



POLITIKA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ČR

CESTY K JEJÍ REALIZACI

Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi.

© Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Kamenická 25, 170 00 Praha 7
Tel/Fax. 233 376 301, www.cmhcd.cz

Za finanční podpory Nadace Open Society Fund Praha, Seifertova 47, 130 00 Praha 3
Tel. 222 540 979, Fax. 222 540 978, www.osf.cz

OBSAH:

I. ÚVOD	5
1. Projekt Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice	5
1.1. Realizace projektu	5
1.2. Charakteristika stávajícího stavu	6
1.3. Historie Politiky péče o duševně nemocné v ČR	7
2. Cíl – čeho chceme dosáhnout	8
2.1. Základní východisko	8
2.2. Dílčí měřitelné cíle	8
II. POLITIKA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	9
1. Vymezení a charakteristika cílové skupiny	9
2. Principy a hodnoty uplatňované při vytváření Politiky péče	9
3. Charakteristika potřebné péče	10
4. Nabídka služeb	11
4.1. Potřebná síť zařízení, služeb a programů	11
Zařízení resortu zdravotnictví	11
Zařízení a programy resortu sociální péče	14
Personální zajištění služeb o duševně nemocné	15
4.2. Odborné řízení	15
Odborné řízení na úrovni republiky	15
Odborné řízení na úrovni krajů	16
4.3. Zajištění kvality poskytované péče	16
Standardy	16
Supervize	17
Systém kontroly kvality poskytované péče	17
5. Lidská práva duševně nemocných	18
5.1. Aktivní obhajování práv duševně nemocných	18
6. Vzdělávání	19
III. SCENÁŘ ZMĚNY	20
1. Potřebné kroky změny	23
1.1. Varianty vývoje v oblasti financování	23
A. Zvýšení podílu financí pro psychiatrii	23
B. Převod akutní a dlouhodobé péče.	24
2. Nabídka služeb	28
2.1. Řízení služeb	28

2.2. Kontrola kvality služeb.....	28
3. Změny v legislativě.....	28
3.1. Ústavní péče.....	29
3.2. Způsobilost k právním úkonům.....	32
3.3. Opatrovnictví	34
4. Vzdělávání.....	35
IV. SHRNU TÍ	36
V. POKRAČOVÁNÍ PROJEKTU	41
1. Cíle pokračování projektu.....	41
POUŽITÁ LITERATURA, ZDROJE INFORMACÍ A KOMENTÁŘŮ K TEXTŮM	42
PŘÍLOHA č.1.....	43

Autorský tým:

MUDr. Jan Pfeiffer,	ředitel Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví
MUDr. Ondřej Pěč,	ředitel Psychoterapeutické psychosomatické kliniky ESET
MUDr. Pavel Baudiš,	Psychiatrické Centrum Praha
MUDr. Jan Stuchlík,	ředitel občanského sdružení Fokus Mladá Boleslav

I. ÚVOD

1. Projekt Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice

Dokument **Politika péče o duševní zdraví v ČR** (dále jen PPDZ) je výsledkem III. fáze projektu **Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice** podpořeného z prostředků programu **Nadace Open Society Fund a Mental Health Initiative, Open Society Institute Budapest**. Za laskavou podporu srdečně děkujeme. Je zaměřen na zlepšení péče o osoby se závažným duševním onemocněním v souladu s jejich zájmy a právy.

Hlavním cílem projektu je podpora a urychlení procesu změny směrem k moderním světovým trendům a to prostřednictvím návrhů potřebných úprav v oblastech určujících výslednou podobu sítě péče, ale i celkového vztahování se společnosti k duševně nemocným.

Projekt byl rozdělen na tři fáze, každá fáze měla specifický cíl. V první fázi šlo o popis stávajícího stavu, v druhé byla prováděna kritická analýza stávajícího stavu z hlediska uplatňování lidských práv klienta. Úkolem třetí fáze bylo vytvoření komplexní koncepce a cest její realizace prostřednictvím státní správy.

Tomuto dokumentu předchází **Zpráva o současném stavu politiky péče o duševní zdraví v ČR**, která podává informace o síti nabízených služeb a stávající legislativní úpravě. Součástí je také srovnávací studie analyzující systém péče o duševní zdraví v zemích EU a kritická analýza vycházející z porovnání naší situace se zahraničím.

Tento dokument je materiálem **konceptním**, nastiňuje tedy **ideální stav**, k jehož dosažení bude třeba dlouhodobé důsledné práce.

1.1. Realizace projektu

Úvodní seminář, konaný pod záštitou Ministerstva zdravotnictví dne 27. 2. 2003, sloužil k informování odborné veřejnosti o celkovém rámci projektu, možnostech jeho řešení a prioritních oblastech. Na úvodním semináři byla stanovena Rada projektu.

Rada projektu se skládala ze 12 členů, zástupců organizací a skupin, kteří jsou významnými hráči na poli vytváření a provozování sítě péče o duševně nemocné.

Koordinační skupina projektu byla stanovena již k fázi mapování. Skládala se převážně z koordinátorů pracovních skupin sestavených k jednotlivým mapovaným oblastem. Jejím úkolem bylo vymezovat hranice zvolených témat a oponovat výstupy pracovních skupin.

V rámci projektu byly sestaveny **pracovní skupiny**, které se věnovaly následujícím tématům:

- Administrativní rámec (s důrazem na financování)
- Legislativa
- Procedurální postupy a „kariéra klienta“
- Statistika a síť služeb (Nemocnost psychickými poruchami a síť stávajících služeb)
- Zahraniční kontext

Komise pro implementaci Koncepce oboru psychiatrie. Částečně v souvislosti s projektem byla ustanovená pracovní skupina pro realizaci Koncepce oboru psychiatrie. Složení této pracovní

skupiny se zčásti krylo se složením Rady projektu. Pracovní skupina se stala prvním oponentem výstupů pracovních skupin projektu. Dne 18. 6 2004 členové pracovní skupiny byly jmenováni Ministerstvem zdravotnictví do Komise pro implementaci Koncepce oboru psychiatrie (dále Komise). Na prvním oficiálním jednání Komise Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (dále jen CRPDZ) předložilo průběžnou zprávu projektu **Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice**. Komise přijala tento dokument jako svůj pracovní materiál a ocenila jeho koncepční charakter.

Předložená verze **Politiky péče o duševní zdraví** je tedy výsledkem práce mnoha jedinců i organizací. Podrobný seznam všech členů Rady projektu, koordinační a pracovních skupin naleznete v Příloze č. 1

1.2. Charakteristika stávajícího stavu

Tak, jak vyplynulo z mapování stavu péče o duševně nemocné v ČR, současný způsob poskytování péče často nezajišťuje dostatečnou lidskou důstojnost, ochranu a respekt práv osob se závažným duševním onemocněním a nevytváří dostatečné podmínky pro jejich integraci do společnosti. Pokračuje stav, kdy vážněji duševně nemocní lidé jsou ztraceni v komunitě či společensky marginalizováni dlouhodobým pobytem v lůžkových azylových zařízeních.

Na základě analýzy a popisu stavu a funkce sítě služeb v České republice a porovnáním se stavem v zahraničí jsme detailněji identifikovali hlavní problémy, jejichž řešení je cestou k vytvoření optimálních a humánních podmínek pro život duševně nemocných v ČR.

Charakteristikou stávající sítě péče je, že velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách, které v současné době slouží jak pro akutní, tak pro následnou lůžkovou péči. Psychiatrické léčebny jsou jako typ zařízení celosvětově označovány jako zařízení nevyhovující modernímu pojetí poskytované péče pro duševně nemocné.

Chování sítě péče vykazuje řadu nedostatků. Mimonemocniční služby nemají přesně stanovenou spádovost. Ne vždy jsou definované prioritní skupiny pacientů v rámci regionu či v rámci jednotlivé služby. Vstup do jednotlivých segmentů péče je často bezbariérový, bez principu gate keepingu. Systém přijímání a předávání pacientů do jednotlivých služeb nezajišťuje dostatečnou kontinuitu péče. Tato diskontinuita péče je zvláště mezi sektorem nemocniční a mimonemocniční péče. Není jasné kdo a do jaké míry je zodpovědný za koordinaci komplexní péče o konkrétního pacienta.

Monitoring služeb je v jednotlivých regionech zaměřen především na kvantitativní ukazatele, minimálně však na ukazatele kvality péče. Nezahrnuje pohled na síť služeb pro osoby s duševním onemocněním jako regionální celek a není dostatečně sledováno, jak stávající služby pokrývají celkové potřeby duševně nemocných. Stávající služby nejsou schopny poskytovat adekvátní, kontinuální, pomoc zvláště osobám s dlouhodobým duševním onemocněním.

Stávající postoje, znalosti a praktické dovednosti profesionálů péče o duševně nemocné spíše udržují stereotypy „klasické psychiatrické péče“ a neumožňují jejich zapojení do rozvoje nově koncipovaného, moderního způsobu poskytování péče.

Legislativní rámec nedostatečně vymezuje prostor pro tvorbu chybějících segmentů péče. Jeho nedokonalost vytváří značné vakuum v oblasti ochrany práv duševně nemocných.

1.3. Historie Politiky péče o duševně nemocné v ČR

Od roku 1995 probíhal v ČR proces formulace politiky péče o duševně nemocné, na jehož průběhu se CRPDZ výrazně spolupodílelo. Výsledný dokument Konceptce oboru psychiatrie, přijatý odbornou radou MZ ČR v roce 2001, odráží svojí dobu vzniku. Tento dokument je krokem k modernější péči o duševně nemocné, je však stále výrazně založen na kořenech „klasického“ systému psychiatrické péče. V konceptu psychiatrické péče má lékařská profese dominantní a značně kontrolující roli. Dále je v Konceptci oboru psychiatrie systém péče stále viděn značně roztříštěně. Síť je dělena na tři segmenty: ambulantní, semimurální a lůžkovou. Není přesně popsán její celkový princip a funkce sítě služeb. Zapojení primární péče má spíše okrajový charakter. Konceptce stále počítala s rolí psychiatrických léčeben. Není zřetelně definován dlouhodobější záměr jejich plné transformace. Princip ochrany a dodržování lidských práv je v celé logice dokumentu přítomen spíše okrajově. V zmiňované Konceptci jsou naznačeny změny postavení pacientů, ne zcela je však vyjádřen princip jejich zapojování do všech struktur řízení a rozhodování.

Proměna péče o duševně nemocné je dlouhodobý proces postupných změn. Důležitá je především jejich kontinuita.

Z tohoto důvodu předkládaná Politika do značné míry vychází z výše zmiňované Konceptce, avšak na základě popisu a analýzy současného stavu a studie zahraničních zkušeností, posouvá vidění budoucího systému péče více směrem k moderním, světovým, respektive evropským proudům.

2. Cíl – čeho chceme dosáhnout

2.1. Základní východisko

Z pohledu „Zásad ochrany duševně nemocných“ přijatých Generálním shromážděním Spojených Národů v roce 1991 může být narušením lidských práv osob s duševním onemocněním jak neposkytování adekvátní péče umožňující důstojný život, tak poskytování restriktivní, výrazně omezující péče.

Proto je **výchozím kritériem pro hodnocení kvality péče** míra respektu lidských práv stávajících a potencionálních klientů systému péče.

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 nejvíce přírodních podmínkách. Poskytovaná péče a podpora musí být vždy v co nejméně restriktivních, omezujících podmínkách.

2.2. Dílčí měřitelné cíle

- Změny legislativy umožňující praktickou realizaci Politiky péče o duševně nemocné v České republice.
- Úprava legislativy vymezující omezování osobní svobody osob s duševním onemocněním (nedobrovolná hospitalizace, nedobrovolné léčení, používání omezujících prostředků, omezení způsobilosti atd.) tak, aby plně odrážela práva těchto osob, jak jsou zakotvena v mezinárodních, v ČR ratifikovaných, úmluvách, deklaracích a normách.
- Vznik Krajských plánů rozvoje systému komunitně orientované péče o osoby s duševním onemocněním.
- Vznik a rozvoj nových typů přístupů, řídicích mechanismů a služeb, tak, že vznikne komplexní, regionální systém komunitní péče.
- Redukce, respektive transformace kapacit v klasických azylových zařízeních (psychiatrické léčebny, ÚSP specializované pro osoby s duševním onemocněním).
- Zařazení výukových modulů potřebných pro rozvoj a funkčnost moderní, komunitně orientované péče o duševně nemocné do vzdělávání všech relevantních profesí.
- Vznik systému advokacie práv a zájmů osob s duševním onemocněním.
- Vznik funkčního systému kontroly kvality poskytované péče.
- Vznik standardů vycházejících z komunitně orientovaného a lidská práva respektujícího konceptu a popisujících jak terapeutické tak procedurální, organizační a vzdělávací oblast péče.

