogové pro oblast edukace dětí i rodičů.
- Psychoterapeuti s adekvátním vzděláním (certifikovaným výcvikem).

Prostorové a provozní náležitosti

Standardní potřeby jako u jiných psychiatrických stacionářů s ohledem na zajištění školních potřeb pacienta (stoly, židle k výuce, ke hře, k pracovní terapii, …) a prostory pro rodinné a rodičovské „tréninky“.

Počet míst: 7-14 na 1.000.000 obyvatel (výhled)- pouze ve velkých aglomeracích

11.34 Chráněné dílny

pro pacienty ve věku 15-18 let se speciálním výrobním programem, mají za úkol rozvíjet nebo udržovat pracovní schopnosti pacientů s duševními poruchami, kteří se nemohou účastnit vzdělávacího procesu.

- *pouze ve velkých aglomeracích*

11.4 Koncepce lůžkové psychiatrické péče o děti a adolescenty:

Dětská psychiatrická lůžková zařízení zajišťují akutní i následnou psychiatrickou léčbu a rehabilitaci dětí a mládeže do 18 let s psychickými poruchami. Dostatečné prostorové vybavení je jednou ze základních podmínek správné léčby dětských psychiatrických pacientů. Je prevencí stresu a konfliktů, které vznikají při nedostatečném životním prostoru a u dětí přímo navozují exacerbaci psychopatologických fenoménů. Příjemné prostředí s malou koncentrací dětí umožňuje často redukci dávek psychofarmak. Dětským pacientům je nutné umožnit přiměřeně rozvíjet volnočasové aktivity v hernách, společenských místnostech,

učebnách i tělocvičnách. Na oddělení by měla být vyhrazena i nerušená místnost pro rodinnou terapii.

Lůžková psychiatrická zařízení pro děti a dorost - nemocniční oddělení, dětská oddělení psychiatrických léčeben (nemocnic) a dětské psychiatrické léčebny (nemocnice) - se zřizují tak, aby bylo 6-8 lůžek na 100.000 obyvatel.

11.41 Dětské psychiatrické léčebny a dětská oddělení psychiatrických léčeben

Dětské psychiatrické léčebny (DPL), dětské psychiatrické nemocnice (DPN) a dětská oddělení psychiatrických léčeben či psychiatrických nemocnic (DOPL, DOPN) jsou specializovaná a vysoce specializovaná pracoviště poskytující lůžkovou akutní i následnou péči v oboru dětská a dorostová psychiatrie, vesměs jsou organizována jako terapeutické komunity se speciálním léčebným režimem, nejsou určena k léčbě závislostí na alkoholu a psychoaktivních látkách.

Přijímají pacienty na doporučení dětského psychiatra, psychiatra, dětského lékaře, výjimečně bez doporučení odborníka na přání rodiny. Pacienti jsou přijímáni z velké části plánovaně, ale v urgentních stavech akutní duševní poruchy mohou být přijati k hospitalizaci kdykoli, mají zajištěnou nepřetržitou lékařskou službu. Provádějí komplexní diagnostickou a diferenciálně diagnostickou činnost, zahajují farmako- i psychoterapii, intenzivně spolupracují s rodinami a dle potřeby a dalšími orgány participujícími na péči o děti. Mají dostupná základní laboratorní vyšetření (biochemická, hematologická, hormonální a mikrobiologická), radiodiagnostická vyšetření včetně CT, EEG vyšetření a MRI mozku. Speciální nepsychiatrická lékařská vyšetření a ošetření (pediatr, internista, chirurg, neurolog, endokrinolog, kardiolog, oftalmolog, ORL, alergolog a další) jsou zajišťována konziliárně ve smluvních zdravotnických pracovištích**.** Rehabilitačně-resocializační programy zahrnují ergoterapii, různé typy arteterapií, hipoterapii, canisterapii, muzikoterapii, fytoterapii, fyzioterapii, kineziologické programy a další. DPL i DOPL jsou významnou součástí vzdělávacího systému v oboru dětská a dorostová psychiatrie a psychiatrie pro středně zdravotnické pracovníky i pro lékaře.

V letních měsících organizují některá oddělení specificky zaměřené rehabilitační tábory.

Pedopsychiatrická oddělení psychiatrických léčeben si zajišťují prostorové podmínky pro možnost hospitalizace dítěte společně s matkou.

