

# KONCEPCE OBORU PSYCHIATRIE

## 1. KLASIFIKACE A NÁPLŇ OBORU.

### 1.1. Číslo odbornosti

dle vyhlášky MZd č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami.

305 psychiatrie

306 dětská psychiatrie

308 návykové nemoci

309 sexuologie

901 klinická psychologie

902 rehabilitační vysokoškolský pracovník

911 zdravotní sestra

918 rehabilitační středoškolský pracovník

925 domácí zdravotní péče

a další profese: vysokoškolský sociální pracovník

středoškolský sociální pracovník

sociální pedagogové

### 1.2. Definice, předmět a cíl oboru, jeho konkrétní úkoly, metody.

Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševními poruchami v rozsahu dg. F0-99., jak jsou vymezeny podle kritérií současné Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10), platné v České republice od r. 1994 a rovněž výzkumem etiologie a terapie těchto duševních poruch a rehabilitace osob s těmito poruchami.

Obor psychiatrie vymezuje hranice oproti nechorobným stavům nespokojenosti, sociálního selhání, proti přirozeným reakcím na životní zátěže, extrémním názorům a

postojům politickým a filosofickým. Spolupracuje s dalšími obory při psychických následcích různých chronických somatických onemocnění, stařeckých poruchách a úpadku sil. V prevenci duševních poruch pak usiluje o dosažení a zlepšení duševního zdraví

Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby nemocný byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.

K těmto cílům využívá psychiatrie léčebné postupy biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační.

Pro dlouhodobé duševně nemocné je nezbytné doplnění zdravotní péče o péči sociální a rehabilitační. Zdravotní a sociální péče se u těchto nemocných vzájemně prolínají a doplňují.

Ze společenského hlediska je nezbytné věnovat pozornost podpoře duševního zdraví. V psychiatrii neexistují zatím prokazatelně účinné metody primární prevence. Tím více je třeba usilovat o omezení následků již vzniklých duševních poruch (sekundární a terciární prevence).

Diagnostické, léčebné a rehabilitační postupy musí respektovat a chránit důstojnost pacienta a práva duševně nemocných. Prostředky omezující osobní svobodu nemocných mohou být použity až v krajním případě po vyčerpání všech jiných možností. Rozhodování o léčení, o přijetí a propuštění z lůžkových zařízení mají být činěna po informování pacienta a v souladu s platnými zákonnými a etickými normami.

Ve výjimečných případech, zákonem stanovených, přebírají zodpovědnost za omezení osobní svobody a za akutní léčení zdravotníci, resp. psychiatři. Ovšem při nedobrovolném přijetí zahajují zadržovací řízení oznámením soudu. V těchto případech jsou jejich postupy a jednání kontrolovány soudem.

Problémy psychiatrie (diagnostika, léčení, posuzování) často úzce souvisí s celospolečenskými problémy doby (závislosti, sebevražednost, extrémní názory, stigmatizace, trestná činnost), které přesahují kompetence i možnosti psychiatrie a zdravotnictví vůbec. Za ty musí nést odpovědnost a určovat řešení celospolečenské orgány za konzultativní pomoci psychiatrie.

### 1.3 Vymezení činnosti oboru a nároků kladených na obor

### 1.3.1 Popis klientely, nejčastější diagnostické okruhy.

Zájmem oboru jsou osoby trpící některou z duševních poruch, jak jsou popsány v MKN-10 (F0-F99) u všech věkových kategorií. Obor spolupracuje s ostatními klinickými obory medicíny, kde se psychické vlivy podílejí na vzniku a na udržování somatických chorob anebo kde somatické choroby psychické poruchy vyvolávají.

V oboru psychiatrie existuje ve větší míře než ve všeobecné medicíně značný podíl tzv. "skryté nemoci". Ty buď nejsou správně rozpoznávány a léčeny, anebo nejsou přiměřeně léčeny jak ve zdravotnických zařízeních, tak i mimo ně (např. larvované deprese, psychosomatická onemocnění, alternativní medicína a pod.)

Duševní poruchy často probíhají dlouhodobě a mívají periodický průběh. Mnohé z nich zkracují život (např. schizofrenie, deprese, závislosti). Protože neznáme doposud u většiny psychických poruch ani etiologii, ani patogenézu, je jejich léčení někdy obtížné a dlouhodobé. Všechny ale výrazně zhoršují kvalitu života jedince a kvalitu vztahů rodinných partnerských, pracovních i sociálních a omezují životní spokojenost. To vše má vliv na mnohé oblasti života postiženého i jeho okolí.

Největší část psychiatrické péče je věnována zejména v ambulantních a v intermediárních zařízeních pacientům s funkčními neurotickými poruchami, s poruchami adaptace a s poruchami reaktivními (tzv. "malá psychiatrie").

Současný vývoj klade před psychiatrii zvláště tyto problémy a nároky:

- stárnutí populace zvyšuje počet duševních poruch ve stáří, zvláště demence,
- zdraví populace je více a více ohroženo nadměrnou konzumací alkoholu a dalších návykových látek,
- oblast tradiční klasické psychiatrie (tzv. "velká psychiatrie", zabývající se psychózami) oproti ostatním oborům medicíny zanedbaná v péči o dlouhodobé a chronické pacienty,
- péče v oblasti neurotických a psychosomatických poruch se rozšířila a z části přenesla do primární zdravotnické péče. Zde hrozí určitá medicinizace, resp. psychiatrizace životních problémů a zdravotních obtíží a to zvláště při trvalém nárůstu životních zátěží,
- spolupráce s řadě oblastí - gerontologická péče, léčení závislostí, péče o oligofreniky - se sférou sociální není dostatečně koordinována,

- psychiatrie spolupracuje na celé řadě závažných celospolečenských problémů, jako je sebevražednost, návykové choroby, péče o osoby psychicky defektní, nezaměstnanost, násilné jednání duševně nemocných, výchova k psychické odolnosti, prevence psychických poruch aj.(1).

-----  
Pozn. pod čarou:

(1) Blíže viz: Škoda,C. a kol.: Duševní zdraví obyvatel ČR včera, dnes a zítra. Psychiatrické centrum Praha, 1996. 100 s.

-----

### 1.3.2. Rozsah působnosti, mezioborové výkony, výhradní oborová kompetence.

Psychiatrickou péči je možno rozšiřovat až za mez ekonomických možností státu. Ovšem především je třeba nalézt optimální řešení zvláště v těch oblastech, které:

(a) hrubě ohrožují a narušují život, zdraví, lidskou důstojnost a spokojenost nejen samotných nemocných, ale i jejich rodin. Sem patří např. chronické psychózy, mentálně retardované osoby s psychickými problémy, staří a dementní lidé, invalidizující neurotické poruchy a poruchy osobnosti.

(b) přerůstají v závažný celospolečenský problém, např. závislosti, gerontopsychiatričtí nemocní.

Psychiatrie spolupracuje se zdravotnickými zařízeními mimo svoji oblast, např. ordinacemi primární péče, ordinacemi specialistů, klinických psychologů, zařízeními psychoterapeutickými, psychosomatickými, s centry pro léčbu bolesti, agenturami domácí péče, sdruženími pro chráněné bydlení a chráněné zaměstnávání. Dále využívá manželských a předmanželských poraden, pedagogicko-psychologických poraden a nejrůznějších sociálních služeb.

Psychiatrie a kliničtí psychologové poskytují též odborné konziliární, poradenské případně psychoterapeutické služby a to jednak na nepsychiatrických odděleních, jednak mimo resort zdravotnictví a to zvláště u pacientů:

- s tělesným onemocněním a souběžnou duševní poruchou,

- u nichž psychologické vlivy působí na vznik a průběh somatického onemocnění (např. kardiochirurgické výkony, transplantace),

- s psychosomatickými poruchami a funkčními neurotickými poruchami, kteří vyžadují psychiatrický nebo psychoterapeutický zásah,

- u nichž je potřeba sestavit rehabilitační plán tak, aby byly postíženy psychické vlivy na somatické onemocnění.

### 1.3.3 Standardy diagnostických a terapeutických postupů

Doporučené diagnostické a léčebné postupy u jednotlivých psychických poruch podle MKN-10 byly zpracovány skupinami odborníků a veřejně oponentovány na sjezdu České psychiatrické společnosti České lékařské společnosti J.E.Purkyně v červnu 1998. Byly publikovány (Doporučené postupy psychiatrické péče. Psychiatrie. Galén, Praha, 1999, 80 s.) a jsou průběžně doplňovány.

## 1.4 Použití základních právních norem vztahujících se k oboru.

### 1.4.1 Výčet základních zdravotnických norem

Vedle obecně platných právních předpisů českých i mezinárodních jde o: Kodex práv psychiatrických pacientů, schválený Psychiatrickou společností ČLS JEP v r. 1963 (3).

-----  
Pozn. pod čarou: (3) Česká a slovenská psychiatrie, 91, Supplementum 1, 53-56, květen 1995 a doplněk Česká a slovenská psychiatrie 92, 3, 193, 1996.

### 1.4.2 Výčet mimorezortních norem

Občanský zákoník, Občanský soudní řád, Trestní zákon, Trestní řád.

Zákon č. 37/1989Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi.

## 1.5. Povinná hlášení a zpracování statistických dat

Povinná hlášení se v oblasti psychických poruch nepožadují.

Povinná jsou hlášení dokonaných sebevražd a to všemi zdravotnickými pracovníky a dále pravidelné (půl)roční výkazy o činnosti psychiatrických,

psychologických, sexuologických a AT zdravotnických zařízení (lůžkových i ambulantních). U lůžkových zařízení pak sčítací psychiatrické listky.

#### 1.6. Registry vedené a navrhované

Registry osob s duševní poruchou nejsou vedeny a nejsou považovány za vhodné.