II. POLITIKA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICCE

1. Vymezení a charakteristika cílové skupiny

Problematika péče o osoby s duševním onemocněním je velice široká, zahrnuje mnoho rozličných skupin a problémů. Cílem předkládané koncepce je vytvořit takový systém péče o osoby s duševním onemocněním, který by reflektoval moderní světové trendy a především trendy EU. Hlavní charakteristikou těchto trendů je maximální podpora a ochrana práv osob s duševním onemocněním ve všech obdobích jejich života, respektive průběhu nemoci.

Skupinou osob, která je v největším riziku nedodržování či porušování jejich lidských práv jsou 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. 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 mnohdy jim schází náhled na chorobnost svého stavu. Pacienti z této skupiny si často nejsou schopni hájit své zájmy a práva. Onemocnění těchto osob často znamená vysokou zátěž pro rodinu a nejbližší okolí.

Vzhledem k výše popsaným charakteristikám osob se závažným dlouhodobějším duševním onemocněním si bere Koncepce tuto skupinu jako skupinu cílovou, respektive skupinu, na jejichž osudu se nejvíce dá testovat míra kvality celého systému péče o duševně nemocné, hodnoceno aspektem dodržování lidských práv.

Obecné principy nové Koncepce jsou zacíleny na všechny osoby trpící duševním onemocněním. Avšak detailnější rozpracování je dále zapotřebí pro specifické věkové skupiny dětí, dospívajících a osob staršího věku. Koncepce se rovněž detailněji nezabývá problematikou osob trpících duševní poruchou, které jsou zároveň pachateli trestné činnosti, tedy systém forenzní psychiatrie- ochranného ústavního a ambulantního léčení.

Koncepce dále není zaměřena na péči o osoby s primární diagnózou závislosti na alkoholu a omamných látkách.

2. Principy a hodnoty uplatňované při vytváření Politiky péče

Autonomie - osobní svoboda - nezávislost klienta. Podpora „zdravých“ adaptivních mechanismů klienta i jeho okolí, spíše než pouhá orientace na kontrolu symptomů.

Zapojování klientů a rodinných příslušníků je princip na klienta orientované péče. Oblast plánování, řízení a vyhodnocování péče není jen oblastí odborníků. Klienti-pacienti i jejich rodinní příslušníci jsou aktivně, odpovídajícím způsobem zapojováni do všech fází, úrovní a procesů péče.

Účinnost - používání léčebných a terapeutických metod a přístupů, které jsou v běžných podmínkách reálného života průkazně účinné.

Všestrannost (vyváženost, komplexnost) - kvantita a kvalita služeb odpovídá potřebám klientů. Jde o vyváženost dilematu méně služeb pro širokou škálu pacientů či hodně služeb pro užší skupinu. Jedná se o balancování mezi kvantitou a kvalitou.

Spravedlnost (rovnoměrnost). Distribuce finančních prostředků má být transparentní, na základě zřetelných kritérií, která spravedlivě určují prioritní skupiny.

Odpovědnost (profesionalita). Zodpovědnost systému vůči pacientovi a zároveň vůči společnosti. Nutnost nacházení vyváženosti zodpovědnosti těchto dvou polarit. Důležitou součástí je důvěra a důvěryhodnost.

Efektivní využívání zdrojů souvisí především s ekonomickou adekvátností, účinnou zpětnou vazbou a hodnocením účinnosti.

3. Charakteristika potřebné péče

Orientace na podporu duševního zdraví a prevenci. Včasné rozpoznání duševních onemocnění a včasné moderní intervence mohou předcházet chronifikaci nemoci, respektive rozvoji kariéry „chronického pacienta“. Primární zdravotní péče - pedagogičtí pracovníci, pedagogicko psychologické poradny mají důležitou roli v časném rozpoznání duševního onemocnění a včasném poskytnutí či napojení na potřebnou podporu a pomoc.

Sekundární a terciární prevence jsou schopny výrazně snížit negativní průběh nemoci a její sociální dopady na nemocného. Jedná se o včasnou pomoc ve všech oblastech psychologických, sociálních a pracovních funkcí.

Péče v přirozeném prostředí. Péče je 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.

Kontinuita a koordinovanost péče. Pomoc má kontinuální charakter, je realizován 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.

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 vytváří, reviduje a sleduje plnění tohoto plánu. Na základě plánu 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 oblasti služeb péče o osoby s duševním onemocněním. Může ji vykonávat výlučně či souběžně s poskytováním péče podle odbornosti či typu služby, kterou poskytuje.

V oblasti péče o dlouhodobě duševně nemocné **psychiatrie úzce spolupracuje** s dalšími specialisty (lékaři primární péče, kliničtí psychologové, pracovníci psychoterapeutických a psychosomatických zařízení, pracovníci agentur domácí péče, apod.) a nejrůznějšími sociálními službami.

Aserktivní přístup. Systém péče je 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.

Práce s rodinnými příslušníky. Nedílnou součástí péče je včasná, dlouhodobá práce s rodinou a její podpora.

Dostupnost péče má rozměr geografický, psychologický (psychologické bariery), organizační (délka čekání) a finanční.

Zapojení zdravotní primární péče. Primární péče je klientovi blíže, je dlouhodobě spojená s jeho životním příběhem i rodinou. Rozšíření schopnosti primární péče starat se o pacienty s lehčí formou duševního onemocnění a provádět udržovací podporu a léčbu u stabilizovaných, vážněji duševně nemocných, zvyšuje kapacitu odborných služeb starat se intenzivněji o závažně duševně nemocné (včetně těch, kteří jsou v současné době umísťováni do psychiatrických léčeben).

Regionalita - spádovost. Je jasně definován region, v rámci něhož je zabezpečena komplexní služba. Každá služba má tedy definovanou spádovou oblast, jsou zřejmé její priority, postupy a okruh klientů, kterým je určena. Je vytvořena funkční síť spolupráce.

Postavení a vyváženost mimolůžkové a lůžkové péče. Lůžková péče je součástí komunitního systému. Péče není centrována okolo lůžek, lůžka jsou suplementem k péči primárně se odehrávající v komunitě. Lůžka jsou však nadále důležitou součástí systému péče, je však jasně definováno kdy je používat.

Gate keeping. Přejít z méně specializovaného segmentu, do segmentu více specializovaného je procedurálně ošetřeno tak, aby nedocházelo k nadužívání specializovaných služeb

Flexibilita služeb. Síť služeb není rigidním systémem. Obsah, forma a propojení jednotlivých služeb jsou schopny pružně reagovat na požadavky měnící se situace.

Multidisciplinarita a týmová práce. Pro zajištění komplexnosti péče je nutné, aby v systému byla zastoupena široká škála znalostí a dovedností, respektive profesí. V multidisciplinárním týmu se jednotlivé profese rovnocenně podílí na vytváření léčebného plánu i jeho realizace.

4. Nabídka služeb

4.1. Potřebná síť zařízení, služeb a programů

Zařízení resortu zdravotnictví

Primární zdravotní péče - Praktický lékař je lékařem prvního kontaktu a často zná dlouhodoběji pacienta i jeho rodinné zázemí. Je dostatečně obeznámen s problematikou duševních onemocnění. U svých pacientů včas rozpoznává rozvoj duševní nemoci a poskytuje potřebné léčení a případnou podporu pacientově rodině. Koordinuje dalších potřebné kroky k udržení pacienta v jeho přirozeném životním prostředí, včetně sociálního a pracovního zařazení. Zvláště v oblastech s nedostatkem odborných služeb péče o duševně nemocné je role praktického lékaře v pomoci duševně nemocným velmi významná.

V případě potřeby včas směřuje pacienta na adekvátní specializovanou pomoc systému péče o duševně nemocné. Udržuje přehled o průběhu léčení svého pacienta ve specializovaných službách, případně zajišťuje udržovací léčbu.

Ambulantní psychiatr - Psychiatrická ambulance je často místem prvního kontaktu pacienta se specializovaným systémem péče o duševně nemocné. Provádí základní diagnostiku, farmakoterapii a základní či, v případě speciálně vzdělaných ambulantních psychiatrů, systematickou psychoterapii. Pracuje jak se samotným pacientem, tak případně s jeho nejbližším rodinným prostředím. Má důležitou roli v dispenzarizaci a v dlouhodobé koordinaci péče o své pacienty. Spolupodílí se či přímo zajišťuje zapojení dalších potřebných služeb systému péče o duševně nemocné v péči o svého pacienta (včetně potřebné péče lůžkové) a udržuje s těmito službami potřebný kontakt. Důležitá je také propojenost ambulantního psychiatra se službami primární zdravotní péče v místě svého působení, respektive s lékaři primární péče svých pacientů. Za účelem optimalizace léčby v indikovaných případech plně předává (dočasně či trvale) pacienta do péče více specializovaných služeb, či do udržovací léčby primární péče.

Klinický psycholog - Ordinance klinických psychologů provádí psychologickou diagnostiku, poskytuje psychoterapii s cílem posílení schopnosti nemocného obstát v běžných životních podmínkách.

Denní stacionář (komunitní tým péče o duševní zdraví). Jedná se o multi-disciplinární tým zajišťující péči či specializované programy pro pacienty, jejichž potřeba péče (rozsah i intenzita) přesahuje rámec toho, co je možno zajistit v psychiatrické ambulanci či ordinaci klinického psychologa. Jedná se převážně o pacienty s komplikovaným průběhem nemoci, se závažnější duševní nemocí, rizikem opakovaných hospitalizací, mnohočetností potřeb vyplývajících z nemoci. Denní stacionáře poskytují specializovaný léčebně preventivní program jak v akutních fázích nemoci, tak ve fázi doléčovací či udržovací. Programem denního stacionáře je zejména poskytování ucelené péče sestávající ze systematické péče psychoterapeutické, psychofarmakologické a psychosociální rehabilitace, včetně intenzivní práce s rodinným prostředím pacienta. V případě potřeby denní stacionář poskytuje specializované programy pro všechny indikované typy klientů všech věkových kategorií ve své spádové oblasti. Ve větších aglomeracích mohou vznikat specializované stacionáře pro věkové kategorie, či typy onemocnění.

Péče denního stacionáře může být doplňující k základní péči ambulantního psychiatra (popřípadě praktického lékaře), povětšinou se však jedná o plné přebřání zodpovědnosti za komplexní péči o klienta. V takovém případě je tým denního stacionáře (komunitní tým péče o duševně nemocné) zodpovědný za identifikaci, zprostředkovávání či zajišťování dalších potřebných služeb pro své pacienty, jako jsou specializované služby psychosociální rehabilitace, či případná péče lůžková. Po dobu, kdy je pacient v péči týmu denního stacionáře, udržuje se službami, které jejich pacient paralelně navštěvuje (či je umístěn) pravidelný kontakt a koordinuje postup terapie a péče.

Asertivní komunitní tým. Jedná se o multiprofesní tým specializovaný na poskytování komplexní, vysoce individualizované a intenzivní zdravotně sociální péče pro pacienty, kteří vypadávají z ostatních typů služeb a jsou v riziku, že nedostanou žádnou potřebnou péči, či budou dlouhodobě hospitalizováni. Jedná se o pacienty se závažným duševním onemocněním, opakovanými hospitalizacemi, nízkou spoluprací se základními ambulantními službami, nízkým náhledem na své onemocnění, nedodržíváním potřebné medikace (nízká compliance), s historií sebepoškození či ohrožování okolí, s kombinací psychického onemocnění a závislosti na drogách či alkoholu (duální diagnóza). Snahou týmu je předcházet opakování hospitalizací pacienta, či je zkracovat na co nejkratší dobu. Za tímto účelem úzce spolupracuje se spádovým lůžkovým psychiatrickým zařízením. Práce týmu má převážně terénní charakter, velkou část potřebné terapie, podpory a pomoci poskytuje tým přímo, ale zároveň se snaží zapojovat své pacienty do dalších, pro ně potřebných služeb. Dlouhodobým záměrem týmu je zvýšit motivaci pacientů převzít větší odpovědnost za průběh svého onemocnění, zlepšit jejich spolupráci s ostatními službami péče o duševně nemocné a předat jejich péči jiným, méně asertivním službám, jako je tým denního stacionáře či ambulantní psychiatr.

