

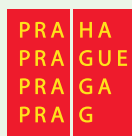
Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Praha (2006–2007)

Odborná zpráva z projektu

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

MUDr. Ondřej Pěč, Mgr. Barbora Wenigová,
Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD., MUDr. Zdeněk Bašný,
RNDr. Tomáš Raiter, MUDr. Jan Stuchlík,
MUDr. Mgr. Petr Struk, Mgr. Pavla Šelepová,
Věra Šístková, Jitka Velíšková, MUDr. Pavel Vepřek

Projekt byl financován Evropským sociálním fondem,
státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.



Rádi bychom poděkovali za cenné konzultace, zkušenosti a podporu partnerům projektu
MUDr. Michaele Bartákové, Prof. MUDr. Cyrilu Höschlovi, DrSc., FRCPsych.,
Mgr. Jiřímu Janečkovi, MUDr. Kamilu Kalinovi,
MUDr. Aleně Šteflové, PhD. a MUDr. Janě Žmolíkové.

Dále naše poděkování za odbornou pomoc patří
MUDr. Zdeňku Kalvachovi, CSc., MUDr. Daně Kárové, MUDr. Janu Lorencovi,
MUDr. Karlu Nešporovi, CSc., Pavlu Novákovi a MUDr. Petru Příhodovi.

Zvláštní poděkování za záštitu nad závěrečnou konferencí projektu patří primátorovi a psychiatrovi
MUDr. Pavlu Bémovi.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Ondřej Pěč, Barbora Wenigová, Martin Dlouhý, Zdeněk Bašný, Tomáš Raiter, Jan Stuchlík, Petr Struk, Pavla Šelepová, Věra Šístková, Jitka Velíšková, Pavel Vepřek

Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Prahy (2006–2007): Odborná zpráva z projektu

Vydalo **Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví**, Řehořova 10, 130 00 Praha 3
cmhcd@cmhcd.cz, www.cmhcd.cz

ve spolupráci s **Občanským sdružením Občan**, Opletalova 19 110 00 Praha 1
obcan@sdruzeniobcan.cz, www.sdruzeniobcan.cz

a

Asociací komunitních služeb, Řehořova 10, 130 00 Praha 3, aks@cmhcd.cz.

Odborná zpráva z projektu byla vydána za podpory Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu České republiky a rozpočtu hlavního města Prahy.

Copyright © Ondřej Pěč, Barbora Wenigová, Martin Dlouhý, Zdeněk Bašný, Tomáš Raiter, Jan Stuchlík, Petr Struk, Pavla Šelepová, Věra Šístková, Jitka Velíšková, Pavel Vepřek, 2008
Copyright © Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008

Obsah

Úvod	5
Realizátor	9
Situační analýza	11
1 Úvod	12
2 Situace v zahraničí	12
2.1 Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví (Deklarace a Akční plán duševního zdraví pro Evropu).....	12
2.2 Zelená kniha.....	14
2.3 Komunitní péče a deinstitucionalizace v západních zemích.....	15
3 Situace v České republice	18
3.1 Úvod.....	18
3.2 Stávající legislativní úprava.....	18
3.3 Stigma duševně nemocných v České republice.....	20
3.4 Výdaje na duševní zdraví v České republice a jeho financování.....	21
3.4.1 Výdaje na duševní zdraví v České republice.....	21
3.4.2 Financování.....	23
3.4.3 Shrnutí.....	24
3.5 Koncepce oboru psychiatrie.....	24
3.6 Cesty ke změně struktury psychiatrické péče v České republice.....	25
3.7 Hodnocení koncepčních materiálů jako východisko pro další výzkumnou práci.....	26
4 Situace v Praze	27
4.1 Úvod.....	27
4.2 Popis systému financování.....	27
4.3 Stav psychiatrických služeb.....	27
4.4 STEP a SWOT analýza péče o duševní zdraví v Praze.....	30
5 Zadání k tvorbě modelu	32
5.1 Východiska projektu.....	32
5.2 Principy péče uplatňované při tvorbě modelu.....	33
Literatura.....	34
Model optimální péče o duševně nemocné	37
1 Šetření kvalitativní a kvantitativní potřebnosti služeb pro duševně nemocné v Praze	38
1.1 Metodika.....	38
1.2 Výsledky.....	42
1.2.1 Výstupy focus groups – kvalitativní část.....	42
1.2.1.1 Hlavní akcenty kvalitativní analýzy focus groups.....	42
1.2.1.2 Podrobnější kvalitativní výstupy focus groups podle jednotlivých typů služeb.....	43
1.2.2 Kvantitativní odhady potřebných služeb prostřednictvím focus groups a výsledky dotazníkového šetření.....	46
1.3 Diskuse.....	66
1.4 Závěr.....	67
2 Model optimální péče o duševně nemocné	68
2.1 Úvod.....	68
2.2 Systémové změny.....	69
2.3 Kapacitní změny.....	70
2.4 Limitující faktory změn.....	73

3 Ekonomické dopady transformace péče o duševní zdraví v Praze.....	74
3.1 Kontext: výdaje na duševní zdraví.....	74
3.2 Vstupní data a předpoklady pro model psychiatrické péče v Praze.....	75
3.3 Odhad současných výdajů na duševní zdraví v Praze.....	76
3.4 Predikce výdajů na transformaci.....	79
3.5 Diskuse, postupné fáze reformy.....	82
3.6 Závěry.....	84
Literatura.....	85
Výukový model pro vzdělávání představitelů státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné.....	87
1 Výukový model pro vzdělávání představitelů státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné.....	88
1.1 Principy.....	90
1.2 Budoucí úkoly účastníků kurzu.....	90
1.3 Vzdělávací cíle.....	90
1.4 Hodnocení.....	91
1.5 Vzdělávací metody.....	92
1.6 Vzdělávací okruhy.....	93
Zdroje obsažené na výukovém CD.....	104
Shrnutí.....	105
Přílohy	111
Příloha č. 1 Dotazník pro vedení diskusních skupin.....	112
Příloha č. 2 Definice jednotlivých typů služeb.....	115
Příloha č. 3 Dotazník pro ověření výstupů z focus groups.....	119
Příloha č. 4 Rozbor současného způsobu úhrad péče a potřebné změny.....	133
Příloha č. 5 Fotografie z akcí.....	143

ÚVOD

Autor: Mgr. Barbora Wenigová

Úvod

Projekt „Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné“ si vybral za své téma reformu psychiatrické péče v Praze směrem k integrovanému systému péče, obsahujícímu různé druhy ambulantních, lůžkových a komunitních služeb, orientovaných především do přirozeného prostředí pacientů. V moderním integrovaném systému péče jsou služby navzájem propojené, dostupné a reagující flexibilně na měnící se potřeby uživatelů.

Projekt realizovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které od roku 1995 pomáhá mnoha svými projekty rozvoji péče o osoby s duševním onemocněním, aby byla srovnatelná s vyspělými členskými státy Evropské unie.

Cíle projektu byly:

- 1) vytvořit model psychiatrické péče na území hlavního města Prahy na základě zmapování názorů a potřeb odborníků i pacientů, včetně návrhu realizačních opatření a ekonomického zajištění.
- 2) informovat o problematice péče o duševní zdraví v regionu hlavního města odborníky, příslušné zástupce veřejné správy, zapojit všechny relevantní skupiny do diskuse o potřebné transformaci péče a zjišťovat jejich názory na připravený model.
- 3) vést informační kampaň, a tím odstraňovat stigmatizující postoje veřejnosti prostřednictvím práce s médii.

Kontext:

Projekt navazuje na předcházející dvě aktivity Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ). V roce 2005 CRPDZ vytvořilo v rámci projektu „Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice“ závěrečné zprávy popisující současný stav péče o duševní zdraví, možnosti žádoucích změn, a kroky k jejich realizaci. Jedním z kroků byly tři varianty změn psychiatrických léčení.

Druhou aktivitou je projekt „Změna“, v rámci něhož byly zmíněné závěrečné zprávy podstoupeny hodnocení našich i zahraničních předních psychiatrů a Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie při Ministerstvu zdravotnictví ČR. Jedním z doporučení bylo rozpracovat podrobně jednu z variant změn, doplnit o analýzu zahraničních zkušeností s transformací, ekonomickou analýzu a iniciovat širší diskuzi.

Vypracování nového modelu péče o duševně nemocné a vzdělávání cílových skupin bylo až druhou etapou projektu. První etapa byla věnovaná situační analýze této péče. Výsledky analýzy ukázaly, jaká je výchozí situace projektu. Tu určují jak mezinárodní, tak i národní a regionální aspekty.

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

Svědčí o tom i výstupy konference ministrů zdravotnictví v Helsinkách v lednu 2005, z níž vzešla Deklarace o duševním zdraví pro Evropu. Ta zavazuje státy Evropy především k:

- rozvoji psychiatrických služeb s důrazem na přesun těžiště z institucí do komunity;
- dostatečnému financování oboru psychiatrie;
- zapojení jedinců s psychickými problémy a jejich rodin do plánované péče;
- destigmatizaci psychiatrie.

Transformace psychiatrické péče tak znamená, vedle investic do lidských zdrojů a vybavení, přesun péče z velkých léčebných zařízení směrem k pacientovi, do jeho přirozeného prostředí (tzv. komunitní péče) a posílení nemocniční péče. Jako nedílnou součást zlepšení psychiatrické péče chápe i destigmatizaci oboru psychiatrie (odborníků i pacientů) a vzdělávání všech relevantních složek systému péče. Péče o duševní zdraví se tak stává jednou z hlavních priorit většiny rozvinutých zemí EU. V oblasti zdravotnictví znamená implementace této priority transformaci psychiatrické péče a zavedení účinné prevence duševní poruch.

Deklaraci podepsal i představitel Ministerstva zdravotnictví České republiky, které již v roce 2002 přijalo Koncepti oboru psychiatrie vypracovanou Psychiatrickou společností ČLS JEP. Tato koncepce stanovila tyto hlavní priority:

- budování komunitní psychiatrie;
- zajištění kooperace ústavní, ambulantní a komunitní péče;
- zabezpečení akutní péče v ambulantní nemocniční péči;
- restrukturalizaci lůžkového fondu.

Je však bohužel nutno konstatovat, že realizace těchto záměrů se zatím příliš nedaří, mj. i proto, že psychiatrická péče je u nás významně podfinancována (se 3,6 % podílu na celkových výdajích na zdravotnictví jsme na předposledním místě v Evropě).

Kromě vypracování nového modelu péče o duševně nemocné v regionu hlavního města byl vytvořen rovněž vzdělávací modul pro odbornou veřejnost a veřejnou správu s tematikou reformy psychiatrické péče. Vzdělávání bylo organizováno ve třech variantách - minimální představuje dvouhodinový seminář, střední jednodenní seminář v rozsahu 8 - 10 hodin a komplexní program v rozsahu 40 výukových hodin. Během projektu bylo proškoleny devadesát odborníků a padesát členů veřejné správy a samosprávy.

Jako autoři projektu si uvědomujeme, že při hledání a vytváření optimálního systému psychiatrické péče na území hlavního města Prahy jsme teprve na samém počátku cesty. Proto je třeba, aby zde přednesené výsledky a závěry byly vnímány jako východiska pro další diskusi, oponentní řízení a zpřesňování vytyčených cílů i cest k jejich dosažení. Věříme nicméně, že projekt lze chápat jako cenný zdroj dat a podkladů pro vytváření dalších koncepčních materiálů. Předpokladem k tomu, aby se nám podařilo společné cíle splnit, je shoda mezi organizátory, plátcí, poskytovateli a konzumenty péče. Proto nabízíme tento projekt jako východisko k hledání této shody.

Děkujeme za finanční podporu projektu Evropskému sociálnímu fondu a rozpočtu České republiky a hlavního města Prahy. K realizaci byly od začátku přizváni představitelé odborné psychiatrické veřejnosti, zástupci státní správy a samosprávy, regionální kancelář Světové zdravotnické organizace a zástupci pacientů a rodinných příslušníků.

Barbora Wenigová

REALIZÁTOR

Realizátor

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ)

- Jsme nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1995 s cílem zlepšovat péči o osoby s duševním onemocněním v České republice.
- Naše základní ideje jsou zcela v souladu s principy ochrany osob s duševními potížemi, které byly přijaty Valným shromážděním OSN z roku 1992, a strategickými dokumenty Světové zdravotnické organizace z roku 2005.
- Úkolem naší práce je poskytovat informace a prostor pro správné pojmenování a zejména řešení aktuálních problémů v rámci péče o duševní zdraví.
- Během doby své existence nasbírala naše organizace velké množství dat, zkušeností, vědomostí z celé České republiky, a proto je často zvána ke spolupráci na koncepčních a vzdělávacích projektech.
- Všechny aktivity se obracejí jak na poskytovatele a uživatele péče, tak na pracovníky veřejné správy na všech úrovních (ministerské, krajské, místní), zdravotní pojišťovny a veřejnost.