Potřebný je registr osob, jimž bylo určeno anebo je vykonáváno ambulantní a ústavní ochranné léčení. Dále vhodný registr osob s návykovými nemocemi, které prodělávají substituční léčbu, např. metadonem.

#### 1.7 Dispenzarizace

Dispenzarizace v psychiatrii je nezbytná k systematickému a řádnému léčení a k prevenci dalších projevů psychické poruchy. Zvláště potřebná je u chronického průběhu duševních poruch a u osob, u nichž se vyskytuje nedostatečný náhled na vlastní onemocnění (psychózy) a nedostatečný zájem o léčení (závislosti).

Pro dispenzarizaci jsou vhodné následující diagnostické skupiny: psychózy s recidivujícím nebo vleklým průběhem, psychické poruchy u dětí a adolescentů, osoby, které provedly sebevražedný pokus v souvislosti s duševní poruchou, osoby se závislostí ve stadiu léčbou ovlivnitelném.

## 2. NAVRHOVANÁ STRUKTURA OBORU.

### 2.1 Síť

V roce 2000 bylo v ČR 21 psychiatrických léčeben s 10 075 lůžky. Výhradně pro děti a dorost byla určena zařízení se 358 lůžky. Ve zbývajících 17 zařízeních pro dospělé (9717 lůžek) bylo pro děti a dorost vyčleněno ještě 238 lůžek. Z úhrnného počtu lůžek bylo 1 700 určeno gerontopsychiatrickým pacientům, 1317 pro léčbu alkoholiků a toxikomanů a 140 pro léčbu sexuologickou.

Počet lůžek v psychiatrických lůžkových zařízeních resortu zdravotnictví činil v r. 1999 celkem 11 399. Počet lůžek připadajících na jedno lékařské místo se stále snižuje a v současné době činí 19,5 lůžka. Průměrná ošetrovací doba činí 24,2 dne v psychiatrických odděleních nemocnic a 79,7 dne v psychiatrických léčebnách. V roce 1999 bylo hospitalizováno 562,4 případů na 100 000 obyvatel. Nejčastější hospitalizační diagnózou jsou tradičně schizofrenie; v r. 1999 bylo umístěno v psychiatrických lůžkových zařízeních na 11 622 pacientů s dg. Schizofrenie (F20 – F29).

Znepokojující je nárůst hospitalizovaných závislých na drogách – 4743 pacienti v r. 1999.

Ambulantní péči v oboru psychiatrie zabezpečovalo 564,14 psychiatrů, 17,54 sexuologů, 99,85 psychologů a 2,64 ostatních lékařů. Středních zdravotnických pracovníků bylo 391,24 (přepočtený počet). Bylo provedeno celkem 2 057 952 ambulantních psychiatrických ošetření – vyšetření. Celkový počet prvních ošetření byl 361 931. V rámci ochranné léčby bylo provedeno 28 822 ošetření-vyšetření, z nichž 3207 bylo prvních. Nově zjištěná onemocnění tvořila průměrně 28,1% u sledovaných diagnóz. Komunitní služby poskytuje celkem dvacet organizací se statutem nestátních neziskových zařízení, jež jsou rozmístěny vyjma západních a jižních Čech vcelku rovnoměrně po celé ČR. Některá z nich poskytují všechny či většinu služeb komunitní péče, některá jen některou v rámci svých možností. Statistické sledování této péče se teprve připravuje.

#### 2.1.1. Navrhovaná síť péče v oboru

Psychiatrická zařízení jsou zřizována buď jako součást vyššího zdravotnického zařízení, nebo jako samostatná pracoviště. Mohou též vznikat kombinace různých nemocničních, intermediárních a ambulantních zařízení podle místních podmínek, potřeb a možností.

Cílem je, aby v každém geografickém regionu byla dostupná potřebná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb. Ty se spolu navzájem doplňují, koordinují činnost a vytvářejí funkční celek.

Z dlouholetých zkušeností vyplývá vyšší potřeba psychiatrických a sociálních služeb ve velkoměstských aglomeracích (vyšší výskyt závislostí a koncentrace osob s chronickými duševními poruchami).

##### 2.1.1.1 Technické a prostorové vybavení

Řídí se pravidly pro zdravotnická zařízení. Veškerá zařízení akutní psychiatrické péče musí mít bezprostředně dostupnou konziliární službu a laboratorní komplement. Psychiatrické pohotovostní služby musí být ve větších aglomeracích.

Síť psychiatrických zařízení tvoří:

- ambulantní péče,
- intermediární péče,

-lůžková péče.

Mimo to existují v úzké návaznosti i zařízení meziresortní péče a zařízení mimo resort zdravotnictví.

### 2.1.2 ambulantní péče

#### PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE.

je základním článkem ambulantní psychiatrické péče. Jejím úkolem je prvotní diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence duševních poruch. V indikovaných případech odesílá nemocné do lůžkového nebo intermediárního zařízení.

Provádí dispenzární péči u osob s duševní poruchou. Pečuje o osoby v ochranném ambulantním léčení. Součástí ambulance může být i návštěvní služba.

#### SPECIALIZOVANÉ AMBULANCE:

#### AMBULANCE VEŘEJNÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE.

Určitá část psychiatrické péče je zajišťována prostřednictvím tzv. 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). Dalším jejím úkolem je vyhledávání osob se závislostí a dispenzární péče pro všechny uvedené skupiny.

Veřejní psychiatrická péče se zřizuje jednak pro dospělé, jednak pro děti a dorost.

Veřejná psychiatrická péče může být prováděna buď samostatně, anebo v kterémkoli ambulantním psychiatrickém zařízení a to i na část pracovního úvazku.

#### ORDINACE AT 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

Poskytují udržovací substituční léčbu pacientům, závislým na opioidech.

Řídí se ustanovením MZ ČR – Věstník MZ ČR č. 4/2000 a č. 6/2001

#### PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE PRO DĚTI A DOROST.

Provádí psychiatrickou diagnostiku a komplexní léčbu, rehabilitaci, reedukaci event. resocializaci dětí a dorostu s psychickou poruchou. Zprostředkuje další psychiatrické, pedagogické nebo sociální služby se zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními. Provádí dispenzarizaci.

Používá všech forem terapie včetně psychoterapeutických přístupů individuálních a skupinových, rodičovské a rodinné terapie.

#### AMBULANCE PSYCHIATRICKÉ SEXUOLOGIE.

Zabývá se diagnostikou, terapií, posuzování a prevencí sexuálních poruch a ochranným ambulantním sexuologickým psychiatrickým léčením.

#### AMBULANCE PRO PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.

Zajišťuje systematickou ambulantní léčbu u osob s poruchami příjmu potravy. Zároveň zabezpečuje bezprostřední

psychiatrickou a psychologickou pomoc při náhle vzniklých dekompenzacích stavu pacientů.

#### AMBULANCE KLINICKÉHO PSYCHOLOGA.

Provádí psychologickou diagnostiku a v indikovaných případech psychoterapeutické léčení osob s psychickými poruchami. Ambulance je buď samostatná, anebo je součástí jiného vyššího zdravotnického zařízení, většinou psychiatrického. Zřizuje se ale i mimo psychiatrická zařízení.

### 2.1.3 intermediární péče

#### KRIZOVÉ CENTRUM.

Je zařízením prvního kontaktu, které je volně přístupné bez objednáci lhůty. Úkolem krizového centra je psychoterapeutická event. psychiatrická pomoc osobám, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Mimo to pečuje o osoby s psychickou poruchou, u nichž lze předpokládat, že pomocí krizového centra se vyhnou hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Krizové centrum tak snižuje počet nezbytných psychiatrických hospitalizací a omezuje tím konzumaci zdravotnických služeb včetně hospitalizace.

Krizové centrum pracuje nepřetržitě, 24hodin denně 7 dní v týdnu. Jeho součástí může být malý počet lůžek, která slouží k několikadennímu pobytu. Nejde formálně o lůžka nemocniční.

Minimální služby krizového centra zahrnují trvalou možnost telefonického kontaktu a možnost osobního kontaktu. Další vhodné programy krizového centra jsou krizová intervence formou výjezdu nebo návštěvy, krátkodobý pobyt na krizovém lůžku anebo krátkodobý pobyt v denním stacionáři.

Krizové centrum může být specializováno na děti a dorost.

#### DENNÍ STACIONÁŘ (sanatorium).

Slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů. Úkolem denního stacionáře poskytovat každodenní léčebnou a rehabilitační péči nemocným, kteří vyžadují intenzivnější ambulantní léčbu, avšak nevyžadují ještě hospitalizaci. Jeho cílem je mj. zkrátit, event. zamezit hospitalizaci.

Programy denního stacionáře se využívají i jako příprava na zařazení do programů chráněného bydlení a chráněné práce. Slouží i jako rehabilitační programy pro hospitalizované pacienty k usnadnění přechodu z hospitalizace do běžného života. Denní stacionář poskytuje i sociální a právní pomoc.

Denní stacionář může být součástí jiného zdravotnického zařízení, lůžkového oddělení, léčebny, psychiatrické ambulance anebo kombinován se zařízením krizové intervence nebo a ambulancí klinického psychologa.

Ve větších městech může denní stacionář poskytovat specializované programy pro určité skupiny psychiatrických nemocných (chroničtí pacienti, závislé osoby, děti, dorost, gerontopsychiatři nemocní, osoby s poruchami příjmu potravy).

#### DOMÁCÍ PÉČE A DOMÁCÍ LÉČBA.

Domácí péče je určena osobám, které bydlí doma a potřebují pomoc a podporu. Mimo to může tento typ péče být i léčbou v domácím prostředí (farmakoterapie, ošetrovatelská péče, podpůrná psychoterapie, práce s rodinou aj.). Může se uskutečnit samostatně, anebo návazně na hospitalizaci.

Domácí péče je součástí činnosti kteréhokoli psychiatrického zařízení, anebo může být vykonávána v rámci agentury domácí péče.