Krizové služby - Krizový komunitní tým je multidisciplinární tým zajišťující bezprostřední psychiatrickou, psychologickou, psychoterapeutickou a socioterapeutickou pomoc v náhle vzniklých situacích, které pacient není schopen sám zvládat (dekompenzace psychického stavu pacienta včetně akutního stavu závažnějšího duševního onemocnění). Krizová intervence je poskytována podle aktuální situace buď v místě bydliště pacienta (mobilní výjezdová jednotka) nebo v zařízení k tomu uzpůsobeném.

Komplexní krizový tým provozuje telefonickou a emailovou pomoc, kontaktní centrum, službu s možností přespání a mobilní výjezdovou službu. Je schopen pro svoji spádovou oblast zajišťovat krizovou službu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Krizový tým poskytuje služby pro všechny věkové kategorie občanů ve svém spádovém regionu. Ve větších aglomeracích mohou vznikat specializovaná krizová centra pro určité věkové kategorie (děti – dospělí). Krizový tým poskytuje svou službu jen po dobu nezbytně nutnou pro zvládnutí akutní krize a zprostředkovává další následné potřebné služby. V případě, kdy závažnost psychické dekompenzace pacienta přesahuje možnosti krizového týmu, zajišťuje jeho, co nejdříve, předání do specializovaného lůžkového zařízení.

Tým domácí péče a domácího léčení (home care) je určen lidem, kteří potřebují podporu a trénink dovedností ve svém bytě. Kromě toho může nabýt i podoby léčby v domácím prostředí (farmakoterapie, ošetrovatelská péče, psychoterapie, práce s rodinou). Služba může být zavedena po hospitalizaci, čímž lze zkrátit dobu pobytu v lůžkovém zařízení a usnadnit propuštění. V některých případech může hospitalizaci nahradit.

Domácí péče může být součástí činnosti kteréhokoliv zařízení zdravotní péče o duševně nemocné nebo může být vykonávána v rámci agentury domácí péče.

Hlavním vykonavatelem domácí péče jsou specializované psychiatrické komunitní sestry. Pokud nejsou v základním týmu přímo zastoupeny další potřebné profese, je potřeba zajistit kvalitní externí spolupráci psychiatra, klinického psychologa a pečovatelek.

Lůžkové psychiatrické oddělení (psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice). Péče v lůžkovém psychiatrickém zařízení je poskytována jen v případě, pokud průběh duševního onemocnění je natolik závažného, akutního charakteru, že všechny dostupné mimonemocniční služby nejsou schopny poskytnout pacientovi dostatečnou terapii a podporu. Jedná se převážně o stavy, kdy pacient ohrožuje sebe či své okolí, či kdy diagnostika, nasazení nebo změna léčby vyžaduje intenzivní sledování a dohled. Lůžkové zařízení provádí bezprostředně potřebnou terapii (farmakoterapie, psychoterapie, pracovní terapie) po co nejkratší nutnou dobu. Od začátku přijetí, po celou dobu hospitalizace, až po moment propuštění tým psychiatrického lůžkového zařízení komunikuje a spolupracuje s profesionály či týmy starajícími se o pacienta v mimonemocniční péči. Tým lůžkového zařízení předává pacienta do dalších služeb tak, aby byly zajištěny všechny potřeby klienta a aby byla zajištěna kontinuita péče.

Následná zdravotní lůžková péče. Jedná se o lůžková zařízení, pro pacienty vyžadující dlouhodobou, značně intenzivní terapii, rehabilitaci, podporu a 24 hodinový dohled zdravotnického personálu. Jde převážně o pacienty s dlouhodobou historií pobytu v psychiatrických léčebnách. Jedná se také o skupinu nové generace klientů, kteří přes veškerou podporu v komunitě, včetně péče asertivní komunitního týmu, nejsou schopni života v méně chráněných podmínkách.

Podmínky v zařízení nejsou azylového charakteru, ale charakteru domácího s maximálním rehabilitačním potenciálem a využitím schopností pacientů zapojovat se do běžných každodenních činností vlastní sebe obsluhy a chodu zařízení. Z toho důvodu je i kapacita zařízení limitována počtem klientů do 50 (maximálně 100) osob. Zařízení je vnitřně členěno na menší celky- domácnosti po cca 10 klientech .

Zařízení a programy resortu sociální péče

Centrum denních aktivit (club house) poskytuje celodenní strukturované i nestrukturované programy se zaměřením na podporu sociálního zázemí klientů, nácviku v oblasti každodenních praktických dovedností, pracovních dovedností a využití volného času. Podporuje aktivní zapojení klientů i do vlastního vedení zařízení. Aktuální kapacita max. 30 pacientů denně s ohledem na velikost centra.

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 se liší podle toho, zda je více kladen důraz na obnovení, zlepšení či udržení dovedností. Jednotlivými segmenty systému pracovní rehabilitace jsou chráněná dílna, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání, pomoc při hledání zaměstnání, job club, sociální firmy a sociální družstva

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 klientům s dlouhodobě či celoživotně limitovanou mírou samostatnosti život mezi běžnou populací. Jednotlivými typy podpory bydlení jsou komunitní bydlení, dlouhodobé chráněné bydlení, dům na půl cesty, byt na půl cesty, tréninkové bydlení, podporované bydlení

Svépomoc. Náplní svépomocných skupin jsou různé klubové a volnočasové aktivity, vzájemná praktická výpomoc nebo společná organizace možností zaměstnávání. Často se skupiny orientují na hájení svých vlastních práv a zájmů, stávají se partnery profesionálů v plánování i provozování psychiatrických služeb. Tak se psychiatrická péče může orientovat na skutečné potřeby svých klientů a zároveň dochází k eliminování negativních zkušeností pacientů z psychiatrických zařízení.

Základními cíli svépomocných programů je změnit sociální či občanskou zkušenost, zlepšit sebeobraz klienta a jeho sebeuvědomění, hledání nových řešení svých problémů, vzájemná pomoc a v neposlední řadě vytvoření sítě přátel a sociálních vztahů, které normální společnost nenabízí.

Personální zajištění služeb o duševně nemocné

V zařízeních služeb o duševně nemocné pracuje široká škála profesí: psychiatři, kliničtí psychologové, specializované psychiatrické (komunitní) zdravotní sestry, střední a pomocní zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním, lékaři jiných odborností, rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti a ergoterapeuti, arteterapeuti, pedagogové, případně také dobrovolní a laičtí terapeuti a uživatelé služeb.

Všichni pracovníci jednotlivých profesí jsou specializováni či vyškoleni pro práci s duševně nemocnými v moderním, komunitně orientovaném systému péče, včetně systému multidisciplinární týmové práce. Vedoucí týmů či pracovišť mají vedle své základní profese odpovídající vzdělání v obecném i speciálním řízení (managementu) služby.

4.2. Odborné řízení

Odborné řízení na úrovni republiky

Provádí meziresortní skupina sestavená ze zástupců relevantních ministerstev (zdravotnictví, práce a sociálních věcí, pro místní rozvoj, školství, mládeže a tělovýchovy). Skupinu tvoří nejenom zástupci jednotlivých resortů, ale také zástupci systému všeobecného zdravotního pojištění, zástupci jednotlivých oblastí systému péče o duševně nemocné, zástupci pacientů a zástupci příbuzných pacientů.

Republiková meziresortní skupina úzce spolupracuje (oboustranně) s kraji, respektive s Krajskými skupinami pro rozvoj systému péče o duševně nemocné. Skupina pro řízení k jednotlivým tématům zřizuje pracovní týmy (task forces), případně zadává zpracování témat dalším relevantním organizacím a skupinám.

Posláním skupiny je monitorování průběhu procesu změny a vytváření legislativních podkladů, strategických materiálů, standardů, detailních doporučení a návodů potřebných pro realizaci Koncepce moderní péče o duševně nemocné. Výstupy skupiny jsou určeny (závazně) pro resort zdravotnictví, pro resort sociální péče, pro jednotlivé segmenty péče, odborná, profesní a zájmová sdružení v oblasti péče o duševně nemocné. Prostřednictvím odpovídajících resortních ministerstev jsou výstupy skupiny určeny i pro krajská zastupitelstva, respektive pro Krajské skupiny pro rozvoj systému péče o duševně nemocné.

Odborné řízení na úrovni krajů

Krajská zastupitelstva zřizují Krajské skupiny pro rozvoj a řízení systému péče o duševně nemocné. Skupina se skládá z reprezentantů krajské správy, zástupců systému všeobecného zdravotního pojištění na úrovni krajů, zástupců jednotlivých oblastí systému péče o duševně nemocné, včetně základních typů služeb, zástupců pacientů a jejich příbuzných. Posláním skupiny je mapování situace - zjištění místních potřeb v oblasti péče o duševně nemocné. Na základě národní Koncepce Krajská skupina vytváří místní implementační plán rozvoje péče a koordinuje jeho realizaci. Krajské skupiny se přímo či zprostředkovaně podílejí na monitorování a kontrole kvality lokálně poskytované péče. Krajské skupiny úzce spolupracují s Republikovou meziresortní skupinou.

4.3. Zajištění kvality poskytované péče

Zajištění kvality poskytované péče je prováděno několika nástroji a směry tvořící dohromady moderní systém. Jeho hlavní složkou je jednak zapojování uživatelů a rodinných příslušníků do rozhodovacích mechanismů, mechanismů zpětné vazby a jednak převážně pozitivní motivace a stimulace pracovníků systému péče.

Standardy

Standardy dobré praxe systému péče o duševně nemocné jsou jedním z hlavních nástrojů zajištění kvality poskytované péče a výrazně přispívají k srovnatelné úrovni poskytované péče na celém území republiky. Tvorba, respektive úprava stávajících standardů probíhá průběžně tak, aby odpovídaly moderním poznatkům a soudobým moderním světovým trendům, včetně aktuálního pojetí lidských práv, respektive práv duševně nemocných.

Do tvorby standardů jsou zapojeny jak všechny relevantní odborné profesní společnosti či sdružení a skupiny poskytovatelů, tak i pacienti a jejich rodinní příslušníci. Musí být zajištěno, aby standardy nebyly výrazem názoru jen jedné profesní či jiné skupiny.

Pokud si jednotlivé resorty podílející se na péči o osoby s duševním onemocněním vytvářejí vlastní, resortní standardy, musí být jejich tvorba a obsah kompatibilní se standardy ostatních resortů .

Standardy zahrnují oblasti obecných terapeutických a socio-rehabilitačních postupů, optimální postupy u jednotlivých skupin pacientů (například dle diagnóz, věku atd.), koordinaci a kontinuitu péče napříč jednotlivými zařízeními, práci multidisciplinárních týmů i systém kontinuálního vzdělávání.

Standardy pro jednotlivé typy služeb zahrnují i procedurální postupy týkající se přijetí do zařízení a vstupní procedury, režimových opatření, kontaktu pacientů s vnějším světem (v případě pobytových lůžkových zařízení), používání prostředků fyzického omezení, informovaného souhlasu s léčbou a péčí, dokumentace, vzdělávání, systému řešení stížností, vnitřních kontrolních mechanismů kvality péče, poskytování informací o klientech a klientům.

Supervize

Hlavní náplní supervize není kontrola, ale podpora profesního rozvoje. Supervize probíhá pravidelně jak na úrovni individuální či týmové práce s klientem, tak na úrovni vnitřního dění profesního týmu. Supervize je zaměřena na reflexi práce s klientem, reflexi potřebných profesních dovedností a znalostí, zvědomění emocionálních obsahů spojených s náročnou prací v oblasti péče o duševně nemocné a uvědomění kontextu, ve kterém je péče poskytována.

Systém kontroly kvality poskytované péče

Činnost jednotlivých zdravotnických a sociálních pracovišť posuzuje a kontroluje zřizovatel. U nestátních zdravotnických zařízení kontrolu provádí orgány Lékařské komory. Na kontrolní činnosti se podílí také Všeobecná zdravotní pojišťovna prostřednictvím revizních lékařů.

Kontrolní činnost zařízení provádějících přímou či nepřímou detenci osob s duševním onemocněním provádí Úřad veřejného ochránce lidských práv. Jednotlivá zařízení, včetně zařízení lůžkových, zřizují ke kontrolní činnosti vlastní dozorčí rady, kde jsou zapojováni i pacienti i rodinní příslušníci.

5. Lidská práva duševně nemocných

Respekt práv pacientů. Diagnostické, léčebné a rehabilitační postupy respektují a chrání důstojnost pacienta a práva duševně nemocných. V každé fázi nemoci se postupuje tak, aby byly používány nejméně restriktivní formy pomoci a to i v případech, kdy je potřeba rozhodnout o dalším postupu péče bez souhlasu pacienta. Pacient je co nejvíce do rozhodovacího procesu zapojen. Rozhodování o přijetí, léčení a propuštění z lůžkových zařízení jsou činěna po informování pacienta a v souladu s platnými zákonnými a etickými normami.