Svoji činnost realizujeme v následujících oblastech:

- koncepční a metodická práce
- pilotní projekty - vytváření modelů péče
- vzdělávací programy
- výzkumná a evaluační činnost
- právo a podpora uživatelských hnutí a odborných organizací
- destigmatizační programy

Řešitelé projektu:

Vedoucí projektu:	Mgr. Barbora Wenigová	wenigova@cmhcd.cz
Vedoucí expertního týmu:	MUDr. Ondřej Pěč	eset.pec@volny.cz
Vedoucí lektorského týmu:	MUDr. Jan Stuchlík	stuchlik@fokus-mb.cz
Manažer projektu:	Věra Šístková	sistkova@cmhcd.cz
Asistentka projektu:	Mgr. Pavla Šelepová	selepova@cmhcd.cz

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ)

Řehořova 10, 130 00, Praha 3

Tel./fax: 222 811 122

e-mail: cmhcd@cmhcd.cz

www.cmhcd.cz



SITUAČNÍ ANALÝZA

PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ NA ÚZEMÍ HL. M. PRAHY

Autoři:

MUDr. Ondřej Pěč

Mgr. Barbora Wenigová

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

MUDr. Jan Stuchlík

MUDr. Alena Šteflová, PhD.

MUDr. Mgr. Petr Struk

1 Úvod

Situační analýza je přípravou pro vytvoření modelů transformace psychiatrické péče v Praze. Tento dokument za úkol shrnout a zpřehlednit situaci v oblasti psychiatrické péče v mezinárodním, celonárodním a pražském kontextu a analýzou situace dojít k zadáním pro tvorbu modelu přeměny péče v pražském regionu. Současně je také zapotřebí, aby situační analýza sloužila jako podkladový materiál pro výuku a vzdělávání – jak odborníků, tak zástupců státní správy a samosprávy.

2 Situace v zahraničí

2.1 Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví (Deklarace a Akční plán duševního zdraví pro Evropu)

Duševní choroby představují v rozvinutých státech dle údajů Světové zdravotnické organizace (SZO) a Světové banky největší společensko-ekonomickou zátěž (22,0 % ztrát, kardiovaskulární choroby 20,4 %, nádorová onemocnění 13,7 %). Počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí se v posledních 10 letech zvýšil o více než jednu třetinu (5 % obyvatel je aktuálně léčeno), nejvíce v oblasti poruch nálady (nárůst o 109 %), neurotických obtíží (o 53 %) a demencí (o 64 %). Daleko větší důraz je kladen na práva psychiatrických pacientů, ale pozornost přitahuje i ochrana před agresivním chováním. Způsob a forma poskytování psychiatrické péče je těmto faktům třeba přizpůsobit.

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

- Rezoluce Rady Evropské unie (2000/C 86/01), doporučení Rady Evropy a rezoluce SZO datující se zpět až do roku 1975 uznávají významnou úlohu podpory duševního zdraví a neblahou souvislost mezi poruchami duševního zdraví na straně jedné a sociální marginalizací, nezaměstnaností, bezdomovectvím a poruchami spojenými s užíváním alkoholu a drog na straně druhé.
- Mezinárodní politika v péči o duševní zdraví vychází z ustanovení Konvence o ochraně lidských práv a základních svobod, Konvence o právech dítěte, Evropské konvence o prevenci mučení a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání a Evropské sociální charty, a rovněž závazku Rady Evropy chránit a podporovat duševní zdraví, daný Deklarací její Konference ministrů o duševním zdraví v budoucnu (Stockholm 1985) a vyplývající z jejích ostatních doporučení, schválených v této oblasti, zejména z Doporučení R(90)22 o ochraně duševního zdraví určitých zranitelných skupin ve společnosti a z Doporučení Rec (2004) 10, týkajícího se ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševními poruchami.
- Rezoluce EB109.R8, schválená Výkonnou radou Světové zdravotnické organizace v lednu 2002 a podpořená rezolucí Světového zdravotnického shromáždění

WHA55.10 v květnu 2002, vyzývá členské státy Světové zdravotnické organizace, aby schválily doporučení obsažená ve Zprávě o světovém zdraví (The World Health Report 2001).

- Rezoluce EUR/RC53/R4 o athénské Deklaraci o duševním zdraví, katastrofách navozených člověkem, stigmatu a komunitní péči, a z rezoluce EU/RC53/R4, schválený Regionálním výborem SZO pro Evropu v září 2003.

V tomto směru nejdůležitější aktuální mezinárodní iniciativou jsou závěry přijaté na Evropské konferenci ministrů k otázkám duševního zdraví, pořádané Světovou zdravotnickou organizací v Helsinkách v lednu 2005.

Ministři zdravotnictví členských států v evropském regionu SZO se ve své Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu (Deklarace o duševním zdraví pro Evropu 2005) zavázali k realizaci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu (Akční plán duševního zdraví pro Evropu 2005) v souladu s potřebami a zdroji každé z jednotlivých členských zemí. Svými podpisy ministři požádali Regionální úřad SZO pro Evropu, aby podnikl nezbytné kroky a zajistil, že se plně podpoří příprava a realizace politiky duševního zdraví, a že aktivity a programy budou mít odpovídající prioritu a zdroje ke splnění požadavků této Deklarace.

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

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

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

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

- organizování uživatelů, kteří jsou zapojeni do přípravy svých vlastních aktivit, včetně zakládání a činnosti svépomocných skupin a školení v dovednostech v oblasti rekonvalescence;
- zmocnění zranitelných a marginalizovaných jedinců a prosazování jejich zájmu;

- poskytování komunitních služeb s účastí uživatelů;
- rozvíjení dovedností při péči a zvládnání situace včetně zdatnosti rodin a opatrovníků, a jejich aktivní účasti na programech péče;
- vypracování programů ke zlepšení rodičovství, vzdělávání a tolerance a k řešení poruch v souvislosti s užíváním alkoholu a jiných drog, násilí a zločinu;
- rozvoj místních služeb, zaměřených na potřeby marginalizovaných skupin;
- provozování linek pomoci a internetového poradenství pro jedince v krizových situacích, jedince, kteří se stávají oběťmi násilí, nebo mají sebevražedné tendence;
- vytváření pracovních míst pro handicapované.

Na mezivládním zasedání, jež se má konat do roku 2010, bude podána zpráva o realizaci této Deklarace v jednotlivých zemích.

Důležitým zdrojem umožňujícím mezinárodní srovnání a rozvoj jednotlivých zemí v oblasti duševního zdraví je vydání publikace SZO Mental Health Atlas 2005, navazující na další již vydané publikace Mental Health Resources in the World 2001; Country Profiles on Mental Health Resources 2001. Kapitola týkající se České republiky byla vytvořena se supervizí prof. Höschla, který je zároveň odborným zástupcem České republiky pro tuto oblast pro spolupráci s SZO.

Ministerstvo zdravotnictví ČR podepsalo v roce 2004 s regionální evropskou kanceláří SZO smlouvu o spolupráci na období 2004 - 2005 týkající se evropských priorit SZO. Pro Českou republiku bylo vybráno sedm nejvýznamnějších oblastí. Jednou z nich je problematika duševního zdraví. Cílem projektu byla podpora zkvalitňování péče o pacienty s duševní poruchou s důrazem na přesun služeb z institucí do komunity. Náplní spolupráce byla revize Národní politiky duševního zdraví a na jejím základě definice potřeby legislativních, ekonomických a dalších změn v rámci realizace koncepce oboru psychiatrie. Ministerstvo zdravotnictví ČR určilo jako hlavního koordinátora projektu Psychiatrickou kliniku VFN a 1. LF UK v Praze a jako spoluřešitele Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Prostřednictvím projektu byla zmapována situace rozvoje zdravotní a psychiatrické péče na základě zpracovaných dokumentů a jejich vyhodnocení domácími a zahraničními oponenty prof. Höschlem, prof. Libigerem a prof. Thornicroftem z Velké Británie.

V rámci tohoto projektu proběhl odborný seminář na téma „Rozvoj psychiatrické péče v České republice“ za účasti ministryně zdravotnictví a regionálního poradce pro program duševního zdraví WHO/EURO Dr. Matta Muijena, na kterém byly závěry oponentů prezentovány. Předpoklad projektu bylo jejich využití pro práci skupiny ustavené při Ministerstvu zdravotnictví ČR (Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie), jejíž úkolem je předložení široce akceptované koncepce psychiatrie pro další opatření na úrovni ministerstva.

I přes výše uvedená a na ministerské úrovni odsouhlasená mezinárodní doporučení není akceptace širěji pojatého přístupu péče o duševní zdraví v České republice uplatňována.

2.2 Zelená kniha – strategický dokument pro duševní zdraví v EU

Odhadem 27 % Evropanů dospělého věku trpí v rozmezí jednoho roku některou z duševních poruch; očekává se, že deprese se v roce 2020 stane nejvýznamnější příčinou nemoci v rozvinutém světě; v důsledku sebevražd umírá v EU více lidí než v důsledku dopravních nehod, vražd nebo AIDS; náklady související se ztrátou produktivity duševně nemocných, invalidních důchodů, nákladů na sociální, vzdělávací, soudní a trestní systém

činí odhadem 3 až 4 % HDP; přetrvává stigmatizace a diskriminace duševně nemocných. Toto je situace, na kterou zareagovala v říjnu 2005 Komise evropských společenství vydáním tzv. Zelené knihy (European Commission 2005), obsahující strategie duševního zdraví pro Evropskou unii. Předtím již v lednu 2005 se ministryně zdravotnictví České republiky připojila k Akčnímu plánu a Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu, obsahující obdobné principy.

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

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

2.3 Komunitní péče a deinstitucionalizace v západních zemích

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejméně způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové, určuje jí však pozměněnou roli (Pfeiffer 2002, Weeghel 2003, Hejzlar et al. 2005, Hejzlar 2004).

Komunitní péče se začala vyvíjet v ekonomicky vyspělých státech po druhé světové válce současně s redukcí péče ve velkých psychiatrických léčebnách. V 50. a 60. letech minulého století vznikaly hypotézy o negativním vlivu instituce na průběh nemoci u dlouhodobě léčených pacientů: role pacienta v instituci nebo institucionální perspektiva (Goffman); snížené sebevědomí, ztráta zájmu a neschopnost plánování jako syndrom tzv. institucionální neurózy (Barton); tzv. sekundární handicap projevující se depresí a netečností u pacientů tam, kde personál zaujímá vůči pacientům nízká očekávání (Wing). Toto hnutí vyústilo později jak ve změnách způsobu péče ve velkých psychiatrických léčebnách, tak v tzv. **deinstitucionalizaci** neboli redukcii velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradu službami, které jsou bližší přirozenému prostředí pacientů (Pullen 1999, Chromý 2002)

V některých státech, zejména ve Velké Británii a USA, vznikaly na základě vládních výnosů komunitní týmy duševního zdraví, které měly určenou geografickou oblast, kde působily. Zřizovány byly také služby, které slouží jako alternativa k hospitalizaci: domácí léčba, výjezdové týmy krizové intervence, krizová centra a respitní domy, denní stacionáře, dále různé formy komunitních rezidenčních služeb a služeb pracovní či sociální rehabilitace odlišených podle míry podpory profesionálů a integrace v komunitě. Některé služby vznikaly „zdola“ na základě uživatelských organizací, které vytvářely centra sociální rehabilitace tím, že najímaly sociální pracovníky a další profesionály (Thornicroft 2004, Pfeiffer et al. 2005).

Vyhodnocení deinstitucionalizace

Pětileté sledování 670 propuštěných dlouhodobých pacientů (hospitalizace delší než jeden rok) bez demence, propuštěných ze dvou psychiatrických léčeben v severním Londýně, které proběhlo v rámci projektu **The Team for the Assessment of Psychiatric Services – TAPS Project, 1985 – 1988** (Leff et al. 2000), přineslo následující výsledky:

- 80 % pacientů bylo propuštěno do komunitních rezidenčních zařízení, po pěti letech 2/3 z nich v těchto zařízeních setrvalo.
- Nezvýšila se úmrtnost ani sebevražednost, bezdomovectví bylo minimální (0,6 % vzorku).
- Kriminalita se projevila jen u 2 % pacientů.
- Rehospitalizace nastala u 38 % pacientů, z nich 1/3 setrvala v nemocnici déle než jeden rok, ke konci pětiletého sledování 10 % původního vzorku bylo hospitalizováno.
- Symptomy a poruchy chování zůstaly na stejné úrovni, zlepšily se sociální dovednosti, sociální vztahy a kvalita života.
- U skupiny 72 pacientů označených původně jako „obtížně umístitelných“, kteří byli zprvu propuštěni do více personálně zabezpečených rezidenčních zařízení, se zlepšily poruchy chování a dovednosti v bydlení natolik, že 40 % z nich po pěti letech mohlo být přemístěno do běžných chráněných bydlení.
- U schizofrenních pacientů starších 70 let se po třech letech sledování vzorku propuštěného do komunitních zařízení a vzorku, který zůstal v nemocnici, se ukázalo, že projevy v oblasti chování byly u pacientů v komunitním zařízení zlepšené na rozdíl od pacientů hospitalizovaných, kde byly zhoršené; kognitivní funkce byly zhoršené v obou případech, avšak více u hospitalizovaných (Trieman - Wills - Leff 1996).
- Přímé finanční náklady na komunitní péči nepřevyšovaly původní náklady na péči v léčebně.