##### 2.1.4 lůžková péče

Nemocniční psychiatrická péče dnes disponuje celkem 11.400 lůžky. 88% z nich je v psychiatrických léčebnách a 12% v psychiatrických odděleních nemocnic.

Změny v počtech lůžek a jejich restrukturalizace je možno uskutečnit pouze v souvislosti s rozvojem ambulantních a intermediárních služeb a služeb sociálních. Pouhé snižování počtů lůžek v léčebnách by vedlo ke zhoršení péče.

Péče o akutní psychiatrické poruchy (definované 50ti dny hospitalizace) by se měla postupně přesouvat z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení nemocnic. Ta jsou lépe vybavena pro tento typ nemocných a mohou poskytovat kvalitnější akutní péči.

Výhledově by měl celkový počet lůžek v psychiatrických léčebnách a v psychiatrických oddělení nemocnic dosáhnout v České republice počtu 100 lůžek na 100.000 obyvatel: Z toho by počet lůžek akutní péče představoval 45 % a počet lůžek následné péče 55 %.

#### 2.1.4.1 Psychiatrická oddělení

Jsou určena pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní psychickou poruchou nebo s akutní dekompenzací poruchy chronické. Provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Poskytují konziliární službu pro ostatní oddělení nemocnice.

Obvykle jsou součástí nemocnic, ale mohou být i samostatnými zařízeními. Musí mít zajištěnu po 24 hodin denně konziliární službu, laboratorní a další pomocná vyšetření. Mohou zřídit jednotku intenzivní psychiatrické péče. Některá oddělení mají specializované pracoviště pro děti a mladistvé, psychogeriatrické oddělení, oddělení pro poruchy paměti, popř. další specializovaná pracoviště.

Na psychiatrických odděleních pracují psychiatři a další lékaři, kliničtí psychologové, další odborní pracovníci, vyšší zdravotničtí pracovníci, střední, nižší a pomocní zdravotníci, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další.

Psychiatrické oddělení je většinou zřizováno pro oblast s minimálně 100.000 obyvateli, což odpovídá dostupnosti do cca 40 km.

Psychiatrická oddělení mohou být zřizována pro více okresů. Psychiatrická lůžka pro vybrané akutní pacienty mohou vznikat i při denních stacionářích anebo při krizových centrech.

Psychiatrické kliniky a oborová výzkumná zařízení

Speciálním typem psychiatrických oddělení jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. Mají statut kliniky, která je součástí lékařské fakulty. Poskytují kromě zdravotnických služeb i výuku vysokoškolským studentům a výchovu postgraduální a zabývají se výzkumnou činností. Slouží i jako superkonziliární služby a poskytují psychiatrickou péči ve zvláště složitých případech.

#### Oborová výzkumná zařízení

Mají jako hlavní náplň činnosti výzkumnou práci v oblasti psychiatrie a v oborech příbuzných. K jejich činnosti může sloužit i omezená lůžková a ambulantní kapacita.

#### 2.1.4.2. Psychiatrické léčebny

Úkolem psychiatrických léčeben je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií. Zároveň zatím plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou zřízena, nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. V léčebnách se uskutečňuje ústavní ochranné léčení podle stanovené rajonizace.

Pro akutní psychiatrickou péči jsou vyčleněna zvláštní lůžka, pro něž platí normativy, určené pro psychiatrická oddělení nemocnic. Předpokládá se, že v budoucnu převezmou akutní psychiatrickou péči od léčeben psychiatrická oddělení nemocnic.

Psychiatrické léčebny přijímají převážně nemocné ze svého stanoveného spádového území, včetně těch, kteří jsou přijímáni bez svého souhlasu.

Psychiatrické léčebny vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení typu pracovišť příjmových, doléčovacích, rehabilitačních, psychoterapeutických, psychogeriatrických, pro léčbu závislostí, dětských a adolescentních, pro ochranné léčení, sexuologických, somatických aj. Pro své nemocné zajišťují péči odborníků dalších medicínských oborů. Psychiatrické léčebny hospitalizují též z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely.

Kromě psychiatrických léčeben se všeobecným zaměřením existují i psychiatrické léčebny specializované na psychické poruchy u dětí a mladistvých, na osoby se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách.

Psychiatrické léčebny trvale usilují o zlepšování léčebného prostředí a o naplňování stavebních, hygienických, společenských a etických norem hospitalizace.

## Lázeňská zařízení

Úkolem lázeňských zařízení je jednak doléčování duševních poruch a jednak péče ke zvýšení psychického zdraví a odolnosti.

### 2.1.5 zařízení meziřesortní

Centra denních sociálních služeb a denních aktivit,

Protidrogová kontaktní centra

Jde o zařízení na pomezí zdravotnické a sociální péče docházkového typu s volným přístupem. Jsou určena převážně pro osoby s dlouhodobou duševní poruchou a pro osoby se závislostí. Mohou být místem prvního kontaktu a vstupem do dalších služeb.

Dávají mj. možnost trávení volného času, navazování společenských vztahů, možnost zdokonalit praktické, pracovní a sociální dovednosti, poskytují příležitost získávat právní informace. Ve formě klubů mohou organizovat osvětové, informační anebo rekreační programy.

Zařízení určená pro závislé poskytují všestrannou pomoc včetně aktivit, snižující riziko nejrůznějších komplikací (harm reduction).

Chráněné bydlení a příprava na samostatní bydlení

Jde o službu na pomezí následné zdravotnické a sociální péče. Cílem chráněného bydlení je buď resocializovat nemocného a připravit jej k samostatnému a soběstačnému způsobu života, anebo mu umožnit dlouhodobý pobyt mimo lůžkové psychiatrické nebo sociální zařízení při větší či menší podpoře a pomoci.

Existuje celá škála intenzity sociální podpory počínaje kolektivním bydlením 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.

Zařízení pro podporu práce a zaměstnání

Cílem zařízení a programů pro podporu práce a zaměstnávání je udržení, obnovení a zlepšení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny.

Tím lze dosáhnout zlepšení výkonnosti, zvýšení sebedůvěry a zlepšení zdravotního-duševního stavu.

Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám nemocných, kteří jsou na trhu práce znevýhodněni takovým způsobem, že vyžadují chráněné pracovní podmínky.

Jednotlivá zařízení se liší podle míry důrazu na zlepšení či udržení dovedností.

#### 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 vyžadováno přátelské ovzduší a pravidelná supervize.

#### Sociální firmy a sociální družstva

Sociální firmy jsou samostatné provozy či podniky, která 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.

#### Přechodné zaměstnávání

Na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách jsou zařazováni na časově omezenou dobu nemocí za individuální dlouhodobé podpory sociálních pracovníků či sociálních terapeutů. Jedinec 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. Součástí podpůrného systému je i klub zájemců o pracovní zařazení a vyhledávání vhodných pracovních míst.

#### Podporované zaměstnání

V úzké spolupráci se zaměstnavateli lze nalézt vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách. Na tato pracovní místa jsou zařazovány osoby s duševní poruchou a to bez časového omezení. Sociální pracovníci či pracovní terapeuti jim poskytují podle potřeby podporu.

#### 2.1.6 zařízení mimo resort zdravotnictví

##### Specializované ústavy sociální péče

Jsou určeny pro psychogeriatrické pacienty, pro osoby závislé na návykových látkách a pro jiné chronicky duševně nemocné, které není možno umístit do chráněného

bydlení. Kontraindikovány jsou pro akutní anebo exacerbující psychické poruchy, vyžadující nemocniční léčení. Je v nich rozvinuta zvláště ošetrovací a azylová péče.

#### Detenční ústav

Je určen pro osoby v dlouhodobé ústavní ochranné léčbě, které nespolupracují v léčení anebo sabotují léčbu a jsou společensky nebezpečné. Ústav disponuje 60-100 lůžky a spadá do resortu spravedlnosti nebo sociální péče, ev. i zdravotnictví.

Středisko ochranných léčeb v době výkonu trestu odnětí svobody.

Jde o pracoviště vězeňské služby Ministerstva spravedlnosti, resp. její zdravotní správy, kde se již během výkonu trestu odnětí svobody provádí ochranné léčení a to jednak sexuologické (t.č. Kuřimi), jednak protialkoholní a protitoxikomanické.

Diagnostické ústavy pro děti a mládež

Pedagogicko-psychologické poradny

Poradny pro rodinu a mezilidské vztahy, event. manželské a předmanželské poradny

## 2.2. Personální zajištění psychiatrických služeb

V psychiatrických zařízeních pracují psychiatři, kliničtí psychologové, střední, nižší a pomocní zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci s vysokoškolským a středoškolským vzděláním, lékaři jiných odborností, rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti a ergoterapeuti, arteterapeuti, pedagogové, případně i dobrovolní a laičtí terapeuti a uživatelé služeb a j.

U vysokoškolských pracovníků se předpokládá vyšší specializace (pedopsychiatrie, psychogeriatric, sexuologie, drogové závislosti, klinická psychologie). I u středních zdravotnických pracovníků ve vedoucích a specializovaných funkcích se požaduje specializace.

Zvláštní výcvikový systém se předpokládá pro získání kvalifikace k systematické psychoterapii.

Navrhované personální obsazení jednotlivých služeb psychiatrické péče je uvedeno v tabulkách č.1 až 5.

### 2.2.1 Odborné řízení na úrovni republiky, regionu, okresu.

Odborné řízení na úrovni republiky a krajů provádí skupina v čele s psychiatrem (hlavním, krajským). Skupinu tvoří zástupci jednotlivých oblastí psychiatrie a typů zařízení. Skupina spolupracuje se zájmovými skupinami v oblasti duševního zdraví včetně příbuzných pacientů a pacientů samotných.

### 2.3. Vzdělávání pracovníků v oboru

#### 2.3.1 Systém kvalifikačního vzdělávání

Základní způsobilost získává zdravotnický personál především na středních, vyšších a vysokých školách. Pregraduální vzdělávání v oboru psychiatrie vychází z dokumentů World Psychiatric Association a World Federation for Medical Education.