Prostředky omezující osobní svobodu nemocných mohou být použity až v krajním případě, po vyčerpání všech jiných možností a po co nejkratší nutnou dobu.

5.1. Aktivní obhajování práv duševně nemocných

Přestože duševně nemocní mají stejná práva jako jiní občané, nejsou často schopni je v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit. Spolu se špatnou či nedostatečnou legislativou pak dochází k tomu, že duševně nemocní jsou ve společnosti diskriminováni v přístupu k veřejným službám, hrozí jim častěji ztráta práce i majetku, během hospitalizace či při soudních řízeních jsou jejich práva obcházena nebo přímo porušována.

Z těchto důvodů je zapotřebí vytvářet specifické mechanismy ochrany jejich práv. Vedle změny právních norem to v praxi znamená vytváření programů obhajování práv duševně nemocných a mechanismů kontroly nad jejich dodržováním. Neméně důležité je vzdělávání všech zúčastněných v systému péče o duševně nemocné (včetně veřejnosti) v otázkách práv duševně nemocných, vytváření koalic zájmových skupin usilujících o dodržování práv duševně nemocných a jejich prosazování.

6. Vzdělávání

Specializovaným vzděláváním či tréninkem pro práci v systému péče o duševně nemocné prochází všichni pracovníci, včetně profesí s původně širším zaměřením (sociální pracovníci, zdravotní sestry, ergoterapeuti,). Obsah pregraduálního, zvláště pak postgraduálního a kontinuálního vzdělávání všech profesí odráží moderní trendy v péči o duševně nemocné.

Vzdělávání je zaměřeno na komplexní bio-psycho-sociální model přístupu v péči o duševně nemocné. V obsahu vzdělávání se uplatňuje nejenom model nemoci, ale také „recovery“ model - model uzdravení. Vzdělání je tedy zaměřeno nejen na terapii, ale také na rehabilitaci a moderní komunitní péči a je úzce propojeno s praxí. Obsahem vzdělávání je i oblast lidských práv a to zejména jak se ochrana práv pacientů s duševním onemocněním odráží v každodenní praxi. Do vzdělávání je včleněn princip multidisciplinární týmové práce. Do vzdělávání jsou jako lektori či instruktoři zapojováni také lidé se zkušeností uživatelů péče (klienti – pacienti) i rodinní příslušníci duševně nemocných.

Specializované vzdělávání je cíleně organizováno pro pracovníky zařízení, která prochází změnou, respektive, restrukturalizací (psychiatrické léčebny, specializované ústavy sociální péče). Cílem tohoto vzdělávání je, aby pracovníci těchto zařízení získali znalosti, zkušenosti a dovednosti, které jim umožní přechod a práci v jiných, modernějších typech zařízení, než pracovali doposud.

III. SCENÁŘ ZMĚNY

Tak jak vyplývá z analýzy procesu změny v zemích úspěšně procházejících tímto procesem je nutná jasná nadresortní politika, politické zadání, deklarování vize a vůle ke změně. Na vládní úrovni musí existovat orgán s dostatečnými pravomocemi pro naplnění politiky z úzkou provázaností na regionální, krajské úrovni

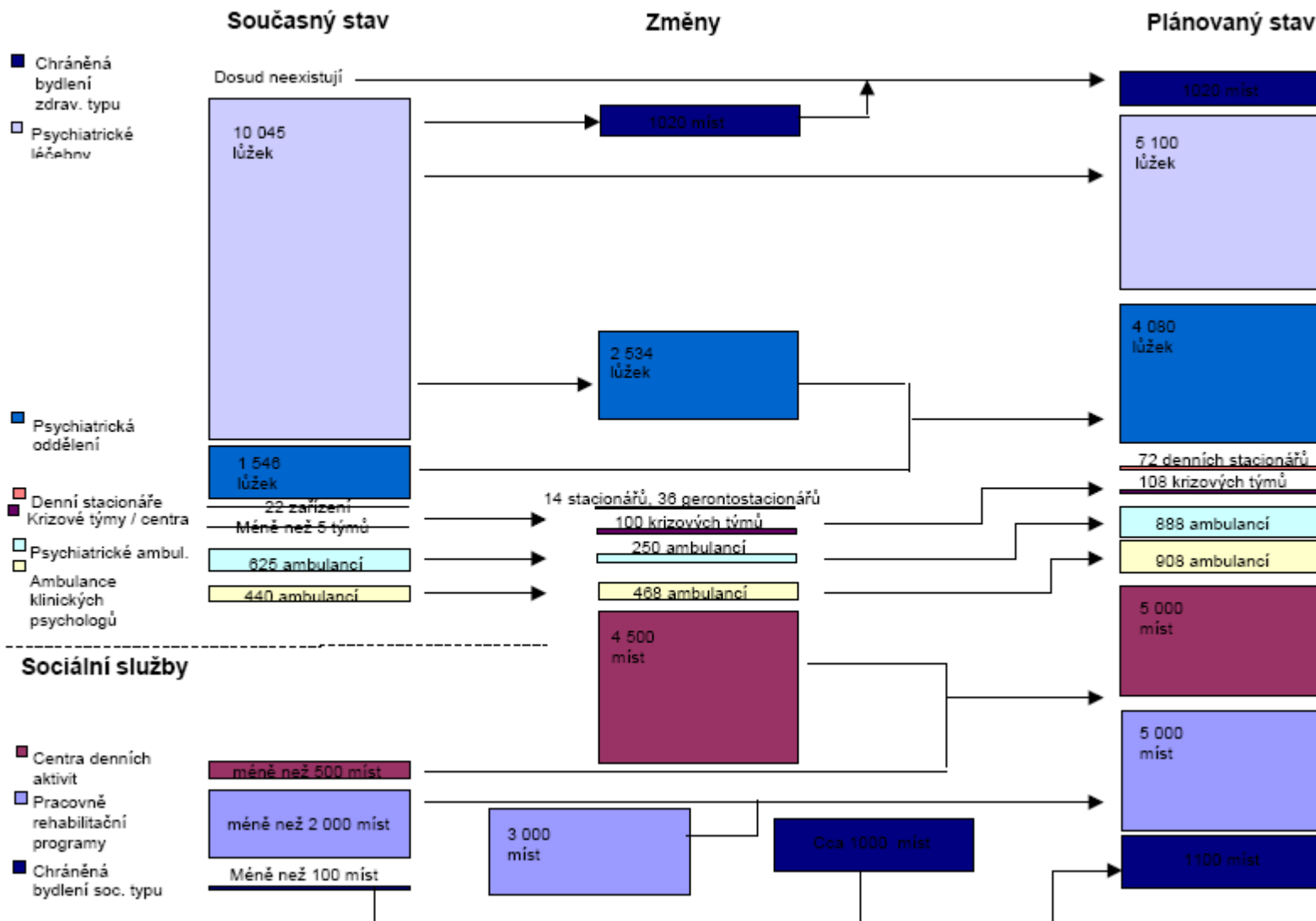
Transformační proces sítě služeb se týká především proměny funkce a využití stávajících kapacit psychiatrických léčeben. Akutní péče musí být přesunuta do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic. Pouze ve výjimečných případech (vzhledem k vhodné lokalitě a vybavenosti splňující podmínky moderní a humánní akutní psychiatrické péče) může být část stávající psychiatrické léčebny využita jako psychiatrické oddělení pro nejbližší spádovou oblast nepřesahující běžnou vzdálenost pro psychiatrická oddělení (cca 50 km) a počet obyvatel 200 - 300 tisíc. Tato zařízení se pak řídí stejnými pravidly jako ostatní psychiatrická oddělení.

Následná péče (dlouhodobější terapie a rehabilitace) v psychiatrických léčebnách musí být jasně oddělena od péče akutní. I funkce následné dlouhodobé terapie a rehabilitace se z léčeben postupně převádí do různých zařízení a týmů více integrovaných v běžné komunitě.

Obdobný proces musí proběhnout na úrovni Specializovaných ústavů sociální péče, které jsou určeny pro psychogeriatrické pacienty, pro osoby závislé na návykových látkách a pro jiné chronicky duševně nemocné, které není v současné době možné umístit do stávající mimonemocniční péče.

Rozvoj sítě služeb a transformování lůžkových kapacit znázorňuje následující graf.

Graf č. 1 Rozvoj sítě služeb – současnost a plán



Komentáře ke grafu č.1

Velikost jednotlivých objektů není v současné době reálně proporční. U lůžkových zařízení vycházíme z počtu lůžek, u ostatních služeb z počtu programů. Přesnějším obrazem by byla proporcionalita podle nákladů na péči (údaje zdravotních pojišťoven, rozpočty sociálních služeb) a nebo v ideálním případě proporcionalita podle objemu péče poskytované klientům. Data potřebná k vytvoření takového obrazu nejsou v současné době dostupná.

Z nedostatku přesnější terminologie jsou použity pojmy „chráněné bydlení zdrav. typu“ (míněna je rezidenční péče v podmínkách podobných běžnému bydlení, se zajištěním zdravotní péče a nepřetržitou přítomností personálu) a „chráněné bydlení soc. typu“ (není dodržen rozdíl mezi typy „chráněné bydlení“ a „dům na půl cesty“ tak, jak vymezují standardy sociálních služeb).

Údaje uvedené v grafu se liší mírou přesnosti. Některé bylo možno získat zcela přesně (počty lůžek, počty ambulancí – ÚZIS), jiné vycházejí z kvalifikovaných odhadů. Nejproblematictější je otázka počtu krizových týmů a krizových center. Pojem krizový tým není dostatečně vymezen, chybí základní standard, takže jsou uvedeny počty organizací, které samy sebe deklarují jako poskytovatele krizových intervencí v komunitních podmínkách.

1. Potřebné kroky změny

Vlastní postup transformace stávající sítě služeb může probíhat v několika scénářích, vedoucích v dlouhodobějším horizontu ke stejnému výslednému stavu:

- Vybudování kvalitní sítě psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic.
- Rozvoj mimonemocničních služeb, včetně služeb následné péče.
- Vyřazení azylové péče ze sítě služeb.

1.1. Varianty vývoje v oblasti financování

Z hlediska systému financování jsou možné dvě cesty vývoje:

- A. Zvýšení podílu financí pro psychiatrii.
- B. Převod akutní a dlouhodobé péče.

A. Zvýšení podílu financí pro psychiatrii

Celkový podíl psychiatrické péče na celkových nákladech zdravotní péče nedosahuje podle našich odhadů 3, 6 %. Tímto podílem nedosahujeme stavu ve většině evropských zemích, kde se tento podíl pohybuje nad 5 %. (*Viz Zpráva o současném stavu politiky péče o duševní zdraví v ČR*).

Za stávajících legislativních pravidel by bylo možné prosazovat zvýšení finančních prostředků pro psychiatrii v těchto oblastech:

- Zvýšení počtu stávajících typů zařízení a počtu pracovníků (lůžek) v nich.
- Zavádění nových typů zařízení či stimulace zařízení, která jsou rozvinuta zatím jen rudimentárně.
- Vznik nových nestátních neziskových zařízení (NNO) poskytující sociální služby psychiatrickým pacientům a rozvoj nových služeb a projektů ve stávajících NNO.

Kroky ke zvýšení podílu financí pro psychiatrii za stávajícího systému

- Aktivita zástupců profesních sdružení v dohodovacích řízeních k Sazebníku výkonů ke zvýšení konkurenceschopnosti některých psychiatrických služeb (AT ambulance, denní stacionáře, psychiatrická oddělení nemocnic) a k zavedení nových zdravotních výkonů na dosud nefinancované služby (krizové služby, rezidenční komunitní služby).
- Aktivita zástupců profesních sdružení v dohodovacích řízeních o ceně bodu ke zlepšení financování služeb v psychiatrii.
- Lobbying vzhledem ke zdravotním pojišťovnám k uzavření nových smluv se zařízeními v oblasti psychiatrické péče.
- Vytváření krajských koncepcí péče o duševně nemocné a lobbying na úrovni krajů pro financování neziskových organizací poskytující služby duševně nemocným.

B. Převod akutní a dlouhodobé péče.

Koncepce oboru psychiatrie, přijatá MZ 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 ambulancí, denních stacionářů, krizových služeb, chráněných bydlení a dalších rehabilitačních programů. Tato změna přinese jednak přesun těžiště léčby a rehabilitace pacientů směrem k jejich přirozenému prostředí, větší integraci psychiatrie do ostatních medicínských oborů, ale 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. Teoreticky lze v současnosti uvažovat o třech možných variantách při změně sítě.