Charakteristiky schizofrenních pacientů, kteří přes deinstitucionalizaci přetrvávají v dlouhodobé hospitalizaci (vzorek 266 pacientů z Hesenska v Německu) jsou následující: výrazná negativní symptomatika, středně závažná pozitivní symptomatika, výrazné postižení v sociální oblasti, závislí na pomoci v každodenních dovednostech, ochuzená sociální síť a snížená schopnost trávit volný čas (Franz et al. 2002).

Sledování registru pacientů v Nizozemsku v letech 1989 až 1997 přinesl tyto výsledky: zvýšený počet pacientů využívající denní stacionář, chráněné bydlení a domácí léčbu, současně mírný pokles hospitalizovaných, avšak zkrácená doba hospitalizace průměrně o 33 %. Z toho je možno učinit závěr, že mimonemocniční služby nevtahují nové pacienty, ale drží stávající pacienty v systému péče (Pijl - Kluiters - Wiersma 2001).

V Itálii byl v roce 1978 přijat zákon, který zabraňoval dalším přijetím k hospitalizaci v psychiatrických léčebnách. Mezi lety 1995 a 1996 byla přetrvávající část pacientů z léčeben propuštěna tak, že 39 % odešlo do ošetřovatelských domů, 29 % do komunitních rezidenčních služeb a 30 % v zařízeních zůstalo s tím, že se zbývající část léčebny přeměnila v sociální služby (0,9 lůžek na 10 tis. obyvatel). Celkově jen 35 % z těchto propouštěných pacientů potřebovalo intenzivnější psychiatrickou péči (zejména organické nebo degenerativní poruchy). Ruku v ruce s redukcí péče v léčebnách vznikala síť

center duševního zdraví, psychiatrických lůžkových oddělení v nemocnicích, denních stacionářů a komunitních rezidenčních služeb. Nyní existuje zhruba 1,4 lůžek na 10 tis. obyvatel v akutních lůžkových odděleních a privátních klinikách a 3 lůžka na 10 tis. obyvatel v rezidenčních službách, za posledních 25 let došlo k redukci lůžek asi o dvě třetiny. Za tuto dobu nedošlo ke zvýšení bezdomovectví a suicidality ve vazbě na tyto změny, závažná kriminalita duševně nemocných poklesla, i když se mírně zvýšila méně závažná kriminalita. Problémem italské postreformní psychiatrie je spíše rozdílná kvalita komunitní péče mezi různými místy, potřeba větší koordinace služeb a epidemiologického sledování. Starosti rovněž činí malý obrat „nových“ dlouhodobých pacientů v denních centrech a rezidenčních službách (Maone - Rossi 2003).

Doporučení pro deinstitucionalizaci

- Vytvořit dostatečnou rezervu lůžek na akutních odděleních (navíc 10 % počtu propuštěných pacientů). Komunitní rehabilitační služby musí přímo navazovat na akutní lůžková oddělení. Vytvářet i alternativy akutní léčby (krizové služby, denní stacionáře, domácí léčba).
- Zajistit služby pro pacienty s „duální diagnózou“ (duševní porucha + závislost).
- Počítat s mírným nárůstem forezních lůžek a nedobrovolných přijetí (Priebe a kol. 2005).
- Vyvíjet určitý „mediální tlak“ na reinstitucionalizaci.
- Nezapomenout na informativní kampaň mezi obyvatelstvem v místech komunitních rezidenčních zařízení.
- Trénovat a dále vzdělávat personál.

3 Situace v České republice

3.1 Úvod

Pokud se péče o duševně nemocné zredukuje jen na problematiku diagnostiky a farmakologické léčby, pak se zdá, že držíme krok se světem. Avšak pokud sledujeme, jak dalece je systém citlivý k lidským právům pacientů, zda jsou tvořeny podmínky pro zapojování klientů do rozhodovacích procesů, v jakých podmínkách a kde jsou pacienti léčeni a jak je systém schopen se zabývat všemi problémy, které jsou s nemocí spojeny, pak je zřetelný výrazný rozdíl mezi Českou republikou a západoevropskými zeměmi.

Je zřetelné, že v těchto zemích došlo v posledních asi 50 letech k obrovskému posunu celého systému péče, zatímco vývoj v zemích bývalého socialistického bloku do značné míry stagnoval. Naše představy o tom, co je humánní a důstojná péče, se v řadě bodů liší s chápáním důstojnosti a humánnosti péče v původních zemích EU. V České republice se nyní řeší problémy, které byly v řadě zemí Evropské unie diskutovány zhruba před 30 lety.

Velká psychiatrická zařízení byla v zemích EU již dávno rozpoznána jako nevhodná pro moderní dobu. V těchto zemích vesměs proběhl proces jejich náhrady zařízeními a službami, které jsou schopny napomáhat pacientům zůstat co možná nejvíce integrováni v běžném životě. Existují propracované mechanismy zajišťující, že práva pacientů jsou za každé situace maximálně ošetřena. Sleduje se mnoho kvalitativních ukazatelů a celý systém je transparentní a přístupný veřejné kontrole.

Ve srovnání s tímto v České republice není účinná zpětná vazba a kontrola nad tím, co se v psychiatrických zařízeních děje. Ukazatele, které jsou u nás sledovány, mluví minimálně o kvalitě systému a jeho výstupech. 87 % psychiatrických lůžek je v psychiatrických léčebnách (Psychiatrická péče 2005). Proto je velká část akutní péče, namísto v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, prováděna na lůžkách následné péče. Většina finančních zdrojů plyne do lůžkového fondu. Psychiatrické léčebny jsou placeny za obloženost a jsou tedy motivovány mít co největší počet klientů. Platby na lůžko a den jsou v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic paradoxně nižší, než jsou platby v psychiatrických léčebnách, a výrazně nižší než platby jiných somatických oddělení. I z tohoto důvodu nedochází k rozvoji, respektive přesunu akutní péče na psychiatrická oddělení.

Rozvoj mimonemocničních zařízení, která jsou ve vyspělých zemích dominantní částí systému péče o duševně nemocné, v České republice v posledních letech stagnuje. Na tato zařízení zbývá jen minimální část celkových zdrojů.

3.2 Stávající legislativní úprava

Oblast péče a ochrany osob s duševním onemocněním je velmi složitá a je zakotvena v mnoha právních normách a dokumentech.

Vybrané právní normy

- Zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád upravuje zejména detenční řízení, opatrovnické řízení, způsobilostní řízení.
- Zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník řeší zejména opatrovnictví a způsobilost k právním úkonům (zbavení, omezení).
- Zákon č. 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu upravuje zejména: souhlas s léčbou, podmínky pro provedení psychiatrické detence, přístup a vedení zdravotnické dokumentace, stížnostní procedury na způsob výkonu lékařské péče, zákonný podklad léčebných řádů,

neřeší dostatečně například vztah mezi psychiatrickou detencí a léčebnými výkony realizovanými v jejím rámci a pozici lékaře při provádění těchto výkonů.

- Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů upravuje přístup a vedení dokumentace zejména v jiných než zdravotnických zařízeních.
- Zákon č. 140/1961 Sb. trestní zákon upravuje nutnou obranu, nepříčetnost vzhledem k trestní odpovědnosti za spáchání trestného činu, trestněprávní odpovědnost zdravotnického personálu: zejména trestné činy ublížení na zdraví, omezování osobní svobody, neposkytnutí pomoci, neoprávněné nakládání s osobními údaji.
- Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním. Týká se zejména nutné obhajoby, problematiky ochranné léčby (zejména v ústavní formě).
- Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních upravuje podmínky a rozsah zdravotní péče poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky provozování nestátních zařízení.
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví upravuje práva a povinnosti v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví.
- Zákon 155/1995 Sb. řeší nároky na invalidní důchod – plný, částečný.
- Vyhláška MPSV ČR 284/1995 Sb. upravuje podmínky pro přiznávání invalidního důchodu formou procentní ztráty schopností soustavné výdělečné schopnosti pro osoby s duševním onemocněním.
- Definování občanů se ZPS a ZPS s ZTP upravuje Zákon 1/1991 Sb. o zaměstnanosti.
- Vyhláška 115/1992 Sb. o pracovní rehabilitaci občanů se ZPS upravuje problematiku poradenské služby, přípravy pro pracovní uplatnění, chráněných dílen a pracovišť.
- Zákoník práce upravuje pracovněprávní ochranu občanů se ZPS.
- Vyhláška MPSV ČR č. 207/1998 Sb. upravuje postup přiznávání dávek státní sociální podpory a postup pro posouzení nepříznivého zdravotního stavu – vlastní klasifikace.

Vybrané významné okruhy

Informovaný souhlas

Úmluva o lidských právech a biomedicíně vyhlášená pod č. 96/2001 Sb.m.z.
Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu

Zdravotnická dokumentace

Úmluva o ochraně lidských práv a biomedicíně vyhlášená pod č. 96/2001 Sb.m.z.
Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu
Zákon. č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

Způsobilost k právním úkonům

Občanský zákoník

Opatrovnictví

Občanský zákoník (hmotně právní opatrovnictví)
Občanský soudní řád (procesní opatrovnictví)

3.3 Stigma duševně nemocných v České republice

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

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

V České republice jsou destigmatizační aktivity otázkou posledních několika let. Situaci vnímání schizofrenie širokou veřejností popisuje výzkum „Názory na schizofrenii“ (DEMA 2004) na vzorku cca 700 dospělých osob. Jedním ze závěrů, vyplývajících z mapování, mimo jiné je, že chování lidí vůči osobám se schizofrenií vychází z tradičních představ utvářených v minulosti a generačně předávaných. Nese s sebou stereotypy a mnohdy racionálně neověřená tvrzení o nevyzpytatelnosti chování schizofrenika, jeho možné agresivité a obavy, které může vzbuzovat ve svém okolí. Další zjištění prokázalo, že obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenické poruchy je chabá a zcela nedostatečná. Informace, které se dostávají k běžným občanům, jsou náhodné a útržkovité. Výše zmíněný výzkum je spolu s dalšími aktivitami součástí destigmatizačního projektu *Změna* (www.stopstigma.cz), který byl v roce 2004 vyústěním snahy změnit situaci stigmatizace duševních poruch v České republice. Projekt je realizován pod hlavičkou Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a Nadace Academia Medica Pragensis, ve spolupráci s uživateli a dalšími organizacemi, a hned od svého začátku se připojil k programu WPA.

Jakkoliv se vyzývá k podpoře boje proti stigmatu, v České republice zůstává finanční podpora těchto aktivit pouze okrajová. Činnost destigmatizačních projektů stojí více na entuziasmu a ochotě jednotlivců, než na systematické podpoře ze strany státu. Většina odborníků v psychiatrii si v rámci své každodenní rutiny nestačí otázkou stigmatizace uvědomovat, a mnohdy jsou oni sami její obětí. Destigmatizační aktivity jsou u nás „v plenkách“, a pokud se vůbec provádějí, pak nepříliš efektivní formou jednorázových kampaní namísto dlouhodobých aktivit. Na systematickou činnost se bohužel velmi obtížně shánějí finance, protože je vnímána jako nedůležitý nadstandard. Jedním z řešení do budoucna je zaměření se na důsledky, které stigma způsobuje, a tím je nesnadné zapojování lidí s duševními poruchami do společnosti (práce, bydlení, vztahy). I proto je tak důležitý proces transformace psychiatrické péče, který povede k možnosti žít co nejvíce v přirozených podmínkách, bez dlouhodobých hospitalizací mimo své osobní a pracovní prostředí.