Psychiatři a lékaři dalších oborů získávají kvalifikační specializaci (atestaci) předepsaným způsobem. Mimo to se podrobují dalšímu celoživotnímu odbornému vzdělávání. Psychologové získávají kvalifikaci klinického psychologa složením atestační zkoušky. Vysokoškolští pracovníci. Střední zdravotníci získávají odbornou kvalifikaci složením příslušných zkoušek. Další zdravotničtí pracovníci se účastní celoživotně systematického vzdělávání.

Přehled kvalifikace zdravotnických pracovníků v psychiatrii:

Pracovníci - lékaři s vysokoškolským vzděláním: psychiatři včetně pedopsychiatrů, sexuologů, odborníků dalších profesí medicíny

Pracovníci - jiní odborníci s vysokoškolským vzděláním: kliničtí psychologové, logopédi, fyzioterapeuti, ošetřovatelky, sociální pracovníci, speciální pedagogové

Pracovníci - odborníci s vyšším vzděláním: diplomované psychiatrické sestry, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti

Pracovníci - odborníci se středoškolským vzděláním: zdravotní sestry, socioterapeuti.

#### 2.3.2 Celoživotní vzdělávání

Všichni odborní pracovníci jsou povinni se trvale vzdělávat studiem odborných informací a absolvovat stanovený rozsah vybraných vzdělávacích akcí, pořádaných Institutem pro vzdělávání zdravotnických pracovníků, Českou psychiatrickou společností, Lékařskou komorou, pracovištěm případně dalšími akreditovanými institucemi. Systém vzdělávání se řídí stavovskými předpisy České lékařské komory.

### 2.3.3. Kvalifikační vzdělávání pro vedoucí lékaře

Předpokladem pro výkon vedoucí funkce (přednosta oddělení, ředitel, vedoucí samostatného oddělení) je kvalifikační atestace I./II. stupně a minimálně 5 let praxe v oboru.

Předpokladem pro výkon vedoucí funkce středně zdravotnických pracovníků (vrchní, hlavní sestra) je ukončené postgraduální vzdělání v Institutu pro další vzdělávání středních zdravotníků a tři roky psychiatrické praxe.

### 2.3.4 Specializační vzdělávání

Se uskutečňuje podle Zákona a vyhlášky o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

## 3. ROZVOJ A VÝVOJOVÉ TRENDY OBORU.

### 3.1. Hlavní programy oboru

Pro jednotlivé specifické oblasti psychiatrie byly zpracovány detailní programy.

Jde o následující skupiny nemocných:

- péče o psychogeriatrické pacienty,
- péče o děti a mladistvé s psychickými poruchami,
- péče o osoby se závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách,
- péče o osoby s dlouhodobou závažnou psychickou poruchou (převážně psychózy),
- péče o osoby s poruchou příjmu potravy,
- péče o osoby s duševní poruchou, které spáchaly trestnou činnost.

Detailní programy péče o tyto skupiny nemocných jsou uvedeny v příloze této koncepce.

### 3.2. Priority výzkumu

Mezi současné priority patří:

- rozšiřování, zpřesňování hodnocení současného informačního systému

- výzkum terapeutických a sociorehabilitačních metod a hodnocení kvality, efektivity a ekonomiky jednotlivých služeb a programů včetně organizace psychiatrických služeb

-- výzkum duševních poruch pomocí nových zobrazovacích metod

Výzkum se uskutečňuje na pracovištích Fakultních nemocnic, specializovaných výzkumných pracovištích, případně na zdravotnických pracovištích, která disponují příslušnými kvalifikovanými odborníky.

Zkoušení nových léků a jiné klinické studie se provádějí podle Zákona o léčivech č. 149/2000Sb. se souhlasem SÚKL a příslušné etické komise.

### 3.3. Systém kontroly kvality poskytované péče

Odbornou činnost jednotlivých zdravotnických pracovišť posuzuje a kontroluje zřizovatel a u nestátních zdravotnických zařízení orgány Lékařské komory. Mimo to se na kontrolní činnosti podílí Všeobecná zdravotní pojišťovna prostřednictvím revizních lékařů. Psychiatrické léčebny a jednotlivé nemocnice zřizují ke kontrolní činnosti dozorčí rady. Nově se na kontrole podílí i ministerstvo zdravotnictví a krajské zdravotnické orgány prostřednictvím hlavního a krajských odborníků a jejich odborné skupiny.

### 3.4. Srovnání oboru se zahraničím

V porovnání s vyspělými evropskými státy je naše péče o osoby s psychickými poruchami méně rozvinuta. Preferuje se lůžková péče, nedochází ke zvyšování lůžek v psychiatrických oddělení nemocnic na úkor lůžek v psychiatrických léčebnách, pomalu se rozvíjí intermediární péče. Percentuální podíl výdajů na psychiatrii je u nás nižší.

Postupně vznikají regionální sítě propojených služeb, tempo jejich vzniku je však dosud pomalé, nemá systémovou ani finanční oporu a vzdělávání pro komunitní péči není součástí vzdělávacího systému .

Psychofarmakoterapie je na dostatečné úrovni, i když preskripce nových léků (neuroleptik a antidepresiv) omezuje finanční nedostatek. Psychoterapeutické postupy doznaly rozšíření, zkvalitnění a rozšířila se nabídková forma.

Personální vybavení je omezené a to zvláště u středních zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a specializovaných nezdravotnických pracovníků.

Spolupráce s rodinnými příslušníky nemocných a se samotnými nemocnými je doposud omezená.

### 3.5. Očekávané trendy oboru

Z popisu, porovnání a z hodnocení současného stavu psychiatrické péče u nás při srovnání se světovými trendy vyplývají základní vývojové tendence, které předkládaná koncepce navrhuje a doporučuje:

- další integrování psychiatrie do zdravotnictví,
- zmenšování a odstranění stigmatizovaného postavení psychiatrie a psychiatrických nemocných ve zdravotnictví a ve společnosti,
- humanizace a zlepšení materiálních (stavebních, hygienických, kulturních) podmínek v psychiatrických léčebnách,
- rozvoj psychiatrických lůžkových oddělení v nemocnicích,
- rozvoj tzv. intermediární péče (denní stacionáře, domácí péče, návštěvní služba, chráněné dílny a chráněné bydlení, kluby, svépomocné organizace),
- posílení role a podíl na rozhodování o poskytované péči nemocných a jejich rodinných příslušníků, podpora svépomocných aktivit,
- respektování osobní důstojnosti a práv psychiatrických nemocných,
- důraz na spolupráci všech odborníků, podílejících se na péči o osoby s duševními poruchami, na spolupráci mezi jednotlivými psychiatrickými zařízeními s cílem dosáhnout kontinuity péče,
- spolupráce se sektorem sociální péče a další mezioborová spolupráce,
- výzkum účinnosti jednotlivých léčebných postupů, výzkum etiologických faktorů, ovlivňujících vznik a průběh duševních poruch,
- sledování ekonomických ukazatelů a jejich vývoj.

### 3.6. Napojení na mezinárodní aktivity

Pokračovat v dosavadní spolupráci se

Světovou zdravotnickou organizací (WHO),  
Světovou psychiatrickou asociací (WPA),  
Evropskou psychiatrickou asociací (EPA),  
Světovou federací duševního zdraví (WFMH),  
Evropskou unií (EU),  
Mental Health Europe – Santé Mentale Europe (MHE-SME).

### 3.7. Popis hlavních problémů oboru

Prudký rozvoj ambulantních služeb a vznik psychiatrických oddělení nemocnic nastal v 50.-70. letech.

Od 60. let našeho století se počet psychiatrických lůžek v léčebnách pohyboval kolem 150/100.000 obyvatel. Vzdor všem plánovacím snahám se snižoval pouze nepatrně. Až v r. 1990 v souvislosti s transformací společnosti a zdravotnictví počal klesat a v současnosti se blíží 100/100.000 obyvatel.

Naopak lůžka na psychiatrických oddělení nemocnic se rozšiřovala z 8/100.000 v r. 1960 na 11/100.000 v r. 1995. Stále ale zůstává nemalá část akutní psychiatrické péče na bedrech psychiatrických léčeben, z nichž některé pro kvalitní diagnostikou nejsou přiměřeně vybaveny.

Průměrné využití lůžek od r. 1985 postupně klesá a to jak v psychiatrických léčebnách, tak na psychiatrických odděleních nemocnic. Průměrná ošetrovací doba se zkrátila na 80 dní (psychiatrické léčebny), resp. na 30 dní (psychiatrická oddělení).

Počty ambulantních psychiatrů plynule stoupají od r. 1960 z 1,0 na 4,5/100.000 obyvatel a úměrně se zvyšuje i počet ambulantních vyšetření. Ovšem stále existuje značný rozdíl mezi městy a venkovem v pokrytí ambulantními psychiatrickými službami. Vývoj počtu lékařů, pracujících v AT (alkohol, toxikomanie) ordinacích od r. 1990 prudce poklesl ke škodě nemocných se závislostmi na alkoholu a na jiných návykových látkách.

Projevuje se nedostatek sociálních pracovníků, kteří po roce 1990 prakticky odešli z ambulantní psychiatrické péče.

Intermediární péče (denní sanatoria, chráněná pracoviště, kluby nemocných, chráněné formy bydlení) počala u nás vznikat prakticky až v r.1981. Od té doby se postupně pomalu rozvíjejí stejně jako spolupráce s nezdavotnickými institucemi. Ovšem tyto nové formy psychiatrické péče vznikají obtížně, protože nemají tradici a jejich financování není vymezeno.

Psychiatrické léčebny jsou ve značné míře stavebně, technicky a hygienicky zanedbané a řada pavilonů neodpovídá současným standardům.