1. Varianta s „rozdělením“ péče v psychiatrických léčebnách.
2. Varianta se zachováním jen některých oddělení psychiatrických léčeben.
3. Varianta se zachováním jen některých psychiatrických léčeben.

1. Varianta s „rozdělením“ péče v psychiatrických léčebnách.

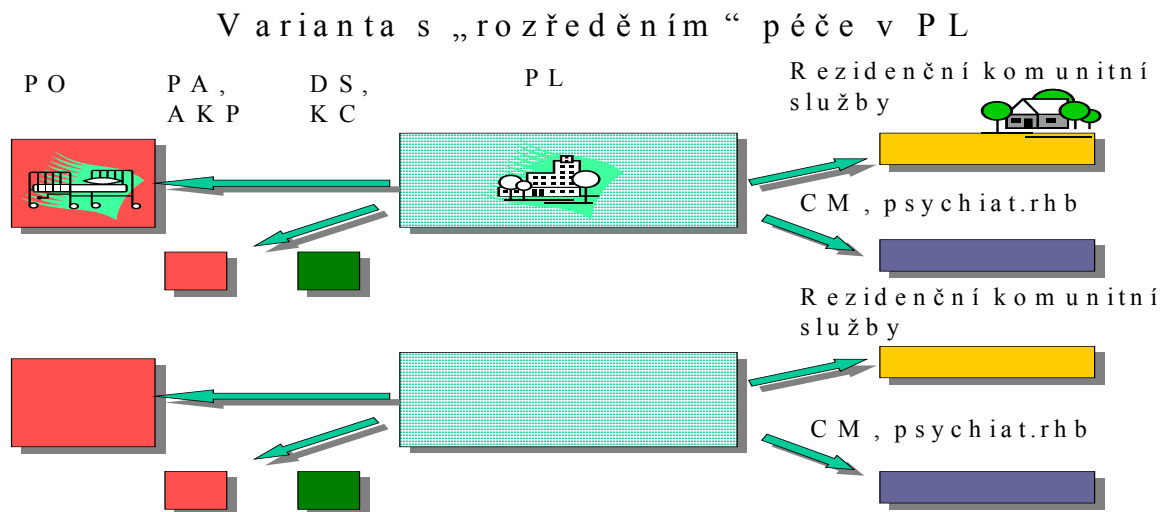
První varianta počítá se zachováním stávajících prostorových a personálních kapacit psychiatrických léčeben s tím, že v nich dojde k úbytku počtu pacientů. Zlepší se „komfort“ pacientů (intenzivnější péče personálu, zlepšení péče s ohledem na normy hygienické či v oblasti práv pacientů). Je však potřeba najít mechanismus, jak zvyšovat platby léčebnám výměnou za zvýšení tohoto „komfortu“ (např. náhradou za redukováná lůžka zvýšení hodnoty ošetrovacího dne či návrh platby za ošetrovací dny v návaznosti na poměr - úvazek personálu : počtu hospitalizovaných, normy hygienické, lidskoprávní). Výhodou tohoto řešení je bezpochyby i skutečnost, že by nedocházelo k dramatickým změnám, které by se dotkly personálu.

Nevýhodou této varianty je však větší finanční náročnost (zachování plateb v léčebnách a zvýšení finančních zdrojů v ostatních službách).

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

Schéma č.1 “Rozředění“ péče v psychiatrických léčebnách



Podmínky realizace

- Zachování celkových finančních příjmů léčebny při rovnoměrném snížení lůžek na jednotlivých odděleních.
- Mechanismus úhrady v léčebnách zvyšující hodnotu ošetrovacího dne za zvýšení „komfortu“ péče (poměr personál : pacienti, normy hygienické, lidskoprávní).

Výhody	Nevýhody
Zvýšení „komfortu“ Nepříliš dramatické změny Personál nepřechází do jiných typů zařízení	Finanční náročnost

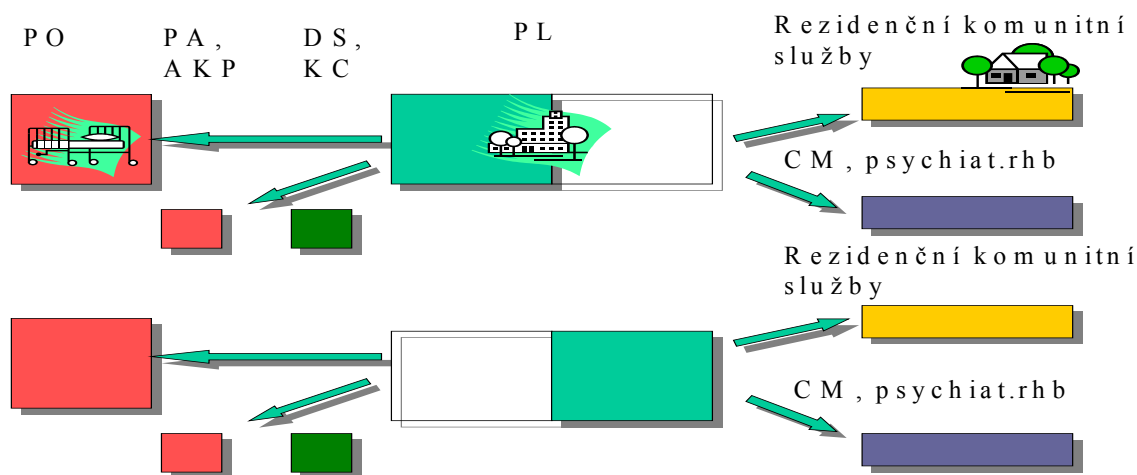
2. Varianta se zachováním jen některých oddělení psychiatrických léčeben.

V **druhé variantě** 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 nebo oddělení akutní lůžkové péče v nemocnicích. Výhodou této varianty by byla celkově menší finanční náročnost.

Nevýhodou je zachování stávajícího stavu ve zbylých odděleních léčeben a nutnost řešení změn pracovních kariér části personálu.

Schéma č.2 Zachování některých oddělení psychiatrických léčeben

Varianta se zachováním jen některých oddělení PL



Podmínky realizace

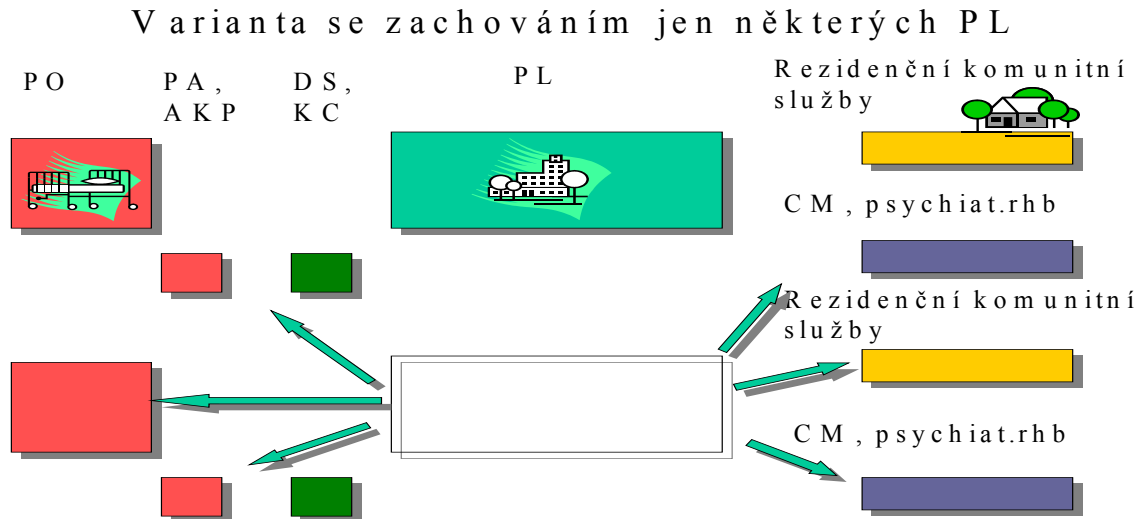
- Vyřešení fixních nákladů uvolněných oddělení.
- Finanční mechanismus převádějící úhrady za ušetřené lůžkodny na úhradu (např. rezidenčních komunitních služeb v komunitě pod správou léčebny).

Výhody	Nevýhody
Celkově menší finanční náročnost	Zbýlá oddělení léčeben zůstanou beze změn Problém vyřešení fixních nákladů po uvolněných odděleních

3. Varianta se zachováním jen některých psychiatrických léčeben.

Třetí varianta 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.

Schéma č.3 Zachování některých psychiatrických léčeben



Podmínky realizace

- Uzavření některých léčeben je možné jen z rozhodnutí vlastníka (stát, kraje). Vytvoření dostatečných kapacit mimoléčebenské psychiatrické péče a převod finančních zdrojů do nově vzniklých služeb.

Výhody	Nevýhody
Odpadá problém fixních nákladů	Náročnost propuštění pacientů a jejich převodu do jiných služeb Propuštění personálu a jeho event. převod do jiných služeb

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. vytvořit modelový scénář v konkrétním regionu
3. uskutečnit výše zmíněný scénář jako pilotní projekt v tomto regionu (experiment)
4. realizovat vyzkoušený, event. modifikovaný scénář v dalších regionech

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, v budoucí podobě možná v systému úhrad DRG nebo v systému „Public Private Partnership“ (dlouhodobého zprostředkovaného pronájmu budov a zařízení zdravotnickým službám).

2.Nabídka služeb

2.1. Řízení služeb

Je potřeba stanovovat regionální působnost služeb, jasně definovat jejich zodpovědnost za určitý typ klientely problémů v daném spádu. Vzhledem k tomu lze doporučit:

- Zlepšení pozice poskytovatelů, zvláště poskytovatelů zdravotně - sociální péče (většinou se jedná o nestátní neziskové organizace).
- Zajištění dostatečné informovanosti krajských orgánů o reformě péče o duševně nemocné a potřebných službách.
- Vznik Krajských skupin pro péči o duševní zdraví zajišťující plánování péče a její potřebnou koordinaci na manažerské úrovni.
- Stimulování psychiatrických léčeben k vytváření výhledových plánů, alespoň v souladu s existující Konceptí oboru psychiatrie a v návaznosti na spádové kraje.
- Zavedení systému monitoringu nově vznikajících typů služeb.

2.2. Kontrola kvality služeb

- Začlenit rodinné příslušníky a klienty do správních rad léčeben.
- Zaměřit kontroly v léčebnách na rozvoj dobré praxe i z pohledu konceptu lidských práv. Použit může být například dotazník Audit práv a etiky v psychiatrických léčebnách (CRPDZ).
- Podpořit zlepšení situace v psychiatrických léčebnách cestou doporučení, metodických materiálů.
- Připravit skupinu expertu schopnou nabídnout zřizovatelům a Ministerstvu zdravotnictví nezávislý audit dodržování lidských práv v léčebnách.

3. Změny v legislativě

- Zvážit výhody a nevýhody zákona o duševním zdraví.
- Připravit zákon o výkonu ochranného léčení, podobný jako v sousedních zemích EU.
- Postupná úprava legislativy tak, aby zohledňovala práva pacientů, odstranila existující diskriminaci psychicky nemocných, zajistila dostupnost všech typů péče a zabezpečila terapii pokud možno v přirozeném prostředí.
- Promítnuti nového systému poskytování a financování péče o duševně nemocné v zákonech.