Výhledy: je nezbytné, aby dětským psychiatrickým léčebnám i dětským odděleními psychiatrických léčeben byla v souladu s jejich dlouhodobou praxí i formálně přiznána schopnost poskytovat akutní lůžkovou pedopsychiatrickou péči, aby tato péče byla odpovídajícím způsobem finančně zajištěna a aby se tato oddělení v budoucnu stala plnohodnotnou součástí plánovaných psychiatrických nemocnic či samostatnými dětskými psychiatrickými nemocnicemi.

11.42 Lůžka akutní psychiatrické péče pro děti a dorost

Jsou určena k poskytování zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně a která vyžaduje pobyt na lůžku ve zdravotnickém zařízení po dobu nejméně 24 hodin; zdravotní péče je poskytována v nepřetržité provozní době.

Dětská nemocniční lůžková psychiatrická oddělení / kliniky jsou součástí psychiatrického oddělení / kliniky nebo jako samostatná pracoviště. Provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Musejí mít zajištěnu nepřetržitou lékařskou službu, laboratorní a další pomocná vyšetření. Zajišťují po 24 hodin denně konziliární psychiatrické služby pro jiné medicínské obory. Mohou zřídit jednotku intenzivní

pedopsychiatrické péče. Slouží jako superkonziliární pracoviště. Poskytují kromě zdravotnických služeb pregraduální výuku vysokoškolských studentů a postgraduální vědecké studium a zabývají se výzkumnou činností. Kliniky působí jako edukační centrum pro ambulantní pedopsychiatry a další zdravotníky z lůžkových pedopsychiatrických zařízení v regionu.

V České republice je pouze jedna samostatná dětská psychiatrická klinika ve Fakultní nemocnici v Praze-Motole, která má 50 lůžek pro akutní péči. Pedopsychiatrická oddělení fakultních nemocnic mají statut kliniky, která je součástí lékařské fakulty.
Pedopsychiatrické oddělení pro akutní péči by mělo mít prostorové podmínky pro případnou hospitalizaci matky s dítětem.
Na klinickém pracovišti jsou dostupná laboratorní vyšetření pro diagnostiku a léčbu závažných neuropsychiatrických poruch zajištěná službami komplementu FN (biochemická, hematologická a hormonální laboratoř s možností vyšetření vrozených metabolických vad a sekundárních odchylek, mikrobiologické oddělení, radiodiagnostika , možnost zajištění CT a MRI mozku, EEG vyšetření, dostupná služba anesteziologa a možnost konziliárních, specializovaných vyšetření).

Dětské psychiatrické nemocniční oddělení spolupracuje s dětskými psychiatrickými ambulancemi a spádovými léčebnami, komunitními centry a sociálním oddělením nemocnice.

Vzdělávací proces dětí hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních je zajišťován v základní škole při těchto zdravotnických zařízeních s diferenciací na základní školu, školu praktickou a školu speciální. Školy jsou samostatné právní subjekty zřizované krajskými úřady.

11.43 Personální, věcné a technické vybavení

Věcné a technické vybavení:

- glukometr
- váha
- kurtovací pásy
- tonometr, fonendoskop, teploměr
- dostupné EKG
- možnost realizace elektrokonvulzivní terapie

stavební dispozice musí odpovídat charakteru práce s pacienty v akutním stavu duševní poruchy

Personální vybavení:

Akutní péče

L3 – 0,5
L2 - 1
L1 - 2
VNP (psycholog) – 0,5
JVP (jiný nezdrav VŠ) – 0,5
ÚPS – 0,3
ZPBD spec. 1,5
ZPBD, ZPOD 8

ZPOD bez mat. 8
Sociální pracovnice – 0,3
Rhb, ergo, arte - 1,5

Následná péče

L3	0,3	
L2 + VNP	0,7	(VNP – vysokoškolsky vzdělaný nelékařský pracovník, který je nositelem výkonu podle zákona č. 48/1997 Sb., § 41, odst. 5, písm. d – tj. **klinický psycholog, klinický logoped a absolvent vysoké školy ve studijním oboru tělesná výchova a sport a rehabilitace)**
L1 + VNP	0,2	(VNP rozšířit o **stejné vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky,** jako je tomu u L 2 + VNP, ovšem **bez atestace**, jako jsou i lékaři bez atestace)
ÚPS	0,08	
VNP J4	0,2	(zařadit vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky – **jiné, než je uvedeno výše,** např. výtvarníky, pedagogy, vedoucí laboratoří apod., takové, kteří jsou pro práci s psych. pacientem nezbytní)
ZPBD spec	1	
ZPBD,ZPOD	7	
ZPOD bez mat.	5	
JOP	0,5	(vytvořit novou kategorii a zařadit jiné odborné pracovníky s maturitou nebo jen vyučené v jiných oborech než zdravotnických, kteří by pracovali pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka. Tito pracovníci jsou pro výkon terapeutických aktivit nezbytní).