Psychiatrické léčebny nemají dostatek středních zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a jiných odborných pracovníků

Psychiatrie a psychiatričtí pacienti mají stále ještě v očích zdravotníků a celé společnosti zhoršenou pověst i když se stigma duševní choroby pozvolna zmenšuje.

Hospitalizace osob s duševní poruchou v ochranné ústavní léčbě, a to zvláště osob kriminálních a nespolupracujících v léčbě, zhoršuje prostředí a ovzduší léčeben, narušuje léčbu ostatních nemocných a zhoršuje stigma psychiatrie.

### 3.8 Přípomínky a návrhy pro zlepšení stávající organizace odborných služeb

(1) Prosazovat funkční propojení všech složek péče o osoby s duševními poruchami a spolupráci se sociálními službami.

(2) Zřizovat plánovitě nové služby podle schválené koncepce s převáděním akutní lůžkové psychiatrické péče do psychiatrických oddělení nemocnic, s důrazem na budování ambulantních a intermediárních služeb (denní sanatoria, krizová centra, chráněná pracoviště, chráněné bydlení, kluby). Na zřizování psychiatrických služeb se budou podílet odborníci, veřejná správa, zdravotní pojišťovny, uživatelé péče a jejich rodinní příslušníci.

(3) Vyvolat diskusi o legislativních otázkách v psychiatrii (přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného a léčení bez souhlasu nemocného, způsobilost k právním úkonům, předávání do jiné zdravotnické péče).

(4) Dále propracovávat standardy psychiatrické péče a to: terapeutické a rehabilitační, kvalifikační standardy pro zdravotnické pracovníky v psychiatrii, standardy pro provoz jednotlivých typů psychiatrických zařízení.

(5) Vytvořit systém a nástroje pro hodnocení kvality psychiatrické péče.

(6) Zlepšit stavební, technické a hygienické podmínky v psychiatrických léčebnách a to zvláště na odděleních geriatrických a na odděleních uzavřených.

(7) Podílet se s Geriatrickou společností ČLS na vypracování koncepce gerontopsychiatrické péče.

(8) Podporovat diferencovanou péči o osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách a to zvláště pro alkoholickou a nealkoholickou závislost.

(9) Orientovat pedopsychiatrickou péči na prevenci závislostí u dětí a mladistvých.

(10) Vytvořit systémem tzv. veřejné péče síť zařízení pro výkon ambulantního ochranného léčení.

(11) Obnovit síť ordinací AT pro prevenci a léčbu závislostí na celém území 4eské republiky.

(12) Vytvořit funkční systém výkonu ochranného léčení.

(13) Vybudovat specializovaný detenční ústav pro osoby v ústavním ochranném léčení, které v léčbě nespolupracují.

(12) Podílet se na systému vzdělávání všech (vysokoškolských i středoškolských) zdravotnických pracovníků v psychiatrii.

Přílohou této koncepce jsou programy pro vybrané skupiny psychiatrických pacientů, vyžadujících specializovanou péči:

- - psychogeriatrický program
- - program pro pacienty pedopsychiatrické a adolescentní
- - program pro osoby s návykovými nemocemi
- - program pro dlouhodobě duševně nemocné
- - program pro nemocné s poruchami příjmu potravy
- - program pro nemocné pachatele trestné činnosti (forenzní psychiatrie)

Praha 14. listopadu 2001







## **PŘÍLOHY KE KONCEPCI PSYCHIATRICKÉ PÉČE**

Seznam programů:

- program péče o psychogeriatrické pacienty
- program péče o pedopsychiatrické pacienty
- program péče o osoby s návykovými nemocemi
- program péče o osoby s dlouhodobým duševním postižením
- program péče o osoby s poruchou příjmu potravy
- program péče o pachatele trestné činnosti s duševní poruchou

### **PROGRAM PÉČE O PSYCHOGERIATRICKÉ PACIENTY**

#### **1. Vymezení a charakteristika skupiny.**

Cílem psychogeriatrického programu je všestranná péče o osoby starší 65 let, které trpí psychickými poruchami v souvislosti se stárnutím.

V České republice je asi 10 % osob ve věku nad 65 let trpících demencí. Z nich asi 20 % vyžaduje ústavní péči za předpokladu rozvinuté geriatrické, ošetrovatelské a domácí péče. Část těchto nemocných je umístěna na interních a jiných somatických odděleních zdravotnických zařízení.

U této zdravotnický rizikové a náročné skupiny osob se často kombinuje psychické postižení se somatickými chorobami. Vyžaduje ve vyšší míře péči somatickou a ošetrovatelskou. Častěji jde o psychické poruchy dlouhodobé, jindy ale i postižení přechodné. Problémy zdravotní se kombinují s problémy sociálními. Příčinou hospitalizace bývá často sociální izolace a postupná ztráta soběstačnosti. Řada postižených osob sama zdravotnickou péči nevyhledává.

#### **2. Popis současného stavu.**

Současný systém psychogeriatrické péče je zcela rudimentární. Prakticky obsahuje péči praktického lékaře, geriatrickou, geronopsychiatrických oddělení psychiatrických lůžkových zařízení, a nesystematickou péči jednotlivých medicínských oborů o vlastní staré nemocné. Vedle nich působí ještě řada nových nestátních neziskových nebo charitativních organizací, které se orientují na poradenství, rehabilitaci paměti, náplň volného času a na ošetrovatelskou péči.

Zanikly geriatrické sestry v primární péči, kvalifikovaných psychogeriatrů je málo a jejich potřebu lze odhadnout na 100 v České republice (ambulantní služba, konzultanti, vedoucí gerontopsychiatrických oddělení).

#### **3. Charakteristika potřebné péče.**

Nejvhodnější, nejúčinnější, nejekonomičtější a nejvíce etické je pečovat o staré osoby s duševními poruchami v jejich vlastním domově. Přitom je ovšem nezbytná spolupráce sociální a zdravotní péče.

U postižených nelze vesměs oddělovat postižení psychické od postižení somatického. Proto se na jeho léčení a ošetřování budou podílet další odborníci v čele s gerontologem. Koncepční záměry geriatrické a psychogeriatrické péče budou v mnoha oblastech společné.

Výhodná a účinná jsou zařízení intermediární péče (denní stacionáře, domovinky, domácí péče). Při event. hospitalizaci má být preferována krátkodobá hospitalizace na specializovaných odděleních či stanicích všeobecných nemocnic.

O nemalou část starých osob s duševními poruchami pečuje sektor sociálního zabezpečení v domovech důchodců, ošetrovatelských domech. O další část pečuje sektor zdravotnický v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, geriatrických odděleních a stanicích a na geriatrických odděleních psychiatrických léčeben. A konečně o další část těchto nemocných pečuje vlastní rodina, již by se mělo dostat přiměřené podpory.

#### 4. Síť psychogeriatrické péče.

Psychogeriatrická péče je součástí sítě geriatrické. Do výlučné péče psychiatrie z ní patří gerontologická oddělení psychiatrických léčeben, psychogeriatrická oddělení všeobecných nemocnic event. některé specializované ambulance. Na činnosti ostatních geriatrických zařízení se podílejí psychiatři jako konzultanti, případně jako spolupracovníci v týmové práci.

V ambulantní péči počítá s potřebou 0,5 psychogeriatra a 1,0 geriatrické sestry na 100.000 obyvatel.

Výhledově se počítá s cca 1300 psychogeriatrickými lůžky v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních. V současné době je těchto lůžek celkem cca 2000.

Síť zařízení pro (psycho)geriatrickou péči:

- - praktický lékař  
je prvním kontaktem s geriatrickým nemocným
- - geriatrický (psychogeriatrický) komunitní tým

je zaměřen na podporu pacienta a jeho rodiny v přirozených podmínkách. Pracuje i formou návštěvní služby a domácí péče. Spolupracuje a pracovníky primární péče, odborníky a se sociálními službami.

Personální vybavení: geriatr, psychogeriatr, psycholog, geriatrická sestra, sociální pracovnice, rehabilitační sestra.

- - geriatrický (psychogeriatrický) stacionář

zařízení pro denní péči o seniory s psychiatrickou problematikou, kteří nemohou být léčeni v síti geriatrických stacionářů.

Maximální kapacita 20 pacientů. Provoz 8-14 hodin denně.

Personální vybavení: vyšší zdravotničtí pracovníci, zdravotní sestry, pomocní zdravotníci, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci. Konziliáři: praktický lékař, psychogeriatr.

- - psychogeriatrická lůžka psychiatrických oddělení

slouží pro léčení akutních psychických poruch, přičemž pobyt netrvá déle než 5 týdnů. Ve větších městech mohou vznikat samostatná psychogeriatrická oddělení.

- - psychogeriatrická oddělení psychiatrických léčeben

slouží k léčení akutních psychických poruch s maximální délkou pobytu 3 měsíce. Další péče probíhá v ošetrovacích ústavech resortu sociální péče.

- - ošetrovatelský ústav s psychogeriatrickou péčí

zařízení pro dlouhodobý pobyt geriatrických pacientů s demencí. Péče je zaměřena na udržení a posílení kognitivních funkcí a zabezpečení důstojného konce života.

Zařízení má 50-80 lůžek a je mimo psychiatrické léčebny.

Personální vybavení: geriatr, vyšší zdravotničtí pracovníci, ošetrovatelský. personál.  
Konziliář: psychogeriatr.

## PROGRAM PÉČE O PEDOPSYCHIATRICKÉ PACIENTY

### 1. 1. Vymezení a charakteristika skupiny

Komplexní pedopsychiatrická péče se poskytuje dětem a adolescentům do 18 let (což je asi 21 % populace), kteří trpí duševní poruchou. Diagnostikuje a biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními postupy léčí poruchy uvedené v sekci F znaky 00.-99. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

### 2. 2. Popis současného stavu

Odhaduje se, že asi 13 % dětské a dorostové populace trpí během vývoje nějakým typem duševní poruchy. V České republice je asi 110 ambulancí pro děti a dorost. Lůžkový fond disponuje asi 790ti lůžky, z nich je asi 200 určeno pro akutní pedopsychiatrickou péči.