3.4 Výdaje na duševní zdraví v České republice a jeho financování

3.4.1 Výdaje na duševní zdraví v České republice

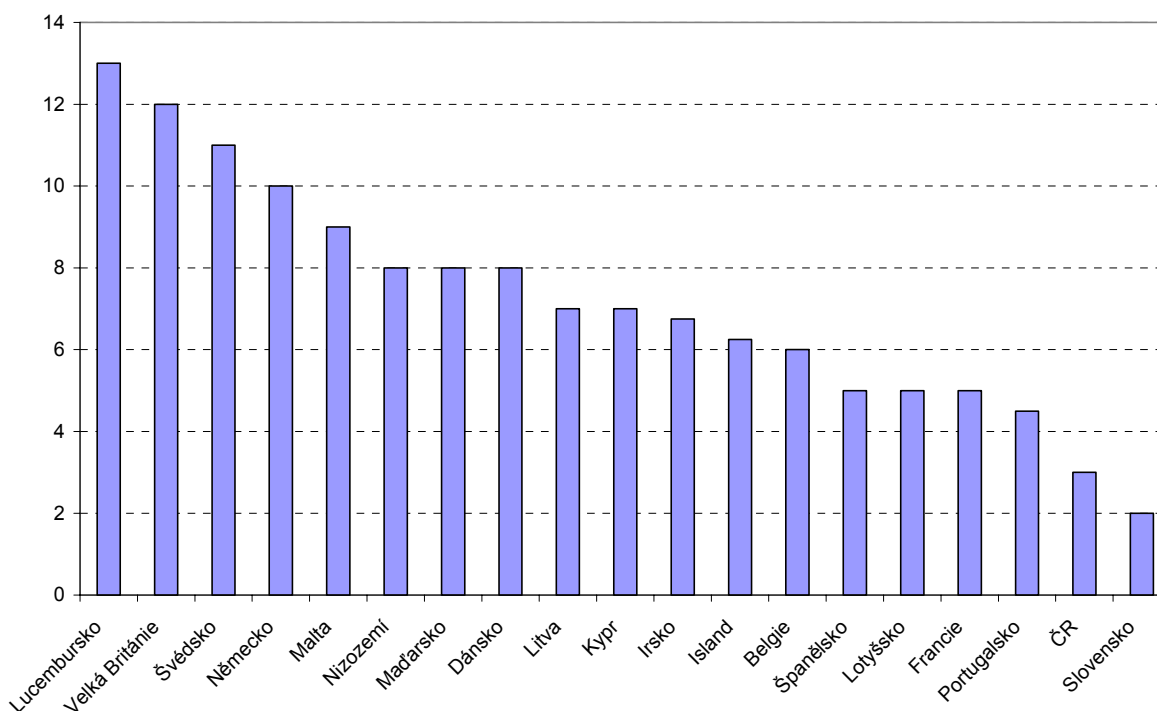
Zjištění výše výdajů na duševní zdraví a jejich struktury jsou důležité pro zvýšení pozornosti české společnosti na problematiku duševního zdraví. Dá se říci, že výše výdajů na duševní zdraví je základním indikátorem významu duševního zdraví pro společnost a její vládu. Podle odhadů tvořily celkové výdaje na duševní zdraví 3 - 4 % z HDP zemí EU (WHO, 2003). Výdaje na duševní zdraví v rámci sektoru zdravotnictví činily v průměru 2 % HDP. Informace o struktuře výdajů jsou důležité zejména při rozhodování o transformačních změnách ve struktuře péče o duševně nemocné, neboť strukturální změny v péči musí být doprovázeny i novým přerozdělením finančních zdrojů.

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

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

Graf č. 1 obsahuje souhrn výsledků studií z různých zemí, který byl publikován v tzv. Zelené knize (European Commission 2005). I když výsledky nejsou zcela srovnatelné (různá metodologie, různé vymezení zdravotního a sociálního sektoru, různá cenová struktura), předposlední místo ČR stojí za zamyšlení. Přes jistá metodologická omezení, srovnání výdajů na duševní zdraví ukazuje na možné nedostatečné financování péče o duševní zdraví v České republice.

Graf č. 1: Podíl výdajů na duševní zdraví na celkových výdajích na zdravotnictví



Zdroj: European Commission. *Green Paper – Improving mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brusel, 2005.

Výdaje na duševní zdraví se netýkají jen zdravotnictví, ale i dalších sektorů. Zde se podíváme na výdaje ze dvou dalších veřejných fondů: důchodového a nemocenského pojištění. Při tvorbě odhadu jsme u nemocenského pojištění vycházeli z podílu dnů pracovní neschopnosti z důvodu duševního onemocnění (v MKN-10 dg. skupina F00-F99), u důchodového pojištění jsme vycházeli z podílu nově přiznaných invalidních důchodů s dg. F00-F99. Při využití těchto zjednodušených způsobů výpočtů se v roce 2003 dostáváme k celkovým výdajům na duševní zdraví, které z těchto tří zdrojů financování tvořily 11,1 mld. Kč (tabulka č. 1), což činilo 0,44 % HDP. Z výše uvedeného vyplývá, že zdravotnictví nemusí být z celospolečenského hlediska jedinou důležitou položkou, orientační odhad ukazuje, že výdaje na duševní zdraví ve zdravotnictví tvoří necelou polovinu veřejných výdajů. Tento podíl by byl ještě nižší pokud by se do celkových výdajů počítali další výdaje na duševní zdraví spojené s kriminalitou, bydlením a dalšími sociálními službami.

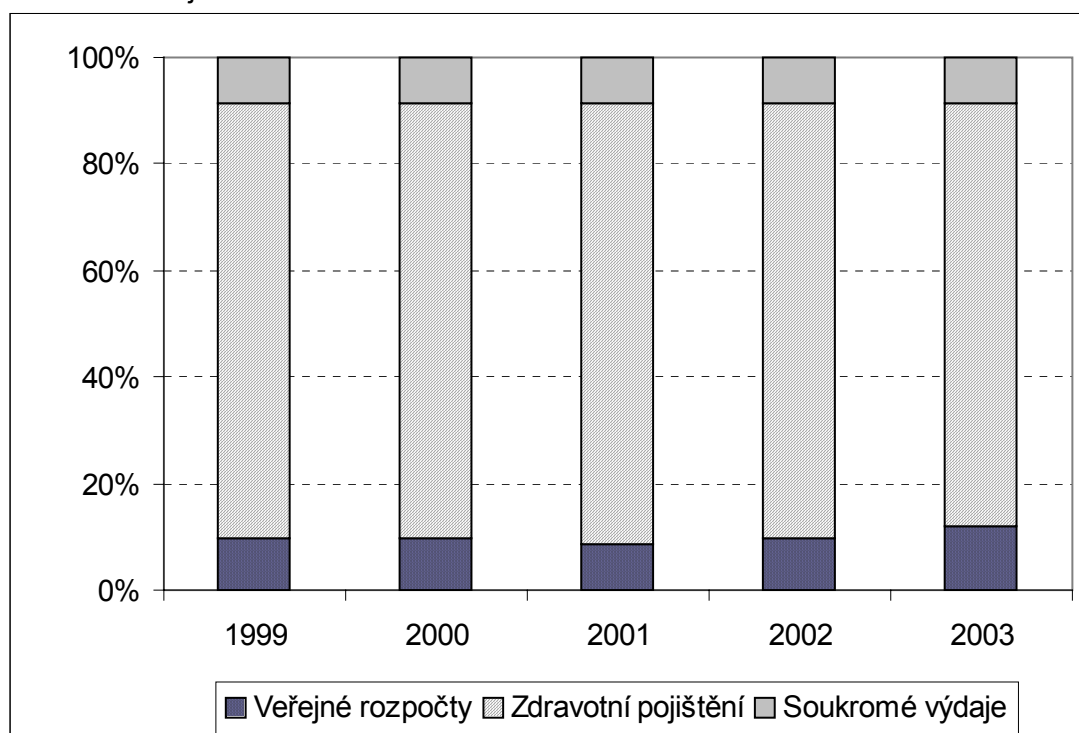
Tabulka č. 1: Odhad výdajů na duševní zdraví v roce 2003

Zdroj financování	Odhad výdajů na duševní zdraví (mil. Kč)	Podíl (%)
nemocenské pojištění	830	7,45
důchodové pojištění	5 082	45,62
zdravotní pojištění	5 229	46,93
Celkem	11 141	100,00
% hrubého domácího produktu	0,44%	x

3.4.2 Financování

Zdravotní péče o duševně nemocné je financována stejně jako ostatní typy péče ze společného rozpočtu. V některých zemích je zdravotní péče o duševně nemocné oddělena od ostatních typů péče a je financována ze zvláštních rozpočtů, např. v Kalifornii je péče o duševně nemocné financována z milionářské daně. Informace o výdajích na zdravotnictví podle zdroje financování pro jednotlivé skupiny onemocnění nejsou k dispozici, lze se tedy pouze domnívat, že zdroje financování u duševních onemocnění se nemusí příliš lišit od zdravotnictví jako celku (graf č. 2). Dlouhodobě se soukromé výdaje pohybují pod 10 % z celkových výdajů na zdravotnictví, což je ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi relativně nízký podíl.

Graf č. 2: Zdroje financování zdravotnictví



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

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

zdravotního pojištění s určitou spoluúčastí pacienta, která se odvíjí od referenčních cen. V každé terapeutické kategorii by měl být k dispozici plně hrazený lék.

3.4.3 Shrnutí

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

3.5 Koncepce oboru psychiatrie

Koncepce oboru psychiatrie (Koncepce oboru psychiatrie 2000) byla připravována již od roku 1994, v roce 1998 byla schválena valnou hromadou Psychiatrické společnosti ČLS JEP a později i vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví České republiky. V roce 2004 vznikla Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie jako poradní orgán MZ ČR, složená ze zástupců jednotlivých segmentů péče o duševně nemocné (psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické ambulance, denní stacionáře a krizové služby, forenzní psychiatrie, komunitní a rehabilitační služby), Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a dále ze zástupců pacientů a příbuzných psychiatrických pacientů. Tato komise měla za úkol vytvořit konkrétní návrhy a postupy, jak uvést Koncepci do praxe. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví v rámci řešení svého projektu „Veřejné zdraví – lidská práva a péče o duševní zdraví v ČR“, podpořeného OSF, sestavilo projektový tým, který dodává podklady, analýzy a expertizy pro činnost této komise.

Koncepce oboru psychiatrie vedle základních definic náplně oboru navrhuje a charakterizuje základní prvky sítě služeb, včetně „nových“ ambulantních služeb (denní stacionáře, krizová centra a služby, terénní činnost psychiatrických sester) a služeb zdravotně sociálních (chráněná bydlení, pracovní rehabilitace, případové vedení). Poukazuje na vývojové trendy oboru: zmenšování stigma duševní nemoci, snižování lůžek v psychiatrických léčebnách a jejich humanizace, zvýšení kapacity psychiatrických oddělení nemocnic, ambulancí, denních stacionářů, krizových služeb a rehabilitačních služeb, posílení role pacientů a rodinných příslušníků, zabezpečení kontinuity péče, posílení legislativy v oblasti práv pacientů, vytvoření standardů péče, hodnocení její kvality, opatření v oblasti detence a ochranné léčby. Přílohou Koncepce jsou rozpracované programy pro vybrané skupiny psychiatrické klientely: program psychogeriatrický, pedopsychiatrický, pro návykové nemoci, pro dlouhodobě duševně nemocné, poruchy příjmu potravy a pro forenzní psychiatrii. Další přílohou jsou tabulky s kvantitativně vyjádřenou kapacitou plánovaných služeb.

Projektový tým Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a implementační komise rozpracovávají realizaci Koncepce v následujících oblastech: koncepce a politika, financování a síť služeb, kontrola kvality a koordinace služeb, legislativa a standardy, vzdělávání a propagace. V oblasti koncepce a politiky je zapotřebí promítnout celonárodní koncepci na úroveň krajů (krajské psychiatrické koncepce), navodit meziresortní spolupráci a rozpracovat konkrétní kroky přeměny péče ve všech cílových skupinách psychiatrické klientely. Ve sféře kvality a koordinace služeb je nezbytné definovat kritéria kvality péče, vypracovat postupy hodnocení kvality a formy její kontroly, sledovat statistické údaje i o „nových“ službách, zapojit uživatele a jejich příbuzné do rozhodovacích procesů poskytovatelů služeb a kontroly jejich kvality. Co se týká legislativy a standardů v širší diskusi rozhodnout, zda potřebujeme samostatný zákon o duševním zdraví, v každém případě je potřebná legislativní úprava v oblasti nedobrovolného přijetí k hospitalizaci, nedobrovolné léčby, ochranného léčení, posouzení způsobilosti k právním úkonům, užívání omezujících prostředků, informovaného souhlasu. Některé služby je ještě nutné právně vymezit. Standardy je třeba propracovat nejenom v oblasti psychiatrické léčby a rehabilitace, ale také z hlediska lidských práv, vzdělání pracovníků nebo provozu a hygieny. V pregraduální a předatestační přípravě psychiatrů a klinických psychologů chybí vzdělávání v komunitní psychiatrii, psychiatrické rehabilitaci nebo krizové péči, systém je zapotřebí zavést u postgraduálního vzdělávání rehabilitačních a sociálních pracovníků. Pro odstranění stigma duševní nemoci a zvýšení povědomí o problematice duševních poruch je potřebné vést efektivní destigmatizační a medializační kampaně.