Na základě závěrů diskusí při setkáních legislativní skupiny projektu, lze uvést následující možnosti nápravy uplatňování práv duševně nemocných v oblastech

- A. Ústavní péče
- B. Způsobilost k právním úkonům
- C. Opatrovnictví

3.1. Ústavní péče

Hmotněprávní aspekty

a) Výslovné zakotvení pojmu informovaného souhlasu, zásady pro jeho používání a konkrétní podobu jeho provádění, a to tak aby byla v souladu s mezinárodními závazky ČR a předpisy majícími v případě nesouladu přednost před zákonem. Je nutné ukončit používání pojmu „souhlas, který lze předpokládat“ (tzv. presumovaný souhlas“) ve smyslu ust. § 23 odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu a postavit najisto otázky tzv. „zástupného souhlasu“ poskytovaného zákonnými zástupci. V případě nezletilců je potřeba stanovit, od které věkové hranice není souhlas zákonného zástupce s to nahradit souhlas nezletilce - určit věkovou hranici, která bude rozhodujícím kritériem pro vznik povinnosti soudně přezkoumat detenci. Abstraktně formulovaná hranice je nevhodná, praktičtější patrně bude konkrétně stanovený věk. Číslo je diskutabilní, pravděpodobně okolo 14 až 15 let. Dále je potřeba definovat, ke kterým zákrokům je postačující pouze souhlas zákonného zástupce a kde navíc také souhlas soudu. Je nutné výslovně zakotvit zásadu maximálně možného přihlídnutí k názorům osoby neschopné dát souhlas a provést jasné odlišení postavení osob zbavených a omezených ve způsobilosti k právním úkonům.

b) Redefinovat kritéria pro psychiatrickou detenci, provést odlišení kritérií psychiatrické detence prováděné ve zřejmé nouzi „za akutního stavu“ a detence prováděné za okolností méně časově vypjatých (nekrizových). Úprava musí jasně stanovit postup při obou typech detence, podmínky trvání detence a pojistky proti jejímu zneužití (u nekrizové situace především dvě lékařská vyjádření před provedením detence). K diskusi je nepochybně kritérium pro nekrizovou detenci. Dále je třeba zvláště vymezit, které léčebné výkony je možné provádět v mezidobí od provedení detence do rozhodnutí soudu o její zákonitosti. Jasně stanovit kritéria pro ukončení detence, nelze ho směřovat se zánikem účinnosti soudního rozhodnutí autorizujícího detenci. V nové úpravě by měla být jasně artikulováno nejen „oprávnění zařízení propustit“ zadržného před vypršením účinnosti soudního rozhodnutí, ale také tomuto oprávnění obsahově odpovídající „povinnost“.

c) Eliminovat, popř. zúžit možnost udílení dodatečného souhlasu s léčbou ve smyslu ust. § 24 zákona o péči o zdraví lidu. V psychiatrické ústavní praxi je tento postup jednou z příčin udílení neplatných souhlasů s léčbou (v důsledku vlivu medikace, prostředí a personálu).

d) Doplnit komplexní úpravu používání omezujících prostředků či postupů, a to z několika hledisek:

- intenzita a způsob omezení (fyzické – manuální: úchopy a hmaty, technické a prostorové: fixace částečná a celková, kurty, izolace (samotky), síťová lůžka a kazajky, chemické: medikace)
- doba trvání (akutní, krátkodobé do max. 1 hod., dlouhodobé)
- výslovné zakotvení zásady „terapeutické či medicínské nezbytnosti použití“, „nejméně omezujícího opatření“ a „nejkratšího možného trvání“

- jasné stanovení kontrolní působnosti soudu v rámci detenčních řízení i nad používáním omezujících prostředků
- stanovení náležitostí dokumentování používání omezujících prostředků: tj. údaje o počátku, důvodech pro užití omezujících prostředků a jejich trvání, průběhu (vč. medikace) a ukončení izolace, údaje o osobě, která rozhodla o provedení izolace, která následně rozhodovala o dalším trvání izolace, příp. údaje o následném přezkumu důvodnosti trvání izolace sborem lékařů, údaje o osobách, které prováděly monitoring izolovaného, nelze-li je zjistit jinak (např. staniční deník),
- úprava organizačně - provozních podmínek používání omezujících prostředků (specializované oddělení, vyškolený personál, uspokojivé parametry obyvatelnosti u izolace: teplota místnosti, kvalita osvětlení, vybavení místnosti, hygienické podmínky, možnosti osobního kontaktu izolovaného s ošetřujícím personálem, atd.)

e) Legislativně vymezit součinnost subjektů/orgánů participujících na provádění psychiatrických detencí. Jedná se především o spolupráci policie, rychlé záchranné služby a samotných zdravotnických zařízení, včetně způsobu a rozsahu poskytování informací příslušníku policie zdravotnickým zařízením o okolnostech případného zadržení pacienta za účelem zanesení do zdravotnické dokumentace.

f) Podrobněji (a jednoznačně) rozpracovat otázky přístupu do zdravotní dokumentace. Je nutné umožnit přímý přístup pacientů (jejich zákonných zástupců) k originálům při zajištění ochrany práv třetích osob, rozšířit okruh oprávněných osob po úmrtí pacienta (neprojeví-li před smrtí prokazatelně a náležitou formou opačné přání), upravit nahlížení na základě zmocnění.

g) Zavést a provádět systematickou a celoplošnou vnější kontrolu psychiatrických ústavních zařízení z pohledu dodržování lidských práv a základních svobod a zákonnosti vůbec a to za plnohodnotné součinnosti nestátních organizací včetně sdružení uživatelů a rodinných příslušníků. Součástí by mělo být také shromažďování statisticky hodnotitelných (anonymních) údajů o používání omezujících prostředků a postupů.

Procesněprávní aspekty

a) Doplnit institut určitých předběžných opatření ve vztahu k nakládání s majetkovými hodnotami po dobu trvání detence, resp. po dobu počáteční fáze detence. Jedná v podstatě o zavedení nového institutu rozhodování o dočasném omezení výkonu některých majetkových práv. Soud by měl v rámci detenčního řízení zároveň rozhodovat i o provizorním režimu uživatelova nakládání s majetkovými hodnotami. Dnes toto dělají léčebny faktickou cestou a bez jakéhokoli zákonného podkladu či zmocnění, což je z lidskoprávního hlediska nepřijatelné.

b) Rozpracovat ustanovení o dokazování v řízení. Vzhledem k převažujícímu přílišně formálnímu přístupu soudů k dokazování v řízení by bylo vhodné podrobněji upravit průběh dokazování. Za úvahu stojí bližší úprava typů důkazních prostředků, které by soud měl obligatorně provést – např. výslechy osob, které mohou podat přímé svědectví o okolnostech, které vedly k provedení detence. Přitom by však zákon mohl umožnit, aby soud z důvodu „zcela zřejmé nadbytečnosti“ od rozsáhlejšího dokazování upustil.

c) Doplnit procesní úpravu (správního) rozhodování o právech a povinnostech pacientů při poskytování zdravotní péče, popř. faktických zásazích do těchto práv, Tento požadavek vznáší i Úmluva o lidských právech a biomedicíně v jejím čl. 7.

d) Doplnit a rozšířit procení záruky rovnoprávného postavení zadrženého v řízení. Existuje značná rozkolísanost výkladu zákonných kritérií použití opatření, v jejichž důsledku dochází k oslabování procesního postavení uživatelů v řízení. Je třeba s ohledem na princip zachování rovných procesních práv a povinností všem účastníkům řízení změnit dosavadní zákonnou konstrukci, která váže možnost nedoručovat soudní rozhodnutí a nepřizývat zadrženého uživatele k jednání na obsah vyjádření samotného ošetřujícího lékaře zadrženého uživatele, tj. zaměstnance zdravotnického ústavu, který jakožto další účastník řízení, může mít zájmy odlišné od zájmů uživatele. Úsudek o těchto skutečnostech by měl být povinen udělat si výlučně soud, a to na základě všech jemu dostupných a řádným procesním způsobem získaných poznatků. Rozhodnutí nedoručit či nepřizvat k jednání by měla být řádně odůvodněna tak, aby umožňovala přezkum nadřízeným soudem.

e) Rychlost provedení řízení a zkrácení max. doby účinnosti rozsudku. Je třeba vycházet z toho, že rychlost právní ochrany je nezbytnou podmínkou pro její účinnost. Jako nanejvýš žádoucí se jeví zkrácení lhůt pro rozhodnutí: pro první o zákonnosti provedení detence cca na 72 hodin a pro druhé o 3 týdny pro rozhodnutí o dalším trvání detence (pro srov. rychlost soudního rozhodování ve věcech neodkladné péče o nezletilé – 24 hod. lhůta, viz ust. § 75 odst. 4 o.s.ř.), Dále je třeba zvážit omezení účinnosti rozsudku, jímž soud povoluje detenci např. na cca 3 – 6 měsíců (oproti dnešnímu jednomu roku), které by jistě lépe vystihovalo význam přezkumu omezení osobní a dalších svobod, ke kterým dochází při psychiatrické detenci. Vysoká periodicita přezkumů může významně přispět k omezení rizika nedůvodných detencí.

3.2. Způsobilost k právním úkonům

Hmotněprávní aspekty

a) Začlenit do příslušných ustanovení občanského zákoníku povinnost soudu zabývat se nejdříve možností vyšetřovanou osobu ve způsobilosti omezit (shledá-li toto soud jako důvodné), a až následně, ukázalo-li by se takové opatření po určité době jako nedostatečné s ohledem na ochranu práv a zájmů opatrovance, by bylo možné přistoupit ke zbavení. Vzhledem k tomu, že v některých případech může být přistoupení přímo ke zbavení způsobilost žadoucí, mohl by zákon soudům poskytnout možnost odchýlit se od tohoto postupu.

b) Změnit konstrukce „celkového“ zbavení způsobilosti, kdy po tomto opatření osoba zbavená způsobilosti má nulovou možnost právně relevantním způsobem projevit svoji vůli. Je přinejmenším otázkou diskuse, zda-li by nebylo vhodnější navrátit se k dřívější úpravě a i osobám „zbaveným“ způsobilosti k právním úkonům přece jen určitou způsobilost přiznat tak, jak to činil např. Řád o zbavení svéprávnosti z r. 1916, který platil na území dnešní ČR až do r. 1951, v ustanovení § 3 když stanovil, že osoba plně zbavená svéprávnosti je z hlediska způsobilosti k právnímu jednání postavena naroveň „dítěti do sedmého roku věku“. Přičemž však stanovení konkrétní věkové hranice by bylo třeba zvážit. Další variantou možného řešení (a tímto směrem se snad zatím ubírají úvahy tvůrců nového občanského zákoníku), by bylo přímo zákonem stanovit nemožnost dovolávat se neplatnosti úkonu osoby nezpůsobilé k právním úkonům, jednalo-li by se např. o úkon s předmětem plnění nepatrné hodnoty či o úkon směřující k uspokojení denních potřeb opatrovance (nákup základních potravin, apod.).

c) Zvážit vytvoření úpravy, podle které by přímo ze zákona byla omezena účinnost rozsudku, jímž došlo ke zbavení (omezení) způsobilosti (konkrétní délku by mohl v závislosti na individuálních okolnostech případu určit soud v rámci určitého zákonem vymezeného časové intervalu – tj. nejdelší možné lhůty – patrně několikaleté). V podstatě by šlo o konstrukci obdobnou té, kterou dnes známe z detenčního řízení (viz ust. § 191e o.s.ř.).

Při tomto následném přezkumném řízení by procesní postavení vyšetřovaného bylo obdobné jako při prvním řízení o jeho způsobilosti – bylo by na soudu, jakožto orgánu veřejné moci, který zvažuje prodloužení trvání opatření zasahujícího do soukromé sféry vyšetřovaného, aby dostatečně argumentoval nutnost tohoto opatření a tento závěr opřel o přesvědčivé důkazní závěry.

Procesněprávní aspekty

a) Nahradit současná příliš široká kritéria (srov. „újma na zdravotním stavu vyšetřovaného“ dle ust. § 187 odst. 2 a „nepříznivé působení“ a „neschopnost pochopit význam rozhodnutí“ dle ust. § 189 odst. 2 o.s.ř.) kritérii přesnějšími, které by znemožňovaly nepřiměřeně široké možnosti soudu upustit od výsledku vyšetřovaného a od doručení rozhodnutí ve věci (dle ust. § 187 odst. 2 a § 189 odst. 1 a 2 o.s.ř.). Určitá

odstupňovanost je nutná: např. „odůvodněné obavy“, „zřejmá vážná újma na zdravotním stavu“ apod. Přitom jedinou chráněnou hodnotou by do budoucna mělo být zdraví (psychický stav) vyšetřovaného, a to navíc při zohlednění nikoli jen krátkodobých, ale též dlouhodobějších dopadů na jeho psychiku za situace, kdy bude zbaven či omezen ve způsobilosti k právním úkonům bez svého vědomí.

b) V oblasti kvality znaleckých posudků je nutno uvažovat o důsledném uplatňování (profesní) odpovědnosti za neodborně vypracovaný posudek, jehož neodbornost by vyšla najevo např. v dalších stupních soudního řízení (např. formou zpětného odnětí nároku na znalečné, nebo dočasným či při opakovaných případech trvalým vyškrtnutím ze seznamu znalců vedených u příslušného krajského soudu), nebo také zvýšením počtu obligatorně vypracovávaných znaleckých posudků (tak jako do r. 1964, kdy zákonem byl stanoven počet minimální počet znaleckých posudků na dva).