Počet lůžek je v porovnání s evropskými státy přiměřený, avšak neexistují lůžka pro děti a mladistvé závislé na psychoaktivních látkách a to jak pro detoxifikaci, tak i pro následnou péči. Zcela ale chybí zařízení intermediární péče (denní stacionáře, krizová centra, chráněné dílny).

### 3. 3. Charakteristika potřebné péče

Rostoucí výskyt evidovaných duševních poruch v dětství a v adolescenci vychází z celkového nárůstu patologických společenských jevů, jakými jsou násilí na dětech a mezi dětmi, nárůst delinkvence a dramatické zvyšování zneužívání návykových látek.

Úsilí je třeba zaměřit na spolupráci s výchovnými, poradenskými a sociálními zařízeními a pediatry a psychiatry. Na vyhledávání a včasnou detekci rizikových jedinců kteří zneužívají návykové látky, na zkvalitnění systému péče o děti a mladistvé s defekty intelektu a na systematickou dispenzární péči.

### 4. 4. Síť pedopsychiatrické péče

Pedopsychiatrická zařízení představují:

- psychiatrická ambulance pro děti a dorost  
provádí prvotní diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, reedukaci a posuzování duševních poruch u dětí a mladistvých. Zajišťuje a koordinuje další specializovanou péči, provádí dispenzarizaci, podílí se na veřejné péči a na prevenci.

Personální vybavení: 1 pedopsychiatr na 100.000 obyvatel (cca 21.000 dětí a adolescentů),

- krizová centra  
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 prvního 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 100.000 obyvatel,

- denní stacionáře 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 nemocnic a léčeben nebo s krizovým centrem.

Počet míst: 7-14 na 100.000 obyvatel,

- chráněné dílny

pro ojedinelé pacienty ve věku 15-18 let se speciálním výrobním programem,

- dětská a dorostová oddělení při psychiatrických odděleních nemocnic

jsou součástí psychiatrického oddělení nemocnice. Ve Fakultních nemocnicích mají status kliniky. Poskytují vysoce specializovanou péči a spolupracují s ostatními odděleními nemocnice. Podílejí se na výzkumu, pregraduální a postgraduální výuce. Jejich součástí je i školní výuka. Mohou být spojena s denním stacionářem nebo s krizovým centrem.

Jsou vytvářena pro oblast cca 300.000 obyvatel,

- psychiatrická dětská a dorostová oddělení psychiatrických léčeben

jsou určena pro střednědlouhý a dlouhodobý pobyt. Mají rehabilitační a resocializační programy a možnost školní docházky i event. odborného učení,

- dětské psychiatrické léčebny

jsou samostatná zdravotnická zařízení. Poskytují střednědobou a dlouhodobou diagnostickou a terapeutickou lůžkovou péči pacientům s komplikovanou problematikou medicínskou, pedagogickou a sociálně psychologickou. Někdy vykonávají i akutní pedopsychiatrickou péči za neexistující dětská psychiatrická oddělení. Mají k dispozici nepřetržitou lékařskou i konziliární službu.

Lůžková psychiatrická zařízení pro děti a dorost /nemocniční oddělení, oddělení léčebeň a samostatně dětské psychiatrické léčebny/ se zřizují tak, aby bylo 6-8 lůžek na 100.000 obyvatel.

## PROGRAM PÉČE O OSOBY S NÁVYKOVÝMI NEMOCEMI

Prevence a léčba návykových nemocí představuje multidisciplinární problematiku. Obor má interdisciplinární charakter, ale zároveň využívá specifické léčebné, výchovné a preventivní postupy. Je zpracována samostatná koncepce péče o osoby s návykovými nemocemi a zde popisujeme převážně problémy, organizaci, síť a programy úzce související se zdravotní péčí.

### 1. Vymezení a charakteristika skupiny

Cílovou skupinou jsou osoby s duševními poruchami nebo poruchami chování, vzniklými jako důsledek užívání psychoaktivních a návykových látek včetně alkoholu a tabáku či jako důsledek patologického hráčství. Tyto poruchy postupně progredují a vedou ke ztrátě kontroly, vzniku závislosti a k somatickým a psychickým komplikacím. Osob s návykovými nemocemi podstatně přibývá, stejně jako osob s komorbiditou (duální diagnózy) jak psychiatrickou, tak i somatickou.

Nemocní s návykovými nemocemi často sami léčbu nevyhledávají a nejsou diagnostikováni. Často jsou léčeni praktickými lékaři anebo různými specialisty (neurolog, hepatolog) podle somatického postižení.

U řady z nich se vyvíjí závislost, neschopnost trvale abstinovat, a mimo medicínskou péči vyžadují i péči sociální. Jejich problematika se týká i jejich rodin, pracoviště, vztahů a kriminálních deliktů.

### 2. Současný stav

Péče o osoby s návykovými nemocemi vyžaduje péči resortu zdravotnického, sociálního, školského a řady dalších.

Před rokem 1989 existovala rozvinutá síť ordinací AT (pro alkoholismus a jiné toxikomanie), lůžková oddělení a záchytné stanice.

Po roce 1989 řada ordinací AT změnila svůj název, ale většina zanikla při privatizaci ambulantní zdravotnické sítě. Na druhé straně vznikla celá řada nezdravotnických zařízení (sdružení, nadace, K-centra, poradny, církevní péče). Vcelku ale AT péče přestala být plánovitá a systematická a činnost nezdravotnických zařízení a snížený společenský tlak na osoby s návykovými nemocemi vedl k poklesu kvality péče. Zdravotnickou péčí osoby s návykovými nemocemi vykonávají nyní zčásti psychiatrické ambulance, zčásti ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí a okrajově se na ní podílejí ordinace praktických lékařů a dalších specialistů.

Koncem r. 1998 bylo registrováno 257 zařízení, zabývajících se problematikou abusu nealkoholových drog. Z nich ale pouze 57 % pečovalo o více než 50 pacientů.

Roční spotřeba alkoholu v České republice od r. 1960 (9,5 litru 100% alkoholu na obyvatele) do r. 1998 (9,8 litru). Počet osob léčených pro závislost na alkoholu a její komplikace byl a je rovněž vysoký. Ve střední věkové skupině činil u mužů až 50% všech

přijetí do psychiatrických léčen. Oba tyto ukazatele (spotřeba alkoholu, počet léčených) přechodně do r. 1995 poklesl.

Po roce 1989 došlo ke zvýšení dostupnosti nezákoných drog a souběžně s tím k zvýšenému rozsahu jejich užívání. V r. 1997 byl odhadován v České republice počet osob závislých na pervitinu a heroinu desítky tisíc osob a dalších přibližně 40.000 bylo zařazeno do kategorie "problémový uživatel" (pervitin, heroin, organická rozpouštědla, LSD, ecstasy, produkty konopí, analgetika, hypnotika). Výrazně narůstá počet osob hospitalizovaných pro patologické hráčství.

### 3. Charakteristika potřebné péče, spolupráce

Péče o osoby, jejichž problémy jsou způsobeny škodlivým užíváním návykových látek a patologickým hráčstvím jsou problematikou interdisciplinární, která přesahuje oblast psychiatrie, ale i zdravotnictví. Pouze kombinace medicínských, výchovných, resocializačních ale i represivních opatření, prováděná v síti zařízení využívajících různorodých metod, má naději na konečný výsledek a na omezení nemalých škod, které užíváním návykových látek vznikají.

Pro účinnou léčbu závislosti je nezbytná diferencovaná péče podle závažnosti, stupně, fáze rozvoje onemocnění, podle typu drogy, věku, přítomnosti somatických a psychických komplikací a dalších. Nezbytná je orientace a specializace psychiatrů dětských a adolescentních na léčbu a prevenci návykových nemocí.

Do spektra účinných postupů patří:

- včasná intervence u osob experimentujících s návykovými látkami nebo v počátečním stadiu rozvoje onemocnění, ale i u závislých s akutní potřebou zdravotní péče,
- ambulantní péče, od jednorázového poradenství, motivačního tréninku až po dlouhodobou a intenzivní péči,
- lůžková péče v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních (krátkodobá, střednědobá hospitalizace 1-6 měsíců),
- dlouhodobá lůžková péče ve specializovaných zařízeních typu terapeutických komunit, zaměřená na léčbu a resocializaci,
- programy následné péče, zahrnující chráněné dílny, chráněné bydlení, doléčovací a svépomocné skupiny,
- programy zaměřené na snižování zdravotních a sociálních rizik, spojených s užíváním drog (tzv. "harm reduction").

### 4. Síť zařízení a programů pro léčbu a prevenci závislosti

- terénní programy

jde o služby prvního kontaktu s pacienty v terénu včetně komplexního programu "harm reduction" s cílem získat motivaci pacienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání odborné péče,

Program se uskutečňuje jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, jako součást nízkoprahového kontaktního centrá, případně funguje samostatně při spolupráci s dalšími zařízeními. Není nutně součástí zdravotnické péče,

- kontaktní a poradenské služby

jde o diagnostický filtr, o poradenství a o motivační úsilí v nízkoprahových kontaktních centrech, v poradnách a preventivních centrech.

- ordinace AT (alkohol-toxikomanie)

zabývají se ambulantní léčbou buď v ordinacích AT nebo v jiných zdravotnických zařízeních. Jde o prevenci, poradenství, diagnostiku, krizovou intervenci krátkodobou i dlouhodobou ambulantní péči ve formě psychoterapie, farmakoterapie a socioterapie u pacientů, užívajících návykové látky. Zabývají se ochranným ambulantním protialkoholním a protitoxikomanickým léčením, případně léčbou v rámci alternativních trestů.