3.6 Cesty ke změně struktury psychiatrické péče v České republice

Popis stavu psychiatrické péče v ČR a možné scénáře změn ve smyslu Koncepce oboru psychiatrie je podrobněji popsán v publikaci Politika péče o duševní zdraví v ČR - Cesty k její realizaci (Pfeiffer et al. 2005).

Koncepce klade úkol při celkovém mírném úbytku počtu lůžek zhruba o polovinu umenšit jejich počet v psychiatrických léčebnách, ponechat v léčebnách pouze péči o dlouhodobé pacienty a navýšit akutní péči v psychiatrických odděleních nemocnic. Současně zvýšit kapacitu řady dalších služeb: psychiatrických ambulancí, denních stacionářů, krizových služeb, chráněných bydlení nebo 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 (jeho přeškolení a přesun do nově vzniklých kapacit). Změny v síti budou snáze realizovatelné při motivaci personálu a managementu ve všech segmentech služeb.

Teoreticky jsou v současnosti rozpracovávány tři možné varianty při změně sítě:

- 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 v léčebnách (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“. Výhodou tohoto řešení je bezpochyby i skutečnost, že by nedocházelo k dramatickým změnám, které by se dotkly personálu. Nevýhodou je však větší finanční náročnost (zachování plateb v léčebnách a zvýšení finančních zdrojů pro ostatní služby).
- V druhé variantě se uvažuje o zachování jen některých oddělení v psychiatrických léčebnách. Podmínkou je 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 zachování stávajícího stavu ve zbylých odděleních léčeben a nutnost řešení změn pracovních kariér části personálu.

- 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 podobné 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.

3.7 Hodnocení koncepčních materiálů jako východisko pro další výzkumnou práci

Koncepce oboru psychiatrie mapuje dosavadní síť psychiatrických služeb a definuje její jednotlivé složky. V závěru pak stručně a obecně vytyčuje návrhy pro zlepšení dosavadní organizace odborných služeb. *Politika péče o duševní zdraví v ČR – Cesty k její realizaci* (Pfeiffer at al. 2005) popisuje současný stav péče o duševní zdraví, možnosti žádoucích změn a kroky k jejich realizaci. Jedním z kroků jsou tři varianty změn psychiatrických léčeben.

Závěrečné zprávy obou koncepčních materiálů byly postoupeny k hodnocení českým i zahraničním předním psychiatrům a členům Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie při ministerstvu zdravotnictví. Z odborného hodnocení vyplynulo, že předložené koncepční materiály znamenají posun směrem k implementaci transformace péče o duševní zdraví, která je v ČR nezbytná a je v souladu s celoevropským úsilím vyjádřeným v zásadních dokumentech, které vzešly z ministerské konference v Helsinkách v lednu 2005. Za slabinou obou materiálů byla označena nedostatečná identifikace a definice indikátorů kvality psychiatrické péče, jejich harmonizace s projekty Světové zdravotnické organizace a Evropské komise.

Naopak přednost dokumentu *Politika péče o duševní zdraví v ČR* spatřovali hodnotitelé ve formulování základních principů uplatňovaných při vytváření politiky péče a charakteristiky potřebné péče a služeb, tedy vypracování prvních předpokladů k definování cílového stavu. Nejcennější je k diskusi předložený návrh změny, který je konkrétní, je vyčíslen a popisuje potřebný rozvoj sítě služeb. Nabízí tři varianty při změně sítě: 1. rozdělení péče v psychiatrických léčebnách, 2. zachování jen některých oddělení léčeben a 3. zachování jen některých psychiatrických léčeben. Tyto tři varianty změn jsou, podle hodnotitelů, předpokládaným úhelným kamenem diskusí o dalším postupu změny v organizaci péče o duševně nemocné v České republice. Na dokument by měla navázat ekonomická analýza a kvalifikovaná diskuse. Ta by měla zahrnovat i přesah priorit v péči o duševně nemocné do jiných rezortů, neboť duševní zdraví je prioritou zdravotní péče s výrazně mezirezortním přesahem.

4 Situace v Praze

4.1 Úvod

Česká republika má v současné době 10 230 060 obyvatel. Z nich 11,3 % (1 158 800) žije v hlavním městě. Podle novějších epidemiologických studií 13,9 % velkoměstského obyvatelstva České republiky trpí některou s duševních poruch, téměř polovina obyvatel z tohoto počtu představuje tzv. nerozpoznanou nemocnost a nebyla nikdy léčena (Csémy 2006).

Zatím nejucelenější popis psychiatrických služeb v Praze je obsažen v dokumentu „Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze“ (Koncepce psychiatrické péče v Praze 2003), vytvořeném v roce 2003 přípravnou skupinou zplnomocněnou k tomuto účelu Psychiatrickou společností ČLS JEP. Z něj autoři čerpají informace o systému financování a popis stávajícího stavu služeb.

4.2 Popis systému financování

Největší problém ve financování péče o duševně nemocné v Praze jsou (stejně jako v celé České republice) celkově podfinancované zdroje na služby (3,6 % z celkových státních výdajů na zdravotnictví). Je to jeden z důvodů pro obtížné prosazování žádoucího rozvoje a změn psychiatrických služeb. Nekompletní údaje a záznamy o efektivitě použitých financí jsou dalším velkým problémem. Jen velmi málo výzkumných projektů zmapovalo efektivnost nákladů jednotlivých typů služeb, tj. náklady srovnané se ziskem a přidanou hodnotou.

Pro psychiatrické služby existuje několik stabilních finančních zdrojů. Především jde o Fond zdravotního pojištění, který hradí zdravotní služby. Dalším zdrojem jsou dotace MPSV ČR a MZ ČR pro nestátní neziskové organizace (NNO). Z těchto zdrojů jsou částečně (maximálně 70 %) hrazeny náklady NNO, které poskytují zejména komunitní, tedy sociální, služby. Dotace MZ ČR pro zdravotnická zařízení hradí zejména investiční dotace pro nemocnice v působnosti státu, případně kraje či obce. Granty hl. m. Prahy pro nestátní neziskové organizace lze využít na částečné krytí nákladů. Investiční dotace pro ÚSP kryjí dotace hl. m. Prahy pro zařízení v působnosti hl. m. Prahy a dotace na lůžko v ÚSP. Zdrojem financí jsou také přímé úhrady od příjemců služeb/pacientů, které jsou praktikovány zejména u privátních zařízení za nadstandardní služby. Městské části vypisují grantové programy pro sociální a zdravotní služby na jejich území. O granty jednotlivých městských částí Prahy mohou většinou požádat NNO, privátní i obecní zařízení. Výše grantů je poměrně malá. Stejně jako ostatní granty například od nadací, sponzorů, zahraničních dárců atd. Posledním zdrojem financí je vlastní podíl poskytovatelů. Většina poskytovatelů dokrývá náklady ze svých vlastních zdrojů, kterými může být například prodej vlastních služeb a výrobků.

4.3 Stav psychiatrických služeb

Ambulantní péče

V Praze působí cca 95 ambulantních psychiatrů jako samostatná zdravotnická zařízení, cca 7 ambulantních míst je ve státních zdravotních zařízeních. Psychiatrické ambulance jako zařízení první linie zabezpečují akutní i dlouhodobou péči o zhruba 90 % osob ve spádu HMP, kteří vyžadují psychiatrickou pomoc. Zhruba lze odhadnout, že průměrná psychiatrická ambulance poskytuje péči cca 1000 pacientům ročně, při uvedených počtech ambulantních psychiatrů se tedy jedná o cca 100 000 pacientů léčených v psychiatrických ambulancích na území HMP. Spektrum diagnóz postihuje celou šíři psychiatrické nomenklatury, tj. demence, přes závislosti, psychózy, neurotické poruchy, adaptační reakce, poruchy osobnosti a další. Poskytována je jak akutní pomoc, tak je zabezpečována komplexní psychiatrická péče (klinické vyšetření, diferenciálně diagnostické postupy, návrh terapie, psychofarmakoterapie, psychoterapie), rovněž základní sociální péče (pracovní neschopnosti, důchody). Dále je

poskytována konsiliární činnost pro praktické lékaře a ambulantní specialisty somatických oborů, v některých lokalitách i pro lůžková zařízení. Návaznost na lůžkovou péči je většinou bezproblémová. Návaznost na stacionární péči je většinou limitována malou kapacitou těchto zařízení, zásadně je postrádána větší nabídka skupinové a individuální psychoterapie pro pacienty z okruhu neurotických a depresivních poruch a rovněž s poruchami osobnosti.

Lůžková péče

V Praze je k dispozici 1784 lůžek v psychiatrických zařízeních. Z toho je 1428 lůžek v psychiatrické léčebně, 356 tvoří psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. Z celkového počtu lůžek v léčebně (1428) je jich 108 na interním oddělení a LDN. Psychiatrických lůžek je zde tedy 1320. Vyšší počet psychiatrických lůžek je dán jednak tím, že spádová oblast je větší, než je území hl. m. Prahy, dále tím, že některá oddělení jsou specializovaná a přijímají i pacienty z jiných regionů. Celkem je v Praze k dispozici 124 dětských lůžek, 352 lůžek gerontopsychiatrie (z toho však 63 v LDN), 210 lůžek na AT, 40 lůžek sexuologických, 12 lůžek pro léčbu poruch příjmu potravy.

Denní stacionáře

V Praze existuje osm denních stacionářů. Organizační uspořádání stacionářů je odlišné: tři z nich jsou samostatná zdravotnická zařízení, tři z nich jsou součástí větších zdravotnických zařízení (dva jsou přímo integrovány s lůžkovou péčí - Psychiatrická klinika VFN, Psychiatrické centrum Praha), dva z nich jsou součástí neziskových organizací, poskytujících i nezdravotnické služby. V zaměření na specifické cílové skupiny služby pro pacienty s psychózou poskytují Denní sanatorium Fokus, Denní sanatorium Ondřejov, ESET; pro pacienty s problematikou neuróz a poruch osobnosti – Psychoterapeutické středisko Břehová, DS Horní Palata, ESET; pro pacienty se závislostí - DS Sananim; pro adolescenty a poruchy příjmu potravy - DS při Psychiatrické klinice VFN, pro pacienty s depresivní poruchou - DS při Psychiatrickém centru Praha; pro psychogeriatrické pacienty: Gerontocentrum Praha 8. Psychogeriatrickí pacienti jsou většinou přijímáni do gerontologických stacionářů se sociální péčí, nejsou vytvořeny stacionáře specializované. Celková kapacita denních stacionářů v Praze představuje asi 127 míst.

Chráněná práce

Možnosti chráněné práce v Praze lze rozdělit do dvou kategorií dle stupně podpory poskytované klientovi. Nejvyšší míra chráněnosti pracovního prostředí je v tzv. chráněných dílnách nebo chráněných místech – z nich nejznámější jsou tzv. tréninkové resocializační kavárny. Takových pracovišť je v Praze celkem 24 a poskytují dohromady 194 pracovních míst (z toho je 127 míst v 11 chráněných dílnách, 66 míst v 8 kavárnách a 5 jiných chráněných míst). V tzv. přechodném a podporovaném zaměstnávání je již podpora klientovi omezena. Tyto služby nabízejí v současné době celkem 20 pracovních míst pro stejný počet klientů. V programu sociální firma je aktuálně 18 pracovních míst. Celkem je v Praze k dispozici pouze 232 míst pro chráněnou práci.

Chráněné bydlení

V Praze je k dispozici 43 míst komunitního bydlení (z toho 35 míst provozuje Bona, o. p. s. jako pobyt časově neomezený a 8 míst provozuje Fokus-Praha - zde je pobyt omezen na dobu jednoho roku). Dále je k dispozici 48 míst v chráněných tréninkových bytech (Bona, o. p. s. 23 míst, Fokus Praha 10 míst, ESET-HELP 6 míst, Baobab o.s. 7 míst, DPS Ondřejov 2 místa). Fokus Praha a DPS Ondřejov dále nabízejí pro své klienty službu podporovaného bydlení Bona o. p. s. spravuje 16 sociálních bytů (trvalé bydlení pro klienty, kteří potřebují určitou míru dopomoci, podpory).

Komunitní psychiatrické sestry

Doposud se zkoušela činnost terénních psychiatrických sester v režimu somatické domácí péče (OÚSS Praha 8, ESET-HELP o.s., Agentura Victory). Tyto pokusy selhaly zejména proto, že provoz těchto služeb byl ekonomicky nerentabilní (delší doba návštěv u

psychiatrických pacientů než u somatických) a také proto, že péče nemohla být indikována psychiatry, nýbrž složitě indukována přes praktické lékaře. Od 1. 1. 2006 je v novele Sazebníku zdravotních výkonů uvedena nová odbornost „psychiatrická sestra“ se specializovanými výkony „individuální psychiatrické rehabilitace“ a „krizové intervence“. Tyto výkony umožňují provádět rovněž případové vedení (case management) u psychiatrických pacientů. Očekáváme, že tato změna výrazně napomůže rozvinout činnost psychiatrických sester v terénu.