11.44 Podmínky zkvalitnění a rozvoje lůžkové pedopsychiatrické péče:

Snížit plánované využití lůžek v základu ošetřovacího dne na 80 – 85 % a počtu lůžek na stanici na 20 – 25 obdobně jako je tomu u jiných lůžkových zdravotnických zařízeních pro děti.
Transformovat DPL a i DOPL obdobně jako v psychiatrii pro dospělé na zařízení nemocničního typu a legalizovat využívání jejich lůžek pro akutní péči.
Koncepčně zapracovat do plánu využití lůžek kolísání poptávky po hospitalizacích v průběhu kalendářního roku v závislosti na průběhu školního roku.
Zvýšit úhrady za ošetřovací den tak, aby pokrývaly skutečnou potřebu jednotlivých oddělení a zařízení.

11.5 Perspektivní úkoly oboru dětská a dorostová psychiatrie

- přispívat k odstranění stigmatizovaného postavení psychiatrie (včetně pedosychiatrie) ve společnosti i mezi ostatními medicínskými obory a nadále integrovat dětskou a adolescentní psychiatrii do zdravotnictví

- usilovat o humanizaci a zlepšení materiálních (stavebních, hygienických, kulturních a personálních) podmínek v pedopsychiatrických lůžkových zařízeních, sledovat ekonomické ukazatele a jejich vývoj,

- usilovat o oficiální transformaci části pedopsychiatrických lůžek v léčebnách na lůžka akutní, změnit statut psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice.

- zlepšovat dostupnost moderní pedopsychiatrické ambulantní péče zvyšováním počtu kvalifikovaných pedopsychiatrů,

- rozvíjet tzv. intermediární péči (denní stacionáře, domácí péče, návštěvní služba, chráněné dílny, chráněné bydlení, kluby, svépomocné organizace),

- zřídit specializovaná centra pro vybrané pedopsychiatrické diagnózy (dětský autismus, poruchy příjmu potravy, ADHD),

- spolupracovat s odbornými pracovišti, podílejícími se na péči o děti s duševními poruchami,

- zlepšovat spolupráci mezi jednotlivými psychiatrickými zařízeními s cílem dosáhnout kontinuity péče,

- orientovat pedopsychiatrickou péči na prevenci závislostí u dětí a mladistvých a na včasnou detekci týraných a zneužívaných dětí (syndrom CAN),

- ve spolupráci s oborem adiktologie vybudovat síť speciálních zařízení pro léčbu závislostí v dětském a adolescentním věku s odborně školeným personálem a speciálním režimem, protože léčbu závislostí nelze praktikovat v režimu běžných pedopsychiatrických zařízení.

- participovat na výzkumu v biologické i psychosociální dimenzi oboru a na tvorbě klinických vodítek léčby v souladu s EBM, využívat interdisciplinární spolupráce při řešení projektů výzkumu a vývoje,

- posilovat napojení na mezinárodní aktivity mezinárodních odborných společností a zdravotnických organizací (WHO, EU, AACAP , ESCAP a AEP).

12.0. PROGRAM PÉČE O PACHATELE TRESTNÉ ČINNOSTI S DUŠEVNÍ PORUCHOU

12.1. Vymezení a charakteristika skupiny

Zdravotnická, resp. psychiatrická zařízení poskytují odbornou péči všem osobám, kterým byla soudním rozhodnutím určeno ochrann léčení. V souvislosti s trestnou činností a se zmenšenou nebo vymizelou trestní odpovědností určuje soud při společenské nebezpečnosti pachatele psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické anebo kombinované ochranné léčení. To může být ambulantní (OLA) anebo ústavní (OLÚ). Soud určí i zařízení, v němž bude ochranná léčba probíhat.
O ukončení anebo o přeměně ochranné léčby rozhoduje soud, většinou na návrh zdravotnického zařízení.
Ochranná léčba je financována z prostředků zdravotního pojištění.
Diagnosticky představují osoby s psychózami, závislostmi, organickými mozkovými poruchami, poruchami osobnosti a poruchami sexuální preference.
Nezřídka jde o osoby s bohatou kriminální anamnézou, nemotivované k léčení a značně společensky nebezpečné.

12.2. Současný stav

V současné době je v psychiatrických léčebnách 700-800 osob v ochranné léčbě a ve věznicích několik stovek čekatelů. Mimo to existují pořadníky na ochrannou léčbu protialkoholní a protitoxikomanickou.