- protialkoholní záchytné stanice

poskytují péči osobám ohroženým na zdraví při intoxikaci alkoholem. Nepřijímají osoby s ohrožením vitálních funkcí.

- detoxifikační zařízení

léčí osoby s odvykacím syndromem, s abstinenčními příznaky při přerušení užívání návykové látky v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce,

- stacionární programy

jde o strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů, trvající 6 týdnů ev. až 3-4 měsíců

- krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

týká se lůžkové péče na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a oddělení, popřípadě v samostatných zdravotnických zařízeních. Trvá 1-6 měsíců.

- rezidenční péče v terapeutických komunitách

jde o střednědobou a dlouhodobou lůžkovou péči v zařízeních typu terapeutických komunit v trvání 6-18 měsíců. Programy jsou zaměřené na resocializaci závislých osob po ukončené odvykací léčbě. Obsahují programy chráněných pracovišť, chráněného bydlení, doléčovací programy a svépomocné aktivity,

- ambulantní doléčovací programy

mimo zdravotnická zařízení. Patří sem organizace anonymních alkoholiků (AA) a anonymních toxikomanů (AT). Součástí programů jsou i chráněné bydlení a chráněná pracoviště s dohledem a resocializací,

- programy metadonové substituce

je ambulantní udržovací léčba metadonem s doprovodnou psychosociální komponentou s cílem dosažení abstinence nebo dlouhodobé substituce. Možní jsou i další substituční programy,

- psychiatrické ordinace

provádějí mj. diferenciální diagnostiku a léčbu psychických komplikací užívání návykových látek. Provádějí též ambulantní ochrannou léčbu, případně léčení při alternativních trestech,

- detenční ústavy

Jde o zařízení k dlouhodobé péči pro osoby s těžkým psychickým postižením, které vzniklo jako důsledek závislosti na návykových látkách. Není nutně součástí zdravotnického systému. Zvláštním detenčním ústavem je zařízení pro osoby v ústavním ochranném psychiatrickém léčení, které v léčbě nespolupracují, narušují řád a ovzduší psychiatrických léčeben a jsou společensky nebezpečné,

- specializovaná zařízení v resortu Ministerstva spravedlnosti, poskytující ochrannou (protialkoholní, protitoxikomanickou) i dobrovolnou léčbu osobám ve výkonu trestu odnětí svobody,

- specializovaná zařízení pro děti a mládež

Poskytují komplexní péči dětem a mladistvým s návykovými nemocemi. Tato zařízení zatím chybí,

- telefonické linky pomoci

poskytují telefonicky podporu, informace a pomoc osobám s problematikou abusu alkoholu a drog. Mohou být zaměřeny i na ostatní krizové situace.

## PROGRAM PÉČE O OSOBY S DLOUHODOBÝM PSYCHICKÝM POSTIŽENÍM

### 1. Vymezení a charakteristika skupiny

Do této skupiny patří osoby s duševním onemocněním, jehož průběh má dlouhodobý charakter a v jehož důsledku již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, či toto nebezpečí hrozí.

Z klinického diagnostického hlediska jde o některé z pacientů s vážnější formou neurotického onemocnění či poruch osobnosti a o část pacientů s diagnózou psychotického onemocnění. Do této skupiny taktéž patří pacienti s primární diagnosou mentálního postižení a přidruženou psychiatrickou diagnosou. Skupina je charakteristická značnou vulnerabilitou, vysokou citlivostí na stresové situace různé povahy a rizikem selhávání v běžných životních aktivitách. U osob z této skupiny může docházet ke stavům, kdy v důsledku nemoci nejsou schopny rozpoznávat důsledky svého jednání, nejsou schopny toto jednání samy bezprostředně korigovat a někdy jim schází náhled na chorobnost svého stavu. Dochází k situacím, kdy samy pomoc nevyhledávají, i když jsou v akutním stavu nemoci. Pacienti z této skupiny si často nejsou schopni hájit své zájmy a svá práva. Onemocnění těchto osob může znamenat vysokou zátěž pro rodinu a nejbližší okolí, na druhé straně postoje rodiny mohou ovlivnit průběh onemocnění.

### 2. Popis současného stavu

Pacienti této skupiny tvoří až 40% klientely psychiatrických léčeben a jsou skupinou, která tvoří velký podíl klientely opakovaných a dlouhodobých hospitalizací. Péče o tyto pacienty se v současné době odehrává převážně v psychiatrických léčebnách, v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a v psychiatrických ambulancích. Další typy péče, zvláště pak ty, které jsou orientované na readaptaci pacientů v běžných životních podmínkách, jsou zatím rozvinuty minimálně a v některých regionech vůbec ne. Na rozdíl od EU nejsou legislativně upraveny.

### 3. Charakteristika potřebné péče

Nejsou známy specifické efektivní způsoby primární prevence. Významná je však sekundární a terciární prevence, které jsou schopny výrazně snížit negativní průběh nemoci a jeho

sociální dopady na nemocného. Jde o včasnou pomoc ve všech oblastech psychologických, sociálních a pracovních funkcí. Péče musí být uspořádána tak, aby v rámci léčení docházelo co nejméně ke ztrátě kontaktu pacienta s jeho běžným životním prostředím, aby pomoc byla maximálně nasměrována na běžné životní podmínky.

Z tohoto hlediska mají v potřebné síti zařízení výjimečné postavení ty její složky, které v systému péče doposud chyběly nebo byly nedostatečně zastoupeny: domácí léčení a péče, denní stacionář, denní sociální centrum, zařízení a programy podpory práce a zaměstnávání, chráněné bydlení a příprava pro samostatné bydlení a centra krizové intervence pro dlouhodobě duševně nemocné. Optimálním zařízením je takové, které podává služby komplexní.

Zvláště u této skupiny je důležité, aby pomoc měla kontinuální charakter, aby byl vytvářen multidisciplinární přístup a princip případového vedení (case managementu). Je nezbytná návaznost a koordinovanost různých typů pomoci a podpory, včetně spolupráce mezi intermediární, lůžkovou a ambulantní péčí, a péčí sociální a zdravotní. Systém péče musí být schopen aktivně vyhledávat nemocné, kteří nejsou schopni si sami zajistit adekvátní pomoc a kteří jsou v riziku zhoršení zdravotního stavu či výrazné sociální nouze, a vhodně je motivovat ke spolupráci. V každé fázi nemoci je zapotřebí hledat co nejméně restriktivní formy pomoci a i v případě, kdy je potřeba rozhodnout o dalším postupu péče bez souhlasu pacienta, je důležité jej co nejvíce do rozhodovacího procesu zapojit.

Důležitá je včasná, dlouhodobá práce s rodinou a i její podpora.

#### 4. Potřebná síť zařízení, služeb a programů

##### Praktický lékař

Je lékařem prvního kontaktu. Má největší možnost znát rodinné zázemí. Je důležitý v časném nasměrování pacienta na adekvátní odbornou pomoc a v další koordinaci postupu pomoci somatické, psychiatrické i sociálně pracovní. Zvláště v oblastech s nedostatkem odborných psychiatrických služeb může být jeho role v pomoci vážně duševně nemocným velmi významná.

##### Ambulantní psychiatr

Je nejčastěji místem prvního kontaktu pacienta s odbornými psychiatrickými službami. Provádí základní diagnostiku, poskytuje farmakoterapeutickou a základní psychoterapeutickou péči. Má důležitou roli v dispenzarizaci a v dlouhodobé koordinaci péče o pacienta. Speciálně vzdělaní psychiatři poskytují systematickou psychoterapii.

##### Psychiatr ve veřejné péči

Vybraní psychiatři poskytují péči ve zvýšeném veřejném zájmu.

##### Klinický psycholog

Provádí psychologickou diagnostiku, poskytuje psychoterapii s cílem posílení schopnosti nemocného obstát v běžných životních podmínkách.

##### Krizové intervence

Jde o bezprostřední psychiatrickou, psychologickou, psychoterapeutickou a socioterapeutickou pomoc v náhle vzniklých situacích, které pacient není schopen sám zvládat (dekompenzaci stavu pacienta). Krizová intervence je poskytována dle aktuální situace např. v místě bydliště pacienta (mobilní výjezdová jednotka) nebo v zařízení k tomu uzpůsobeném. Pracoviště poskytující tuto službu zprostředkovává další následné potřebné služby.

## Denní stacionář

Poskytuje specializovaný léčebně preventivní program pro dlouhodobě duševně nemocné jak v akutních fázích nemoci, tak pro následnou péči. Jeho činností je zejména poskytování systematické péče psychoterapeutické, psychofarmakologické a psychosociální rehabilitace.

## Lůžkové psychiatrické oddělení

Poskytuje krátkodobější pobyt na lůžku za účelem diagnostiky a odbornou pomoc v akutních stavech nemoci, včetně situací kdy pacient z důvodů nemoci ohrožuje sebe či své okolí. Provádí bezprostředně potřebnou terapii (farmakoterapie, psychoterapie, pracovní terapie) a zajišťuje předání pacienta do dalších potřebných služeb.

## Psychiatrická léčebna

V místech s prozatím nedostupnou lůžkovou péčí psychiatrických oddělení nahrazuje jejich funkci akutní, krátkodobé léčby. Převážně však slouží pro dlouhodobější terapii a rehabilitaci pacientů, kteří aktuálně nejsou schopni samostatného života v běžných životních podmínkách. Psychiatrické léčebny mají i funkci dlouhodobého asylu, jak pro pacienty, kteří by byli schopni života mimo ústavní zařízení, avšak za zvláště upravených podmínek, které v daném místě ještě nejsou vytvořeny, tak pro skupinu, která ani za těchto podmínek nebude schopna života v komunitě.

## Centrum denních aktivit

Poskytuje celodenní strukturované i nestrukturované programy se zaměřením na podporu sociálního zázemí pacientů, nácviku v oblasti každodenních praktických dovedností a pracovních dovedností. Podporuje aktivní zapojení pacientů i do vlastního vedení zařízení. Aktuální kapacita max. 30 pacientů denně.