Krizová centra a linky důvěry

V Praze existují dvě zdravotnická krizová centra: Krizové centrum RIAPS při Centru sociálních služeb Praha a Centrum krizové intervence, které je součástí Psychiatrické léčebny v Praze Bohnicích. Obě poskytují komplexní nepřetržité a bezbariérové služby (linka důvěry, možnost osobní konzultace, krátkodobý pobyt na lůžku). Síť linek důvěry je komplexní, diferencovaná a dobře fungující. Krizové oddělení Denního psycho-terapeutického sanatoria Nad Ondřejovem na Praze 4 poskytuje mobilní krizové služby pro pacienty s psychotickým onemocněním. Podobný tým se nyní formuje i ve Fokusu (Praha 6). Kromě těchto zdravotnických zařízení existují i nezdravotnická zařízení poskytující krizovou pomoc (SOS Diakonie, Dětské krizové centrum).

Psychiatrické poradny

Současné poradny v Praze lze rozdělit do dvou základních skupin. Jedna skupina poraden je zaměřena přímo na cílovou skupinu duševně nemocných a ve svých službách se snaží vyjít vstříc specifickým potřebám duševně nemocných. Většinou jsou to poradny právní, sociální, socioterapeutické. Aktuálně nejméně hodin působí poradny v oblasti právního poradenství. Poradny jsou provozovány organizacemi, které poskytují i další služby komunitního typu (Bona - VIDA centrum v Žitné ul. Praha 2, ČAPZ Praha 1, Eset-help – Hekrova ul. Praha 11, Fokus Praha - Libuška Praha 2 a IPC v Dolákové ul. Praha 8). Z tohoto důvodu mohou mnohdy daleko cíleněji zafungovat, mohou odkázat na další služby organizace. Tyto poradny někdy bývají vstupním místem do těchto služeb. Nevýhodou těchto poraden je, že fungují pouze v omezeném čase, maximálně dva dny v týdnu. Všechny tyto poradny mají dohromady cca 150 provozních hodin měsíčně, a to v různých částech Prahy. Provozní hodiny se bohužel také překrývají, neexistuje prozatím dohoda poskytovatelů o sladění provozních hodin a vzájemné propagaci.

Vedle těchto poraden zaměřených specificky na poradenství lidem s duševním onemocněním existují v Praze poradny zaměřené na širší skupiny (např. sociálně znevýhodněné, zdravotně postižené, ad.) či přímo pro širokou veřejnost. To je případ zejména občanských poraden (OP) (OP Remedium Praha 3, OP Praha 1, OP Praha 7, SOS Diakonie Praha 2, Kontakt – info centrum P2). V oblasti informatiky je třeba ještě zmínit informační střediska jednotlivých městských částí Prahy, dále poradenství v oblasti pracovního uplatnění na jednotlivých úřadech práce. Většina dlouhodobě duševně nemocných však vyhledává spíše poradny uvedené v prvním odstavci, pokud se obrátí na nespécifickou poradnu, bývají často nasměrováni na služby pro duševně nemocné.

Case management (Případové vedení)

Službu případového vedení (Case management) lze obecně definovat jako dlouhodobou individuální a komplexní podporu klienta v prostředí komunity a to prostřednictvím konkrétního případového pracovníka – case managera. Case management dbá tedy na efektivitu celého systému péče tím, že zabezpečuje návaznost jednotlivých služeb (tedy to, že klient nevypadne ze systému pomoci), komplexnost a koordinaci jednotlivých služeb, brání duplicitě a chrání klienta. V současné době na území hlavního města Prahy službu poskytuje jeden pětičlenný tým s kapacitou 125 klientů (optimální kapacitou by bylo 75, max. 100 klientů, tedy 15, max. 20 klientů na jednoho pracovníka).

Centra denních služeb a denních aktivit

V Praze existují čtyři Centra denních aktivit. Jde o zařízení na pomezí zdravotnické a sociální péče s volným přístupem, poskytující sociálně-rehabilitační programy pro pacienty. Tři z nich poskytují službu pro osoby s dlouhodobou duševní poruchou, Centrum denních aktivit Baobab se specializuje na rehabilitaci včasných psychóz. Svým charakterem zařízení mohou být i místem prvního kontaktu a vstupem do dalších služeb. Dávají možnost mj. trávení volného času, navazování společenských vztahů (prolomení sociální izolace), možnost zdokonalit pracovní a sociální dovednosti, poskytují získávat právní informace. Ve formě klubů mohou organizovat osvětové, informační anebo rekreační pobyty.

Svépomocné aktivity

Aktuálně v Praze funguje samostatně klub České společnosti pro duševně nemocné s názvem Zvonařka a občanské sdružení Kolumbus. Další svépomocné aktivity jsou navázány na profesionální poskytovatelské organizace. Jsou to Klub Hekrovka při ESET-HELP, aktivity okolo Libušky (vydávání časopisu, zájmové kroužky), selfadvokační skupina Zrcadlo a klub pro hospitalizované pacienty Mosty při Fokusu Praha; klub při rehabilitačním oddělení Psychiatrické kliniky. Dále existuje Bohnická divadelní společnost při o. s. Citadela, několik aktivit rodinných příslušníků: sdružení Ozvěna, Ondřej, dále skupina při sdružení ESET-HELP, a také pražská větev celostátní organizace příbuzných duševně nemocných SYMPATHEA, o.p.s. Náplní těchto aktivit je setkávání a vzájemná podpora rodičů a blízkých duševně nemocných, vzdělávací a informační semináře pro ně, případně organizování konkrétní pomoci klientům či poskytovatelským organizacím.

4.4. STEP a SWOT analýza péče o duševní zdraví v Praze

Pro lepší porozumění situaci v poskytování služeb pro lidi s duševními poruchami v Praze se zohledněním širších souvislostí, a to zejména faktorů ekonomických, politicko-právních, sociálně kulturních a technologických, zpracoval řešitelský tým projektu STEP analýzu péče o duševní zdraví. Podobně zhodnotil i silné a slabé stránky, příležitosti i ohrožení péče o duševní zdraví v Praze pomocí SWOT analýzy.

Širší souvislosti - STEP analýza péče o duševní zdraví

Ekonomické faktory	Politicko-právní faktory
<ul style="list-style-type: none">• Způsob financování zdravotní i sociální péče (oddělené financování zdravotní a sociální péče špatně umožňuje souvisle pokrýt zdravotně-sociální oblast, financování lůžkové péče dle obloženosti konzervuje stávající stav).• Výdaje na psychiatrickou zdravotní péči se procentuálně snižují.• V porovnání s procenty jdoucí na péči o duševní zdraví v původních zemích EU je v ČR podfinancována péče o duševně nemocné.• Chybí finanční zdroje na rozvoj chybějících služeb (např. rezidenční služby, krizové služby).• Systém financování sociálně- - zdravotních služeb neziskových	<ul style="list-style-type: none">• Není jasná politicko-právní zodpovědnost za síť služeb (síť není nijak plánovaná ve vztahu k místním potřebám, a pokud je plánována, pak čistě administrativně a byrokraticky).• Zodpovědnost za výsledný stav a funkci sítě služeb je roztříštěna.• Provozovatelem PL Bohnice je MZ, město Praha nemá vliv (MZ v podstatě žádný vliv neuplatňuje, maximálně vymění ředitele z důvodů povětšinou nesouvisejících s kvalitou a koncepcí péče).• Mimonemocniční služby nemají určenou oblast, jejichž obyvatele by

<p>organizací je nestabilní (jednoleté granty).</p> <ul style="list-style-type: none"> Nehodnotí se efektivita vložených nákladů a kvalita poskytované péče. 	<p>závazně přijímaly do péče, aniž by bylo dotčeno právo na svobodnou volbu lékaře a zařízení.</p> <ul style="list-style-type: none"> Zvyšování tlaku na dodržování lidských práv minorit včetně handicapovaných občanů. Částečný tlak na kompatibilitu zdravotního a sociálního systému péče s ostatními zeměmi EU. Neochota ke změnám na straně psychiatrů, zvláště vedoucích psychiatrických léčeben. Malý zájem o problematiku duševně nemocných na straně zástupců státní správy a samosprávy.
Sociálně kulturní faktory	Technologické faktory
<ul style="list-style-type: none"> Celospolečenský proces emancipace minoritních skupin Postupné vrůstání či znovuzapojování do „západoevropské“ kultury a systému hodnot 	<ul style="list-style-type: none"> Technologie komunitního plánování se začíná uplatňovat (ale spíše jen v sociální oblasti) Prudký rozvoj informačních a komunikačních technologií

Bezprostřední souvislosti - SWOT analýza péče o duševní zdraví

Silné stránky	Příležitosti
<ul style="list-style-type: none"> Široké spektrum jednotlivých služeb Silný neziskový sektor Hustá síť psychiatrických ambulancí Existence vzdělávacích programů Kontakty se zahraničím Dobře zmapovaná síť služeb a dostupnost údajů 	<ul style="list-style-type: none"> Primátor s porozuměním pro změnu péče o duševní zdraví Trendy péče o duševní zdraví v původních zemích EU s jednoznačným trendem směrem ke komunitní péči Strategické dokumenty na podporu žádoucích reforem v zemích EU Místní i mezinárodní nepolevující tlak na dodržování práv duševně nemocných Někteří z předních psychiatrů chápou potřebu změny péče o duševně nemocné na komunitní
Slabé stránky	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> Nedostatečná kapacita některých druhů služeb Katastrofální nedostatek míst v psychogeriatrických a dětských stacionářích, v domovech důchodců s psychiatrickou péčí Nedostatek propojení a koordinace jednotlivých služeb Absence finančních zdrojů na systémový rozvoj Nedostatečné zapojení primární péče do péče o psychiatrické pacienty 	<ul style="list-style-type: none"> Obavy (některých) zaměstnanců PL o ztrátu dosavadního zaměstnání či postavení blokují proces přemýšlení o změně. Obava ambulantních psychiatrů o ztrátu pacientů (rozvojem komunitních služeb případně zvýšením kompetencí praktických lékařů v péči o duševně nemocné) zablokuje proces přemýšlení o změně. Boj o finanční zdroje (individuální a skupinové zájmy) zablokuje dialog.

<ul style="list-style-type: none"> • Riziko dlouhých čekacích dob pro pacienty ohrožené sebevraždou (deprese atd.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Přespřílišná koncentrace na tady a teď znemožní dosáhnout dlouhodobější vize služeb. • Malý zájem zástupců státní správy a samosprávy o obor psychiatrie
---	---

5 Zadání k tvorbě modelu

5.1 Východiska projektu

1. Podpora duševního zdraví obyvatelstva a s tím související transformace psychiatrické péče patří k prioritám evropské politiky na několika úrovních včetně Evropské komise (EC) a Světové zdravotnické organizace (SZO). Svědčí o tom mj. i výstupy „Ministrial conference“ – konference ministrů zdravotnictví v Helsinkách z ledna 2005, z níž vzešla Deklarace o duševním zdraví. Péče o duševní zdraví se stává politickou prioritou ve většině rozvinutých zemích EU. Deklarace byla podepsána také zástupcem MZ ČR. V oblasti zdravotnictví znamená implementace této priority transformaci psychiatrické péče a zavedení účinné prevence duševních poruch. Transformace psychiatrické péče znamená vedle investice do lidských zdrojů přesun z velkých léčebenských zařízení směrem k pacientovi, do jeho přirozeného prostředí (tzv. komunitní péče) a posílení nemocniční péče. Nedílnou součástí zlepšení psychiatrické péče je destigmatizace oboru psychiatrie (pacientů i odborníků) a vzdělávání všech relevantních složek systému péče.

2. Pro Českou republiku stejně jako jinde ve světě představují neuropsychiatrická onemocnění značnou socioekonomickou zátěž. Mezi deseti hlavními příčinami společenské zátěže vyplývající z nemoci jsou neuropsychiatrické poruchy zastoupeny v 7 případech z 10 u osob ve věku mezi 15 a 44 lety – měřeno indikátorem DALY (The World Health Report 2001) Česká republika je podle údajů SZO na prvním místě v počtu dní pracovní neschopnosti v roce, z toho 40 % zameškaných dní je z důvodů duševních chorob. V některých západních zemích převyšuje procento pracovní neschopnosti z důvodu duševních nemocí procento nezaměstnanosti. Pro každý stát to představuje miliardové náklady a ztráty.