3.3. Opatrovnictví

Hmotněprávní aspekty

a) Upravit kompetence a působnosti opatrovníka v nemajetkové sféře opatrovance, a to především s ohledem na určování místa pobytu, bydliště, umístování do uzavřených ústavů, provádění lékařských diagnostických a léčebných výkonů. Je třeba formulovat jasná pravidla pro předkládání periodických správ o výkonu funkce opatrovníka, vč. jejich obsahových náležitostí. Účelným nástrojem by také mohlo být uzákonění osobního styku opatrovníckého soudce s opatrovancem, který dnes bývá spíše výjimkou. Otevřenou koncepční otázkou zůstává možnost ustanovit téže osobě více opatrovníků (např. pro řešení majetkových otázek – správu jmění, přímý každodenní styk s opatrovancem). Je třeba postavit najisto otázky úplatnosti výkonu funkce opatrovníka. Jako prioritní se jeví výslovné zakotvení povinnosti opatrovníka dbát při správě záležitostí opatrovance jeho názorů a stanovisek, je-li to objektivně možné.

b) Jako naléhavé se jeví vyčlenění dostatečného počtu kvalifikovaného a motivovaného personálu a dostatečného materiálního zabezpečení především v obcích, v jejichž obvodech se nalézají ústavy sociální péče, v nichž je vysoká koncentrace osob zbavených způsobilosti k právním úkonům a kde je tudíž třeba vysokého počtu tzv. veřejných opatrovníků. Je třeba otevřít otázku financování výkonu těchto činností (přenesená působnost), posoudit možnou roli krajů, a pokusit se zjistit míru případné podpory pro vytvoření jakési obdoby institutu sociálně právní ochrany dětí ve vztahu k zletilým osobám, které byly zbaveny způsobilosti k právním úkonům. Jako žádoucí se také do budoucna jeví příprava a zavedení specializovaných opatrovníků v závislosti na (zdravotních) příčinách či důvodech pro opatrovnictví (podle typologie projevů různých duševních poruch). Pro výkon opatrovníckých funkcí by měly být zavedeny jasná kvalifikační kritéria.

c) Upravení řešení možných konfliktů zájmů opatrovance a opatrovníka. Praxe, při níž jsou ustanovovány za opatrovníky zařízení poskytující ústavní péči opatrovníkům nebo dokonce zaměstnanci těchto zařízení (jako fyzické osoby) by jednoznačně měla být zákonem prohlášena za nepřipustnou. Postavení opatrovance by prospělo výslovné rozšíření okruhu situací, v nichž připadá v úvahu použití institutu kolizního opatrovníka - ze současného střetu zájmů zákonného zástupce a zastoupeného, popř. dvou osob zastoupených týmž zákonným zástupcem (§ 30 občanského zákoníku) také na střety zájmů opatrovance a osob blízkých opatrovníkovi, popř. osob „jednajících s opatrovníkem ve shodě“.

d) Uzákonit zásadu naprosté informační otevřenosti vůči opatrovanci, např. stanovením automatického zasílání správ opatrovníka určených soudu také opatrovanci.

e) Zvážit zavedení opatrovníckých standardů, které by za pomoci strukturovaného hodnocení určitých oblastí vztahu opatrovance a opatrovníka pomohlo objektivizovat úroveň výkonu této funkce a zajistit vnější systematickou kontrolu opatrovníků – (hodnotícími hledisky by např. mohly být míra obezřetnosti

opatrovníka se situací opatrovance (osobní, rodinnou, zdravotní, finanční), intenzita a forma kontaktu s opatrovancem, míra respektu k jeho názorům a stanoviskům při rozhodování, vyjádření samotného opatrovance, atd.). Opatrovníci by měli podléhat pravidelné inspekční činnosti prováděné k tomu školenými hodnotiteli.

Procesněprávní aspekty

a) Jako prioritní se jeví **zajištění pravidelného (a nikoli jen formálního) kontaktu opatrovnického soudce, opatrovníka a opatrovance**, povinnost zkoumat názory a stanoviska opatrovance na zvažovaná opatření majetkoprávní i osobní povahy, vyžadování odůvodnění nepřihlednutí k těmto názorům.

b) Začlenit fázi **prodlení mezi právní mocí rozhodnutí soudu o zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům a rozhodnutím, jímž je ustanoven opatrovník (popř. ještě okamžikem složení opatrovnického slibu)** již do řízení o úpravě způsobilosti k právním úkonům tak, aby v okamžiku nabytí právní moci rozhodnutí, že se někdo zbavuje (omezuje) ve způsobilosti bylo zřejmé, kdy bude vykonávat funkci. Nepřípustnost jakéhokoli nezanedbatelného prodlení platí také v mezidobí od případného zproštění opatrovníka jeho funkce, až po ustavení nového.

4. Vzdělávání

- Zajistit dobrou informovanost o potřebných změnách, jejich důvodech a nákladech jak samotných profesionálů péče o duševně nemocné, tak rozhodujících orgánů a organizací s cílem vytvoření celkově vstřícnějšího prostředí pro proces změny.
- Podpořit zařazování vzdělávání v oblasti nových trendů v péči o osoby s dlouhodobým duševním onemocněním do existujících vzdělávacích programů.
- Přispět k vytváření specializovaných kurzů.
- Poskytovat dostatek informací pro širokou veřejnost za účelem odstraňování stigma duševního onemocnění.

IV. SHRNUÍ

Projekt Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice podpořený z prostředku programu **Nadace Open Society Fund a Mental Health Initiative, Open Society Institute Budapest** je zaměřen na zlepšení péče o osoby se závažným duševním onemocněním v souladu s jejich zájmy a právy.

Projekt byl rozdělen na tři fáze, každá fáze měla specifický cíl. V první fázi šlo o popis stávajícího stavu, v druhé byla prováděna kritická analýza stávajícího stavu z hlediska uplatňování lidských práv klienta. Úkolem třetí fáze bylo vytvoření komplexní koncepce a cest její realizace prostřednictvím státní správy.

Hlavními výstupy, které vznikly v rámci projektu Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice jsou:

1. Dokument **Zpráva o současném stavu politiky péče o duševní zdraví v ČR (dále jen Zpráva)**, která vznikla v rámci I. a II. fáze.
2. Dokument **Politika péče o duševní zdraví v ČR (dále jen PPDZ)**, který je výsledkem III. fáze projektu.

Předložený dokument **Zpráva** obsahuje tři základní části. První část podává informace o současném systému péče o duševní zdraví, tedy o síti nabízených služeb a stávající legislativní úpravě. Druhou část tvoří srovnávací studie, která analyzuje systém péče o duševní zdraví ve Velké Británii a v Nizozemí. Obsahem třetí části je kritická analýza, která je reakcí na předcházející části předkládaného dokumentu.

Kritická analýza ukázala, že charakteristika stávajícího stavu je důsledkem nedostatečností v řadě oblastí. Jedná se především o oblast rozložení, kvantity a funkce jednotlivých typů služeb. Na neutěšeném stavu stávající sítě služeb se podílí také způsob jejich řízení. Nejsou dostatečně definovány (například formou standardů) potřebné procedurální postupy. Alokace stávajících finančních prostředků i jejich celková výše udržuje stav péče na mrtvém bodě. Nedostatečně je propracováno monitorování sítě služeb a kvality péče, včetně jejího konceptu.

Dokument **Politika péče o duševní zdraví v ČR** je materiálem **koncepčním**, nastiňuje tedy **ideální stav**, k jehož dosažení bude třeba dlouhodobé důsledné práce. **Politika péče o duševní zdraví v ČR** do značné míry vychází z Koncepce oboru psychiatrie. Avšak zmíněná Koncepce, přijatá odbornou radou MZ ČR v roce 2001, odráží svojí dobu vzniku, je výrazně založená na kořenech „klasického“ systému psychiatrické péče, lékařská profese dominantní a značně kontrolující.

Proměna péče o duševně nemocné je dlouhodobý proces postupných změn. Důležitá je především jejich kontinuita. Z toho to důvodu předkládaná **PPDZ** vychází z Koncepce oboru, psychiatrie avšak na základě popisu a analýzy současného stavu a studie zahraničních zkušeností, posouvá vidění budoucího systému péče více směrem k moderním, světovým, respektive evropským proudům.

Kromě popisu optimálního stavu **PPDZ** přináší tři možné varianty převodu akutní a dlouhodobé péče a možnosti úpravy legislativy v oblastech ústavní péče, způsobilosti k právním úkonům a opatrovnictví.

Následující tabulka shrnuje příčiny stávajícího stavu a kroky nezbytné ke změně systému. Jako hlavní problém jsme zde označili **Funkce sítě služeb a dodržování lidských práv**, jelikož míru respektování lidských práv považujeme za nejvýznamnější východisko pro hodnocení kvality péče.

Tabulka Příčiny stávajícího stavu a kroky nezbytné ke změně systému.

PROBLÉM	OBLAST	PŘÍČINA	KROKY
Funkce sítě služeb a dodržování lidských práv duševně nemocných	Politika péče	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koncepce oboru psychiatrie, přijata Ministerstvem zdravotnictví v roce 2001, nemá právní závaznost, časový výhled naplnění, plán realizace a vymezení zodpovědnosti při její realizaci. ▪ Ve stávajícím systému péče není definice zdravotních a sociálních služeb. ▪ Komise pro implementaci Koncepce oboru psychiatrie se zaměřuje pouze na zdravotnické služby, je evidentní potřeba meziresortní komise. ▪ Není jasně stanovena definice prioritních skupin a ukazatelů úspěšnosti transformace (kompetence psychiatrie). ▪ Na národní a krajské úrovni chybí systematické, dlouhodobé plány rozvoje služeb a zajištění péče. ▪ Chybí Koncepce dětské psychiatrie – včetně analýzy stávajícího stavu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meziresortní /vládní/ Program péče o duševně nemocné ▪ Vznik Krajské koncepce duševního zdraví pro plánování, koordinaci procesu transformace. ▪ Plán budoucí činnosti psychiatrických léčen dle Koncepce oboru psychiatrie ve spolupráci s kraji ▪ Vznik Krajských skupin pro péči o duševní zdraví zajišťující plánování péče a její potřebnou koordinaci na manažerské úrovni.
	Financování	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financování péče o duševně nemocné je značně roztržité. Není koordinace financování psychiatrických služeb ▪ Nízký podíl financování psychiatrie (3, 6 %) v systému zdravotnictví. ▪ V psychiatrických léčebnách není finančně oddělena akutní a následná péče. Chybí finanční motivace ke snižování počtu lůžek. ▪ Psychiatrická oddělení ve všeobecných nemocnicích nejsou finančně konkurenceschopná vůči jiným odborným oddělením, dochází k rušení některých psychiatrických oddělení. ▪ Financování denních stacionářů je podhodnocené. Současná hodnota ošetrovacího dne denního stacionáře téměř nezohledňuje fakt, že je jeho provoz nákladnější ve smyslu větších prostorových a personálních nároků (zdravotní sestry) než psychiatrická ambulance. Podobné rozdíly v prostorových a personálních nákladech existují i mezi skupinovou psychoterapií a individuálními formami léčby (psychiatrická ambulance, individuální psychoterapie), tyto rozdíly nejsou zohledněny v režijních nákladech. Relativně nízké hodnoty výkonů denního stacionáře a skupinové psychoterapie brzdí vznik dalších denních stacionářů. ▪ Systém financování sociálně rehabilitačních služeb je zajištěn pouze prostřednictvím nenárokových dotací. ▪ Neexistuje systémové financování zdravotnických krizových služeb. Stávající krizová centra jsou buď součástí lůžkových zařízení a účtují hospitalizační lůžkovou nebo jsou hrazeny např. z magistrátní rozpočtu jako sociální služby. Tento stav neumožňuje další rozvoj krizových center. ▪ Současná podoba ambulantních psychiatrických výkonů neumožňuje výkon krizové intervence v terénu (nedostatečná délka výkonů, nemožnost kombinace s dopravou) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizace jednoho z modelů -scénáře financování stimulačního restrukturalizaci psychiatrických léčen ▪ Úprava sazeb ošetrovatelského dne pro psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic ▪ Zavedení nových výkonů krizové intervence ▪ Zvýšení bodové hodnoty ošetrovatelského dne v denních stacionářích ▪ Modely možností „meziresortního“ financování ▪ Aktivita zástupců profesních sdružení v dohodovacích řízeních k Sazebníku výkonů ke zvýšení konkurenceschopnosti některých psychiatrických služeb (AT ambulance, denní stacionáře, psychiatrická oddělení nemocnic) a k zavedení nových zdravotních výkonů na dosud nefinancované služby (krizové služby, rezidenční komunitní služby). ▪ Aktivita zástupců profesních sdružení v dohodovacích řízeních o ceně bodu ke zlepšení financování služeb v psychiatrii. ▪ Lobbying vzhledem ke zdravotním pojišťovnám k uzavření nových smluv se zařízeními v oblasti psychiatrické péče. ▪ Vytváření krajských koncepcí péče o duševně nemocné a lobbying na úrovni krajů pro financování neziskových organizací poskytující služby duševně nemocným.