## Programy podpory práce a zaměstnávání

Smyslem programů podpory práce a zaměstnávání je obnovení, zlepšení a udržení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. V návaznosti na to je dalším cílem těchto programů posílení sebedůvěry a zlepšení zdravotního stavu. Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám uživatelů, kteří jsou znevýhodněni na trhu práce takovým způsobem, že potřebují podporu přímo na pracovišti.

## Formy podpory práce a zaměstnávání

Liší se podle toho, zda je více kladen důraz na obnovení, zlepšení či udržení dovedností. Jsou to například:

### Rehabilitační a chráněná dílna

Je to pracoviště pro 5-15 osob se zkrácenou pracovní dobou, vhodným výrobním programem, prostředím s nízkým tlakem na výkon, přátelským klimatem a odbornou supervizí.

### Sociální firmy a sociální družstva

Specifickou formou je vytváření sociálních firem, což jsou samostatné provozy či podniky. Představují specifická pracoviště pro osoby s duševním onemocněním. Setrvání na pracovním místě není časově omezeno. Součástí takového podniku bývá obvykle i účast nemocných na řízení a rozhodování. Provoz takového podniku je podporován státem a je zapojen v běžném tržním prostředí, často ve sféře služeb.

### Přechodné zaměstnávání

Na vybraná pracovní místa v běžných podnicích jsou zařazováni na časově omezenou dobu nemocní za podpory sociálních pracovníků či sociálních terapeutů. Mohou tak absolvovat více přechodných pracovních míst. V případě výpadku či selhávání je nemocný nahrazen jiným klientem nebo dočasně pracovním terapeutem či sociálním pracovníkem. Součástí systému je klub zájemců o pracovní zařazení a služba vyhledávající vhodná místa.

### Podporované zaměstnávání

Spoluprací se zaměstnavateli je možné nalézat vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách. V podporovaném zaměstnávání jsou lidé s duševním onemocněním zaměstnáni na běžných pracovních místech bez časového omezení. Sociální pracovníci či pracovní terapeuti jim podle potřeby poskytují podporu.

### Podpora bydlení

Systém různých typů bydlení, odlišujících se mírou podpory a tréninku ze strany odborného personálu. Poskytuje podmínky pro nácvik v samostatnosti vedení domácnosti; umožňuje pacientům s dlouhodobě či celoživotně limitovanou mírou samostatnosti život mezi běžnou populací.

Dají se rozlišit například:

- a/ společné bydlení cca 10 osob se 24 hodinovou asistencí
- b/ společné byty s externí pomocí poskytovanou odborným týmem
- c/ samostatné byty s externí pomocí poskytovanou odborným týmem

### Případové vedení (case management)

U duševně nemocných s potřebou komplexní dlouhodobé péče zajišťuje péči současně několik služeb v rámci jednoho léčebně - rehabilitačního plánu. Koordinátorem práce s klientem je pracovník, který společně s nemocným a ve spolupráci s dalšími odborníky a nemocným vytváří a reviduje léčebně - rehabilitační plán, sleduje jeho plnění, zprostředkovává kontakt nemocného s potřebnými službami.

Tito pracovníci jsou zapojeni v týmu, aby byla zajištěna jejich zastupitelnost a nepřetržitost péče. Funkci případového vedení může zastávat jakýkoliv odborník z uváděných služeb, může ji zastávat výlučně či souběžně s poskytováním péče podle odbornosti či typu služby, kterou poskytuje.

### Domácí péče a domácí léčba

Domácí péče je určena lidem, kteří potřebují podporu a trénink dovedností potřebných k bydlení doma. Kromě toho může nabýt i podoby léčby v domácím prostředí (farmakoterapie, ošetrovatelská péče, psychoterapie, práce s rodinou). Může být zavedena po hospitalizaci, a tak lze zkrátit dobu pobytu v lůžkovém zařízení a usnadnit propuštění. V některých případech může hospitalizaci nahradit.

Domácí péče může být součástí činnosti kteréhokoliv psychiatrického zařízení anebo může být vykonávána v rámci agentury domácí péče.

Předpokládá se spolupráce psychiatra, klinického psychologa a pečovatele.

## PROGRAM PÉČE O OSOBY S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

### 1. Vymezení a charakteristika skupiny.

Poruchy příjmu potravy (PPP), mentální anorexie a bulimie, vznikají převážně u žen a dívek v adolescenci a rané dospělosti. Představují psychosomatické onemocnění, vyžadující specializovanou psychiatrickou, psychotherapeutickou a somatickou léčbu. Onemocnění vede často k somatickým invalidizujícím komplikacím, k poškození reprodukční schopnosti, k chronickému průběhu se zvýšenou sebevražedností a úmrtností. Má často nepříznivé důsledky v oblasti sociální (rodina, škola, zaměstnání) včetně trestné činnosti.

Nemocných s poruchami příjmu potravy přibývá v celém civilizovaném světě, v západních zemích se počet zvýšil až desetkrát v uplynulých 30ti letech. U nás dochází k nárůstu v posledním desetiletí, počet hospitalizovaných se zdvojnásobil a v porovnání s r. 1981 je pětinasobný (12/100.000 obyvatel).

### 2. Současný stav

Dosavadní péče se rozvíjela neplánovitě. Existuje nedostatek jak specializovaných lůžkových oddělení tak specializovaných ambulantních zařízení s kvalifikovanými odborníky. Postupně vzniká potřeba rozšiřování sítě zařízení pro léčbu PPP.

### 3. Charakteristika potřebné péče, spolupráce

Onemocnění PPP vyžaduje komplexní a diferencovanou péči jak somatickou, tak psychickou s ohledem na častou psychiatrickou komorbiditu na chronický průběh onemocnění a na rodinné prostředí. Na péči o osoby s PPP se účastní pracovníci primární péče, somatičtí specialisté, psychiatři a psychologové. Léčebné programy mohou být z části společné pro psychosomatické poruchy, event pro návykové stavy. Uplatňuje se kromě péče somatické i terapie rodinná, individuální a skupinová psychoterapie, rehabilitace.

V péči o nemocné s PPP se uplatňuje poradenství, časná intervence, spolupráce s rodinou, účast na svépomocných skupinách, telefonní pomoc, rodinná terapie, ambulantní sledování, intermediární psychiatrická péče a hospitalizace v psychiatrických zařízeních, někdy na specializovaných jednotkách s možností realimentace.

### 4. Specifické rysy sítě zařízení

Péče o osoby s PP se uskutečňuje v ordinacích primární péče /praktičtí lékaři, pediatři/, v ordinacích specialistů /psychiatrie, psychologie, neurologie, interna, gynekologie aj./. Dále jsou pro ně určena denní sanatoria buď všeobecného anebo specializovaného typu. Z lůžkových zařízení přichází v úvahu oddělení dětská, interní, psychiatrická, psychiatrické léčebny.

Ze specializovaných zařízení pro léčbu PPP jsou to ambulance pro PPP a specializované jednotky pro PPP.

Specializované ambulance by měly být pro oblast 300.000 obyvatel (psychiatr, psycholog, zdravotní sestra) a specializované jednotky pro PPP s 6-15 lůžky pro oblast 500.000 obyvatel.

## PROGRAM PÉČE O PACHATELE TRESTNÉ ČINNOSTI S DUŠEVNÍ PORUCHOU

### 1. Vymezení a charakteristika skupiny

Zdravotnická, resp. psychiatrická zařízení poskytují odbornou péči všem osobám, u nichž byla soudním rozhodnutím určena ochranná léčba. 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 sexuální deviace.

Nežřídká jde o osoby s bohatou kriminální anamnézou, nemotivované k léčení a značně společensky nebezpečné.

### 2. Současný stav

V současné době je v psychiatrických léčebnách 700-800 osob v ochranné léčbě a ve věznicích asi 600 čekatelů (r. 1999). Mimo to existují pořadníky na ochrannou léčbu protialkoholní a protitoxikomanickou. V Praze dosahuje počet stovek osob.

častěji předávají orgány vězeňské služby 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.

Velké problémy (dehumanizace, vykořisťování spolupacientů, nespolupráce, odmítání a sabotování léčby, útky) působí v psychiatrických léčebnách osoby s poruchami osobnosti a se závislostmi, kteří značně zhoršují léčebné ovzduší 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 fundovány a často navrhuji 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.

### 3. Charakteristika potřebné péče

Zvýšení kvalifikace soudních znalců v psychiatrii, atologii (AT problematice), sexuologii a klinické psychologii systémem doškolování prostřednictvím Kabinetu soudní psychiatrie IDVZ kontroly znalecké činnosti prostřednictvím komisí Krajských soudů pro znaleckou činnost.

Zpřístupnění zdravotnické dokumentace znalcům v případech trestního řízení i bez souhlasu obviněného.

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. Dále 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.

### 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.

Zřídít specializovaná soudně-psychiatrická oddělení pro psychiatrické znalecké vyšetřování osob stíhaných na svobodě a pro nespolupracující a neléčitelné pacienty. Jde o cca 50 lůžek na 1 milion obyvatel.

Zřídít speciální detenční ústav pro osoby v ústavním ochranném léčení, které nespolupracují nebo sabotují léčbu a jsou značně společensky nebezpeční pro duševní poruchu. Event. speciální oddělení pro vybrané osoby v ústavní ochranné léčbě. Takovýto ústav by měl zvláštní zabezpečovací zařízení, byl by mimo psychiatrickou léčebnu a spadal by pod resort spravedlnosti anebo zdravotnictví. Kapacita ústavu 80-100 míst.

Zřídít síť tzv. veřejné psychiatrické péče a síť ordinací AT, kde by se mj. soustřeďovaly osoby ve výkonu ambulantní ochranné léčby.