Duševně nemocní se v České republice vysokou měrou podílejí na nezaměstnanosti, bezdomovectví a spotřebě alkoholu. V péči o tyto pacienty neexistuje žádná zřetelněji definovaná dlouhodobá politika. V oblasti zodpovědnosti za zřizování a řízení služeb je zřejmá značná roztržitost. Převážná část péče o duševně nemocné probíhá ve velkých, izolovaných a z hlediska hygienických či právních norem nevyhovujících psychiatrických léčebnách (cca 85 % lůžek v léčebnách, zbytek v nemocnicích). Existuje nedostatečná péče v krizových situacích, stejně jako ve fázích rehabilitace. Důsledkem této situace je vysoká míra opakovaných zhoršení nemoci a stigmatu, sociálního vyčlenění a nezaměstnanosti.

3. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví vytvořilo v rámci projektu *Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice* závěrečné zprávy popisující současný stav péče o duševní zdraví, možnosti žádoucích změn a kroky k jejich realizaci. Jako jeden z konkrétních kroků byly vypracovány tři varianty změn psychiatrických léčeben. Závěrečné zprávy byly postoupeny hodnocení našich i zahraničních předních psychiatrů (Höschl (ČR), Libiger (ČR), Thornicroft (UK)) a členům Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie při Ministerstvu zdravotnictví ČR. Doporučením, které z hodnocení mimo jiné vyplynulo, bylo podrobně rozpracovat jednu z variant změn, doplnit o analýzu zahraničních zkušeností s transformací, ekonomickou analýzu a iniciovat širší diskusi.

4. Z výsledků studie agentury STEM/MARK (2004) a Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví vyplynulo, že přijetí transformačních snah psychiatrickou veřejností je spíše deklarované než skutečné. Moderní prvky směřující k vyšší samostatnosti a sebedůvěře pacientů uvnitř psychiatrické obce aktivně podporují spíše jednotlivci. Většina tyto změny pouze pasivně chápe a přijímá do okamžiku, než začnou vyžadovat konkrétní kroky, tedy i komplikace a zátěž.

5.2 Principy péče uplatňované při tvorbě modelu

Na základě rozboru dokumentů vztahujících se k duševnímu zdraví, zřehlednění situace v mezinárodním, celostátním a pražském měřítku, dospěl řešitelský tým k následujícím principům, které uplatní při tvorbě modelu transformace psychiatrické péče v Praze.

- Péče plně respektuje práva a důstojnost psychiatrických pacientů, ale současně i chrání před některými důsledky chování lidí s duševní poruchou ve společnosti.
- Služby jsou uspořádány tak, aby umožňovaly pacientům život v co nepřirozenějších podmínkách, maximální začlenění pacientů do společnosti, včetně umožnění vykonávat zaměstnání.
- Uživatelé služeb jsou zapojeni do rozhodovacích procesů při plánování a řízení služeb, jsou aktivně zapojováni do péče a zplnomocňováni při prosazování svých zájmů a v přijetí odpovědnosti za svoje zdraví a svůj život.
- Péče je poskytována spíše v rámci širokého spektra mimonemocničních léčebných, rehabilitačních zařízení či služeb nežli v léčebných institucích. V péči o akutní pacienty jsou preferována psychiatrická lůžková oddělení nemocnic, popřípadě krizové služby.
- Je kladen důraz na kontinuální vzdělávání pracovníků v oblasti péče o duševně nemocné s cílem zvyšovat jejich kompetenci.
- Do péče jsou zapojovány rodiny pacientů, jejich blízcí, přátelé a obecně celá občanská společnost.
- Služby jsou zaměřeny rovněž na odstraňování stigmatu, diskriminace a marginalizace duševně nemocných ve společnosti.
- Péče je v co největší míře dostupná časově, místně, popř. ekonomicky
- Je zdůrazňován, v rámci prevence negativních jevů (sebevražednost, závislosti, bezdomovectví, invalidita atd.) včasný záchyt duševních onemocnění se zapojením lékařů první linie (praktických a dětských lékařů)
- Prosazuje se větší zaangażování lékařů první linie do péče o dlouhodobě duševně nemocné
- Je kladen důraz na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí.
- Je zajištěna informovanost o typech a organizaci služeb duševního zdraví
- Systém péče je vyhodnocován po stránce kvality, je transparentní a přístupný veřejné kontrole.
- Systém péče je koordinovaný, existuje návaznost a spolupráce mezi jeho jednotlivými složkami, je zajištěna zdravotně – sociální kontinuita péče.
- Služby jsou dostatečně rozvinuty pro všechny typy klientely.
- Pro péči jsou zajištěny odpovídající finanční zdroje a legislativní rámce

Literatura:

Akční plán duševního zdraví pro Evropu [online]. Helsinky: World Health Organization, 2005. [cit. 2008-02-09]. Dostupné z: <<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>>.

Csémy, L. Poznatky o výskytu duševních poruch v České republice. *Sborník příspěvků XXIX. Konference sociální psychiatrie. Místo sociální psychiatrie v moderní psychiatrické péči* [CD-ROM]. Praha: Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP, 2006. [cit. 2008-02-09]. Adresář: \files\7_02.pdf.

Deklarace o duševním zdraví pro Evropu [online]. Helsinky: World Health Organization, 2005. [cit. 2008-02-09]. Dostupné z: <<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>>.

DEMA. *Názory na schizofrenii: Reprezentativní výzkum v ČR*. Praha, 2004.

Dlouhý, M. Mental Health Care System and Mental Health Expenditures in the Czech Republic, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7 (4), s. 159–165., 2004.

European Commission. *Green Paper - Improving mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brusel, 2005.

Franz, M. et al. Schizophrenic patients, who still live in psychiatric hospitals despite decades of deinstitutionalization. Part 1 of the Hessian Deinstitutionalisation Study, *Psychiatr Prax*, 2002, vol. 29 No. 5, s. 245 - 250.

Hejzlar P. Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace. In: *Acta psychiatrica postgradualia bohémica*, vol.2, Praha: Galén 2004.

Hejzlar, P., Komunitní psychiatrie. In: *Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly MATRA III*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2005.

Höschl, C. Hodnocení koncepčních materiálů Psychiatrické kliniky 1. LF UK a Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2005.

Chromý, K. Sociální psychiatrie. In: Höschl C. - Libiger J. - Švestka J.: *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. s. 224 - 226.

Investing in Mental Health. World Health Organization: Ženeva, 2003.

Koncepce oboru psychiatrie [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2000. [cit. 2008-02-09]. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/Rsystem/soubory/KOP_2000.doc>.

Koncepce psychiatrické péče v Praze - Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze. Podkladový materiál pro Zdravotní výbor Zastupitelstva hlavního města Prahy. Praha, 2003.

Leff, J. et al. The TAPS Project. A report on 13 years of research 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 2000, vol. 24, s. 165 -168.

Maone, A. - Rossi, E.: Care in the Community in Italy: Twenty-five Years After the Psychiatric Reform. *International Journal of Mental Health*, vol. 31, No.4, Winter 2002-3, s. 78 - 89.

Pěč, O. Náklady na péči o duševně nemocné v roce 2001. In: *Transformace oboru psychiatrie*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2003. ISBN 80-86634-04-6. s. 33 - 44.

Pfeiffer, J. Komunitní péče. In: Höschl C. - Libiger J. - Švestka J. *Psychiatrie*, Praha: Tigis, 2002. s. 625 - 629.

Pfeiffer, J. et al. *Politika péče o duševní zdraví: Zpráva o současném stavu, Cesty k její realizaci*. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a Nadace Open Society Fund, 2005.

Pijl Y.J. - Kluiter, H., - Wiersma, D. Deinstitutionalisation in the Netherlands, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001, vol. 251, No. 3, s.124 - 129.

Priebe, S. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European Countries, *British Medical Journal*, 2005, vol. 330, s. 123 - 126.

Psychiatrická péče 2005. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006 [online]. [cit. 2008-03-18]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz>>.

Pullen, G. The Therapeutic Community and Schizophrenia. In: Schermer, V. L. - Pines, M. *Group Psychotherapy of the Psychoses*, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 1999. s. 359-387.

Raboch, J. - Wenigová, B. Mental health care in Prague. *European Psychiatry*, 2005; Vol. 20, Suppl.2, s. 289-293.

Sartorius, N. - Schulze, H. *Reducing the Stigma of Mental Illness*. Cambridge University Press, 2005.

STEM/MARK. *Psychiatrie v ČR 2004: Implementace psychiatrie z pohledu ambulantní péče*. Praha, 2004. 79 s.

Škoda, C. et al. *Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR: Ekonomické aspekty*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998.

The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, 2001. ISBN 92 4 156201 3.

Thornicroft, G. Components of modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Brit.J.Psych.*, 2004, vol.185, s. 283-290.

Trieman, N. - Wills, W. - Leff J. TAPS project 28: does reprovision benefit elderly long-stay mental patients? *Schizophr Res* 1996 Sep 18, vol. 21, No. 3, s. 199-208.

Weeghel, J. (ed.). *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness*. Kiev: Vydavnictvo Sfera, 2003.

Wenigová, B. Stigma a duševní poruchy. *Sanquis*, 2005, č. 38, s.24.

MODEL OPTIMÁLNÍ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

Autoři:

MUDr. Ondřej Pěč
RNDr. Tomáš Raiter
MUDr. Zdeněk Bašný
Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD.
MUDr. Jan Stuchlík
Mgr. Barbora Wenigová
MUDr. Mgr. Petr Struk
Mgr. Pavla Šelepová
Věra Šístková
MUDr. Alena Šteflová
MUDr. Pavel Vepřek
Jitka Velíšková
MUDr. Jana Žmolíková
MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.
MUDr. Dana Kárová
MUDr. Jan Lorenc
MUDr. Karel Nešpor, CSc.
MUDr. Petr Příhoda

1 Šetření kvalitativní a kvantitativní potřeby služeb pro duševně nemocné

1.1 Metodika

Úvodní fází při tvorbě modelu bylo zpracování situační analýzy poskytování péče o duševně nemocné, jak na úrovni světové a evropské (mezinárodní aspekty, dokumenty, deinstitutionalizace a její vyhodnocení), národní (legislativní situace, stigmatizace, výdaje na duševní zdraví, koncepce oboru psychiatrie, cesty ke změně struktury péče, hodnocení koncepčních materiálů), tak zejména na úrovni hl. m. Prahy (financování, stav psychiatrických služeb, STEP analýza (širší souvislosti, SWOT analýza). Tato analýza vyústila ve formulování principů péče, které se projektový tým rozhodl uplatňovat při tvorbě modelu. Mezi tyto principy například patří: respektování práv a důstojnosti psychiatrických pacientů, jejich maximální začlenění do společnosti, zplnomocňování, zapojování rodin pacientů, destigmatizace a další (viz Situační analýza, str. 11)

Cílovou klientelou, kterou si projektový tým zvolil pro modelaci služeb pro duševně nemocné v Praze, byly osoby s duševními poruchami (MKN F0–F99), které byly v roce 2005 v péči psychiatrické ambulantní péče v Praze a které byly hospitalizovány déle než jeden rok v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Počty pacientů léčených v psychiatrických ambulancích podle jednotlivých diagnostických skupin byly zjištěny ze zdrojů ÚZIS, počty pacientů dlouhodobě hospitalizovaných z censu Psychiatrické léčebny v Bohnicích (David 2005). Počty těchto pacientů v jednotlivých diagnostických kategoriích udává následující tabulka:

Tabulka č. 1: Počty pacientů léčených v psychiatrických ambulancích v Praze a dlouhodobě hospitalizovaných v PL Bohnice v roce 2005

Diagnostická kategorie		celkem
organické duš.poruchy F00-F09	v péči psychiatrické ambulance	8508
	dlouhodobě hospitalizován	190
poruchy vyvolané alkoholem F10	v péči psychiatrické ambulance	3981
	dlouhodobě hospitalizován	105
poruchy vyv.ost.psychoakt.l. F11-F19	v péči psychiatrické ambulance	4419
	dlouhodobě hospitalizován	68
schizofrenie F20-F29	v péči psychiatrické ambulance	6991
	dlouhodobě hospitalizován	137
afektivní poruchy F30-F39	v péči psychiatrické ambulance	20125
	dlouhodobě hospitalizován	34
neurotické poruchy F40-F48, F50-F59	v péči psychiatrické ambulance	36200
	dlouhodobě hospitalizován	47
poruchy osobnosti F60-F63, F68-F69	v péči psychiatrické ambulance	6262
	dlouhodobě hospitalizován	27
sexuální poruchy, deviace F64-F66	v péči psychiatrické ambulance	796
	dlouhodobě hospitalizován	6
mentální retardace F70-F79	v péči psychiatrické ambulance	943
	dlouhodobě hospitalizován	73
výv.por.v dět.a adolesc. F80-F98	v péči psychiatrické ambulance	3230
	dlouhodobě hospitalizován	34
neurč.duš.porucha F99	v péči psychiatrické ambulance	894
	dlouhodobě hospitalizován	0
CELKEM		93070