Orgány vězeňské služby obvykle předávají kandidáty ochranného léčení do psychiatrické léčebny ihned po ukončení trestu odnětí svobody. Pro OLÚ protialkoholní a protitoxikomanickou existují pořadníky k přijetí.
OLÚ se provádí podle stanovené územní rajonizace. Nemocné k OLA přikazují soudy psychiatrickým ambulancím podle místa bydliště. Některé psychiatrické ambulance o pacienty v ochranné léčbě nejeví zájem. Sexuologická oddělení nejsou ve všech léčebnách a sexuologické ambulance existují pouze v krajských městech.
Protialkoholní, protitoxikomanická a sexuologická léčba se zahajuje ve specializovaných zařízeních ve věznicích již během výkonu trestu odnětí svobody.
Komunikace mezi vězeňskou zdravotnickou službou a zdravotníky je nedokonalá, zavádí se systém předávání důležitých informací.

Byl přijatý zákon výkonu zabezpečovací detence (129/2008), jsou zřizovány ústavy pro jeho výkon. Detenční ústavy spravuje Vězeňská služba ČR.

Velké problémy (dehumanizace, vykořisťování spolupacientů, nespolupráce, odmítání a sabotování léčby, útěky) působí v psychiatrických léčebnách osoby s poruchami osobnosti a se závislostmi, kteří značně zhoršují léčebné prostředí léčeben a působí negativně na ostatní pacienty.
Psychiatrické ambulance nejsou personálně /sociální sestry, laboranti/ ani přístrojově dostatečně vybaveny.
Znalecké posudky, podávané soudům znalci-psychiatry nejsou vždy dostatečně odborně zpracované a často navrhují ochranné léčení neindikovaně (zjevná neúspěšnost a odmítání léčby). Komise pro znaleckou činnost u Krajských soudů většinou nevyvinují žádoucí činnost ke zkvalitňování znalecké činnosti. Neexistuje systém postgraduální výchovy a kontroly kvality znalecké činnosti.
V České republice neexistuje soudně-psychiatrické oddělení, které by umožnilo ústavní pozorování nemocných stíhaných na svobodě k vypracování znaleckého posudku.

12.3. Charakteristika potřebné péče

Zvýšení kvalifikace soudních znalců v psychiatrii, adiktologii (AT problematice), sexuologii a klinické psychologii systémem doškolování prostřednictvím oddělení soudní psychiatrie katedry posudkového lékařství IPVZ, kontroly znalecké činnosti prostřednictvím komisí Krajských soudů pro znaleckou činnost.
Rozšiřovat výkon ochranného léčení již během výkonu trestu odnětí svobody. V souvislosti s tím doškolovat pracovníky vězeňské služby a podporovat spolupráci se zdravotnickými zařízeními.
Probační a mediační službu soudů zaměřit i na systematickou kontrolu výkonu ochranné léčby, zvláště ambulantní.

OLA provádět i v síti tzv. veřejné psychiatrické péče a v síti ordinací AT.

Usilovat o změnu legislativy v tom smyslu, aby bylo ochranné léčení nařizováno pachatelům trestné činnosti a nikoli zdravotnickým zařízením. Usilovat o možnost ukládat ochranné léčení sexuologické i u osob, které byly uznány příčetné. Změnit dosavadní systém a ukládat OLÚ na dobu určitou, a poté by soud znovu rozhodl o dalším výkonu ochranného léčení.
Dále prohlubovat předávání informací o nemocných mezi vězeňskou službou a zdravotnickými zařízeními.

12.4. Síť zařízení pro osoby v ochranném léčení

Určit v psychiatrických léčebnách počet lůžek, na která by byli přijímány osoby k výkonu ústavní protialkoholní a protitoxikomanické léčby.
Zřídit specializovaná soudně-psychiatrická oddělení pro psychiatrické znalecké vyšetřování osob stíhaných na svobodě.
Zřídit síť tzv. veřejné psychiatrické péče a síť ordinací AT, kde by se mj. soustřeďovaly osoby ve výkonu ambulantní ochranné léčby.
Zřídit síť sexuologických ambulancí, přičemž pro výkon ambulantních ochranných léčeb je potřeba 1 ambulance na cca 250.000 obyvatel.
Zřídit síť ordinací AT pro prevenci a léčbu závislostí, které by kromě komplexní péče o pacienty s problematikou abúzu návykových látek vykonávaly OLA a léčbu alternativní**.**