	Řízení a kvalita služeb (nabídka služeb)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zodpovědnost za provozování a zajištění potřebné sítě služeb je nejasná. ▪ Řízení služeb je nekoordinované (roztříštěné). ▪ Chybí statistické údaje. ▪ Systém kontroly je omezený, chybí kontrola kvality péče. ▪ Zapojování rodičů a pacientu do řízení a kontroly kvality péče je minimální. ▪ Chybí formální struktury pro koordinaci práce poskytovatelů různých druhů péče v daném regionu (krajské poradní orgány pro rozvoji služeb a dodržování kvality péče) ▪ Nedostatečná spolupráce lůžkových zařízení, ambulantních a intermediárních služeb ▪ Nová zařízení nejsou legislativně zakotvena, chybí legislativa upravující činnost denních stacionářů, krizových center, následné péči mimo lůžkovou péči, včetně garance jejich zajišťování. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zavedení systému monitoringu nově vznikajících typů služeb ▪ Standardy kvality péče ▪ Zajištění dostatečné informovanosti krajských orgánů o reformě péče o duševně nemocné a potřebných službách. ▪ Stimulování psychiatrických léčeben k vytváření výhledových plánů, alespoň v souladu s existující Konceptí oboru psychiatrie a v návaznosti na spádové kraje. ▪ Začlenit rodinné příslušníky a klienty do správních rad léčeben. ▪ Zaměřit kontroly v léčebnách na rozvoj dobré praxe i z pohledu konceptu lidských práv. Použit může být například dotazník Audit práv a etiky v psychiatrických léčebnách (CRPDZ). ▪ Podpořit zlepšení situace v psychiatrických léčebnách cestou doporučení, metodických materiálů. ▪ Připravit skupinu expertů schopnou nabídnout zřizovatelům a Ministerstvu zdravotnictví nezávislý audit dodržování lidských práv v léčebnách.
	Legislativa a standardy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Právní úprava ústavní péče (nedobrovolná hospitalizace, informovaný souhlas) aspektu zbavení způsobilosti a přidělení opatrovníka je zcela nedostačující. ▪ Chybí standardy, které by upravovaly režim v psychiatrických léčebnách, poskytování sociálních služeb a zajišťovaly ochranu práv osob s duševním onemocněním při poskytování sociálních služeb. ▪ Odborná a široká veřejnost není dostatečně obeznámena s argumenty odůvodňujícími potřebnost zákona o duševním zdraví. Chybí analýza situace v zahraničí. ▪ Stávající právní úprava poskytování sociálních služeb je zastaralá a naprosto nedostatečná, neboť neodráží reálnou skutečnost ani vývoj, ke kterému i bez potřebných legislativních změn od roku 1989 v této oblasti došlo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analýza pro a proti zákonu o duševním zdraví ▪ Rozbor zahraničních legislativ ▪ Transformační zákon ▪ Vypracování standardů poskytování péče ▪ Připravit zákon o výkonu ochranného léčení, podobný jako v sousedních zemích EU. ▪ Postupná úprava legislativy tak, aby zohledňovala práva pacientů, odstranila existující diskriminaci psychicky nemocných, zajistila dostupnost všech typů péče a zabezpečila terapii pokud možno v přirozeném prostředí ▪ Promítnuti nového systému poskytování a financování péče o duševně nemocné v zákonech.

	Vzdělávání	<ul style="list-style-type: none">▪ Minimum informací o „komunitní“ psychiatrii mezi profesionály.▪ Existence stigmatu duševně nemocných.▪ Nízké povědomí o problematice na ministerské a krajské úrovni.	<ul style="list-style-type: none">▪ Doplnění kurikul▪ Destigmatizační kampaň▪ Zajistit dobrou informovanost o potřebných změnách, jejich důvodech a nákladech jak samotných profesionálů péče o duševně nemocné, tak rozhodujících orgánů a organizací s cílem vytvoření celkově vstřícnějšího prostředí pro proces změny.▪ Podpořit zařazování vzdělávání v oblasti nových trendů v péči o osoby s dlouhodobým duševním onemocněním do existujících vzdělávacích programů.▪ Přispět k vytváření specializovaných kurzů.▪ Poskytovat dostatek informací pro širokou veřejnost za účelem odstraňování stigmatu duševního onemocnění.
--	------------	---	--

V. POKRAČOVÁNÍ PROJEKTU

1. Cíle pokračování projektu

Pokračování projektu zahrnuje:

- Vytvoření funkční „Koalice pro změnu“ systému péče o duševně nemocné složené ze všech pro-reformě orientovaných organizací, skupin či sdružení.
- Otevření široké diskuse a rozvoj spolupráce, dosažení pozitivní změny postojů především na úrovni státní správy, místní samosprávy, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů, příbuzných a uživatelů péče.
- Organizaci aktivit a akcí vedoucích k destigmatizaci osob s duševním onemocněním ve společnosti.
- Podnikání kroků vedoucích ke změně financování systému péče tak, aby byla umožněna restrukturalizace psychiatrických léčeben, rozvoj psychiatrických oddělení a rozvoj dalších, komunitních služeb jak zdravotního, tak sociálního charakteru.
- Podpora činnosti stávající poradní komise Ministerstva zdravotnictví (Komise pro implementaci Koncepce oboru psychiatrie – KIKOP) tak, aby tato Komise byla funkčním nástrojem prosazování kroků potřebných k proměně péče o duševně nemocné. Dále podnikání kroků směřujících k rozšíření působnosti Komise na meziresortní úroveň. Podpora rozvoje vzniku skupin pro realizaci nové Koncepce péče o duševně nemocné na krajských úrovních.

POUŽITÁ LITERATURA, ZDROJE INFORMACÍ A KOMENTÁŘŮ K TEXTŮM

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. Praha 2003. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002.

Standardy kvality sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002

Návrh Metodického opatření používání omezovacích prostředků u pacientů psychiatrických zařízení. Pracovní materiál Ministerstva zdravotnictví, 2004.

Koncepce oboru psychiatrie. Dokument Ministerstva zdravotnictví, 2001.

Příloha Koncepce oboru psychiatrie – Program péče o osoby s dlouhodobým duševním postižením

Škoda, C a kol.: Duševní zdraví obyvatel ČR včera, dnes a zítra. Psychiatrické Centrum Praha, 1996. 100s.

Česká a slovenská psychiatrie, 91, Supplementum 1, 53 – 56, květen 1995 a doplněk Česká a slovenská psychiatrie 92, 3, 193, 1996.

Závěrečná zpráva projektu APEL. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2003.

Věstník MZ ČR, částka 13/2002: Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2003 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče

Tento materiál vznikl v rámci projektu **Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice** podpořeného z prostředku programu Public Health **Nadace Open Society Fund** a **Mental Health Initiative, Open Society Institute Budapest**. Za laskavou podporu srdečně děkujeme

PŘÍLOHA č.1

Vedení projektu

MUDr. Jan Pfeiffer – odborný garant a koordinátor projektu
Mgr. Jitka Styblíková (2003), Mgr. Miroslava Bubela (2004) – asistentky projektu
Mgr. Mirka Styblíková – administrátorka

Koordinační skupina fáze mapování

Administrativní rámec péče v ČR – MUDr. Jan Pfeiffer
Finanční rámec – MUDr. Ondřej Pěč
Analýza stávající legislativy – Pavel Novák
Klíčové situace v psychiatr. kariérách duševně nemocných – Mgr. Jan Paleček
Sít' služeb a nemocnost psychickými poruchami – MUDr. Pavel Baudiš, CSc.
Mezinárodní kontext – Mgr. Veronika Svobodová

Na zpracování jednotlivých textů se podíleli zejména:

MUDr. Jana Žmolíková, Mgr. Marie Suková, Mgr. Robert Kaňka, JUDr. Pavel Ptáčník, Mgr. David Kocman

Rada projektu

AKS (Asociace komunitních služeb)

Jan Mužik
Adresa: Kamenická 25, 170 00 Praha 7
Tel: 606 706 242
Email: jmuzik@centrum.cz

ČAPZ (Česká asociace pro psychické zdraví)

MUDr. Martin Jarolímek
Adresa: Nad Ondřejovem 36, 140 00 Praha 4 - Krč
Tel: 241 444 199
Email: dpsondrejov@iol.cz
alternuje Andrea Studihradová
Adresa: Jelení 9, 118 00 Praha 1
Tel: 224 212 656, 777 783 019
Email: andrea.studihrad@capz.cz

Kolumbus (uživatelská advokační organizace)

Mgr. Michal Balabán
Adresa: Na Hrádku 2574, 530 02 Pardubice
Tel: 466 511 403, 723 923 538
Email: balaban.michal@seznam.cz

Sympathea (nadsnárodní organizace rodičů a příbuzných)

Mgr. Barbora Wenigová
Adresa: DPS Ondřejov, Nad Ondřejovem 36, 140 00 Praha 4
Tel: 608 339 848
Email: wenigova@amepra.cz

Komora duševně nemocných při Národní radě zdravotně postižených (KDN NRZP)

Ing. Radek Prouza
Adresa: Selp Help, V Zeleni 530/4, 400 03 Ústí nad Labem
Tel: 604 455 005
Email: selfhelp@volny.cz

Fokus federální

Daniel Kaucký

Adresa: Fokus Praha, Dolákova 24, 181 00 Praha 8

Tel.: 233 551 953, 777 800 385

Email: kaucky@fokus-praha.cz

Česká psychiatrická společnost České lékařské společnosti

Prof. MUDr. Jiří Raboch, . DrSc.

Adresa: Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2

Tel: 224 965 343, 224 961 111 – linka 356 (ústředna)

Email: raboch@beba.cesnet.cz

Asociace psychiatrických léčeben

MUDr. Vladislav Žižka

Adresa: Psychiatrická léčebna, Ústavní 2, 334 41 Dobřany

Tel: 377 813 111 (ústředna)

Email: pldobrany@pld.cz

Asociace klinických psychologů

PhDr. Petr Goldmann

Adresa: Psychiatrická léčebna, Ústavní 91, 181 02 Praha 8-Bohnice

Tel: 284 016 111 (ústředna)

Email: petr.goldmann@seznam.cz

Asociace psychiatrických sester

Saša Vidovič

Adresa: Agentura domácí péče Victory, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 11

Tel: 777 629 362

Email: vidovic@czechnursing.org

Asociace denních sanatorií a krizových center

MUDr. Ondřej Pěč

Adresa: ESET HELP, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4

Tel: 603 429 321

Email: eset.pec@volny.cz

(Předseda Asociace PhDr. Karel Koblic, Břehová 3, 110 00 Praha 1)

Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

MUDr. Petr Popov

Adresa: Všeobecná fakultní nemocnice, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

Tel: 2496 8224 – 5

Email: petr.popov@vfn.cz



**V roce 2004 se Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví zapojilo do projektu Změna.
Projektový manažer: Mgr. Barbora Wenigová**

Na půdě Nadace Academia Medica Pragensis je projekt zaměřený svou činností na boj proti stigmatu a diskriminaci z důvodů psychiatrického onemocnění. Aktivity v rámci projektu jsou zacíleny na pozitivní změny ve vnímání duševních chorob a psychiatrického oboru ze strany veřejnosti a státní správy.

Stigma spojené s duševními nemocemi a především schizofrenií vytváří začarovaný kruh odcizení a diskriminace pro ty, kteří již trpí těmito problémy. Stigma může být příčinou sociální izolace, alkoholové či drogové závislosti, bezdomovectví, relapsů nemoci a nadměrné hospitalizace. To vše snižuje naději na uzdravení a neschopnosti najít práci

Výraznou pomocí při snižování stigmatu jsou psychosociální služby, které umožňují těmto lidem pracovat a žít v přirozených podmínkách spolu s ostatními lidmi. Aby psychiatrické služby co nejlépe vyhovovaly potřebám klientů a byly dostupné ve všech regionech, je nutno začít komunikovat systematicky se státní správou (ministerstva, pojišťovny, krajské úřady atd.) a prosazovat práva a potřeby duševně nemocných.

V rámci komunikace se státní správou jde v projektu o podporu systému psychiatrické léčby, zejména transformaci ústavní lůžkové péče na péči ambulantní. Dále podporuje zavádění moderních forem léčby ve všech regionech ČR, tak aby pomoc v adekvátním rozsahu byla dostupná všem, kdo ji potřebují.

V rámci projektu OSF „Politika péče o duševní zdraví v České republice“ se společně spolupracovali na některých osvětových a odborných aktivitách.