Přiřazení variant optimální péče na základě principů daných v situační analýze pro každou diagnostickou skupinu zvlášť jsme provedli s využitím metody focus group¹. Jde o formu kvalitativního výzkumu. Focus group využívá pracovní skupinu lidí, ve které jsou podporovány interakce. Skupina je tázána na postoje k určitému tématu (Morgan 2001). V našem případě by bylo přesnější označení diskusní pracovní skupiny. Zatímco cílem klasických diskusních skupin je využít interakci a dynamiku ve skupině k rozvinutí co největšího množství kvalitativních variant diskutovaného tématu bez potřeby dospět ke konsensu, v našem případě měla skupina za úkol navíc směřovat ke shodě v návrhu potřebné kvantifikace služeb pro psychiatrické pacienty. V projektu byl postup takový, že pro každý z následujících diagnostických okruhů: 1. organické psychické poruchy (F0), 2. závislosti (F1), 3. schizofrenní poruchy (F2), 4. afektivní poruchy (F3), 5. úzkostné a behaviorální poruchy (F4), 6. poruchy osobnosti (F6), 7. vývojové poruchy v dětství a adolescenci (F8-F9) vznikly jedna nebo dvě diskusní skupiny složené z odborníků (psychiatrů, psychologů, zdravotních sester, sociálních pracovníků) a jedna focus group tvořená uživateli péče. Celkem takto bylo uskutečněno 16 skupinových diskusí se 76 odborníky a 33 uživateli. Mezi odborníky byli nejvíce zastoupeni psychiatři (viz tabulka č. 2). Pro každou diagnostickou kategorii byl nejprve projektovým týmem osloven odborný koordinátor – odborník s dlouholetou klinickou zkušeností s danou diagnostickou skupinou. Odborný koordinátor poté rekrutoval odborníky a uživatele do focus group. Bylo požadováno, aby výběr rekrutovaných diskutujících maximálně zohlednil různé názorové proudy v dané specializaci. Odborný koordinátor měl dále za úkol shrnout výsledky diskuse. Jednotlivé diskusní skupiny se zaměřily na určení typů potřebných služeb pro pacienty dané diagnostické kategorie a podílu na počtu pacientů této diagnostické skupiny, kteří je v průběhu jednoho roku využijí. Skupiny diskutujících měly také za úkol navrhnout potřebnou kvalitu těchto služeb. Kromě řízené diskuse byl ve focus groups využíván i jednoduchý strukturovaný dotazník pro členy pracovních skupin (viz Příloha č.1). Definice jednotlivých typů služeb je uvedena v Příloze č. 2.

Tabulka č. 2: Zastoupení jednotlivých profesí ve focus groups

PROFESE	POČET
Psychiatři	23
Praktičtí lékaři a pediatři	3
Ostatní lékaři	5
Psychologové	9
Zdravotní sestry	2
Sociální pracovníci	14
Ostatní pracovníci*	20
Uživatelé a příbuzní	33
CELKEM	109

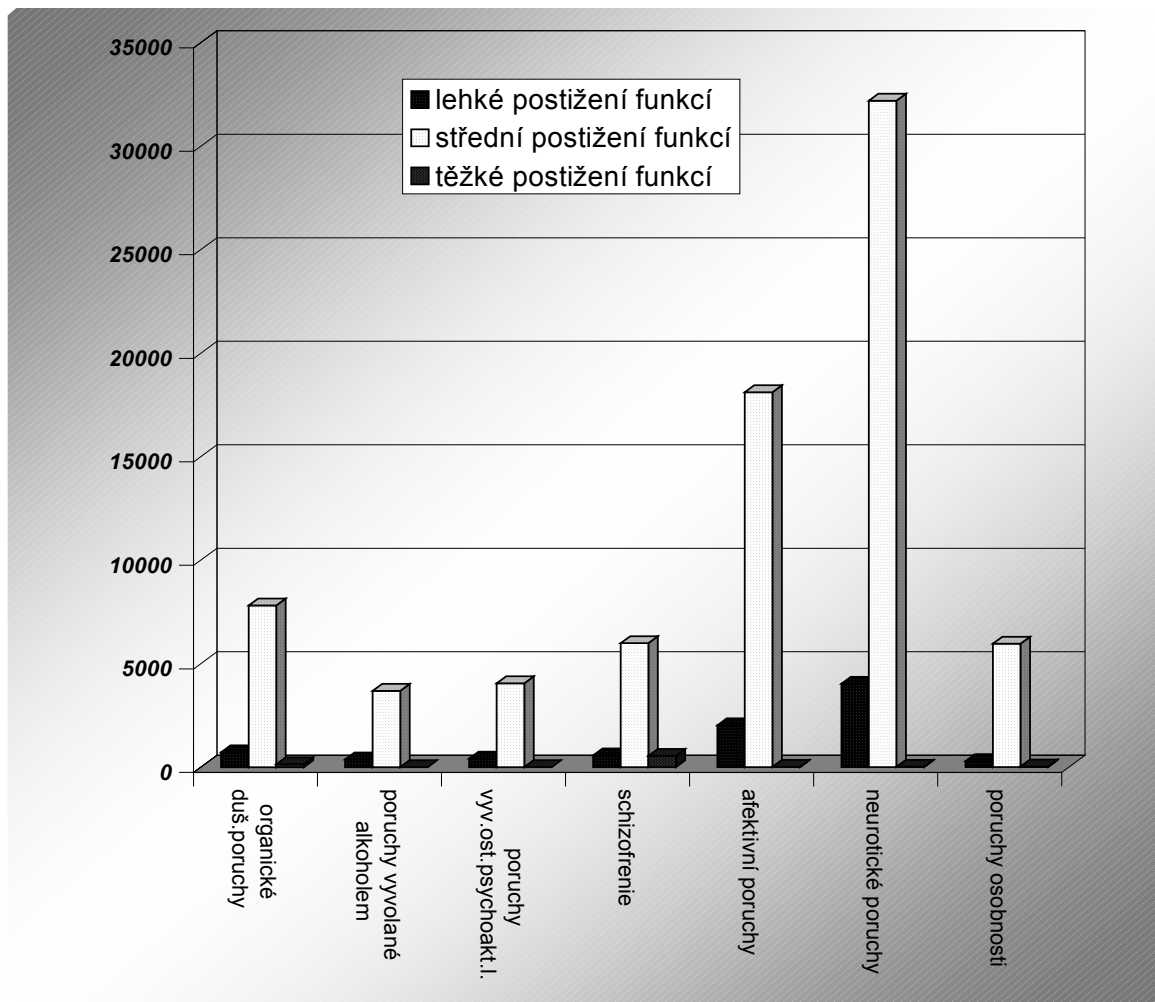
* psychologové ped.psych.poradny, výchovní poradci, etopedi, pečovatelky, vedoucí tísňové péče, vedoucí domova pro seniory aj.

Pro dosažení soustřednější diskuse o typech potřebných služeb a podílu pacientů, kteří je využijí, byly jednotlivé diagnostické skupiny rozděleny na podskupiny podle funkčního stavu. K tomuto účelu byly využity výsledky šetření prováděná hodnotícím nástrojem Global Assessment of Functioning (GAF) (střední hodnoty a směrodatné odchylky) na velkých vzorcích pacientů v různých diagnostických skupinách v zahraničí (Ruggeri et al. 2000, Client/Patient Hamble Survey 1997, Tungstrom et al. 2005). Za předpokladu normálního rozložení výsledků funkčního stavu u těchto diagnostických skupin a minimálních odchylek výsledků funkčního stavu v ČR a v zahraničí bylo možno

¹ Focus group (diskusní skupina) je metoda kvalitativního výzkumu využívající skupinové dynamiky ke zjištění názorů a postojů k určitému tématu nebo výrobku.

aproximovat rozdělení do tří podskupin (lehké postižení funkcí 71-100, střední postižení funkcí 31-70, těžké postižení funkcí 0-30) uvnitř jednotlivých diagnostických kategorií (viz graf č. 1) v našem vzorku. Focus groups pak mohly posuzovat každou podskupinu zvlášť.

Graf č.1: Rozdělení do podskupin podle funkčního stavu u jednotlivých diagnostických kategorií



Kvantitativní návrhy focus groups (počty pacientů potřebujících určitou službu) se porovnávali s co možno nejaktuálnějšími počty pacientů využívajícími jednotlivé typy služeb. Data o počtech pacientů ve zdravotnických službách byla čerpána ze zdrojů ÚZIS z roku 2005. Údaje o krizových službách a denních stacionářích byly systematicky sledovány až v roce 2006, v tomto případě byly použity data z roku 2007. U rehabilitačních služeb byly počty klientů v jednotlivých službách zjišťovány z výročních zpráv jednotlivých organizací, popřípadě přímým dotazem u těchto služeb. Přednostně byla použita data z roku 2005. Pouze tam, kde nebyl údaj z roku 2005 dostupný, byl použit údaj z roku 2006.

Pro ověření výstupů z diskusních skupin byl sestaven standardizovaný dotazník s 26 otázkami orientovanými na posouzení potřebného počtu pacientů a jejich diagnostické struktury, kteří by měli být optimálně ošetřováni v jednotlivých typech služeb (viz Příloha č. 3). Dotazník byl zaslán zhruba na 500 elektronických adres odborných pracovníků činných v psychiatrické péči na území hl. m. Prahy se žádostí o vyplnění a zpětné odeslání. Jednotlivé oslovené skupiny a zdroje jejich elektronických adres jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Dotazované skupiny odborných pracovníků v dotazníkovém šetření

Skupina odborných pracovníků	Zdroj elektronických adres
Psychiatri působící na území hl. m. Prahy	Adresář psychiatrů Psychiatrického centra Praha (Psychiatri v ČR)
Odborní pracovníci pražských komunitních služeb	Katalog pražské extramurální péče – PL Bohnice (Katalog pražské extramurální péče 2006)
Kliničtí psychologové a zdravotní sestry pracující na území hl. m. Prahy	Dostupné veřejné zdroje

Celkem odpovědělo 102 respondentů. Mezi respondenty převažovaly ženy v 59 %. Věkově byla nejvíce zastoupena skupina mezi 31 a 40 lety (viz tabulka č. 4).

Tabulka č. 4: Zastoupení jednotlivých věkových skupin mezi respondenty

Věková skupina	Zastoupení mezi respondenty
21-30 let	20 %
31-40 let	38 %
41-50 let	23 %
51-65 let	15 %
66 a více let	4 %

Podle doby praxe v péči o psychiatrické pacienty bylo nejvíce respondentů zastoupeno ve skupině 5 - 15 let praxe (tabulka č. 5). Co se týká zastoupení podle profesí, výrazně převažovali psychiatři (tabulka č. 6). Nejvíce zastoupeným typem odborné praxe respondentů byly rehabilitační služby a psychiatrická ambulance (tabulka č. 7).

Tabulka č. 5: Zastoupení respondentů podle délky odborné praxe

Délka odborné praxe	Zastoupení mezi respondenty
méně než 5 let	26 %
5-15 let	44 %
více než 15 let	30 %

Tabulka č. 6: Zastoupení respondentů podle profesí

Profese	Zastoupení mezi respondenty
psychiatr	40 %
psycholog	7 %
praktický lékař	5 %
sociální pracovník	18 %
VZP	6 %
SZP	8 %
jiné	16 %

Tabulka č. 7 Zastoupení respondentů podle typu praxe

Typ praxe	Zastoupení mezi respondenty
psychiatrická ambulance	15 %
následná lůžková péče	1 %
akutní lůžková péče	9 %
denní stacionář	13 %
krizové centrum	5 %
rehabilitační služby	24 %
jiné	23 %
kombinovaná praxe	10 %

Vzhledem k tomu, že cílem tohoto kvantitativního šetření nebylo získání primárních údajů, ale ověření návrhů vzešlých z diskusních skupin odborníků, vyhodnocována byla především míra souhlasu s předloženými návrhy a na rozložení a průměrné hodnoty nesouhlasných reakcí, a to zvláště směrem k vyšším a nižším hodnotám. Při zpracování dat dotazníkového šetření byly spočítány aritmetické průměry u jednotlivých odpovědí, které hodnotily změny využití jednotlivých služeb v procentech, s tím, že souhlasné odpovědi měly tu procentní hodnotu, které byla obsažena v tvrzení, se kterým byl vyjádřen souhlas. Dále byly spočteny počty souhlasných a nesouhlasných odpovědí u jednotlivých položek a u nesouhlasných odpovědí rovněž počty respondentů s hodnotou odpovědi vyšší než tázaná hodnota a průměrná hodnota, maxima, minima jejich odpovědi. Totéž bylo spočteno i u respondentů s hodnotou odpovědi nižší než byla tázaná hodnota.

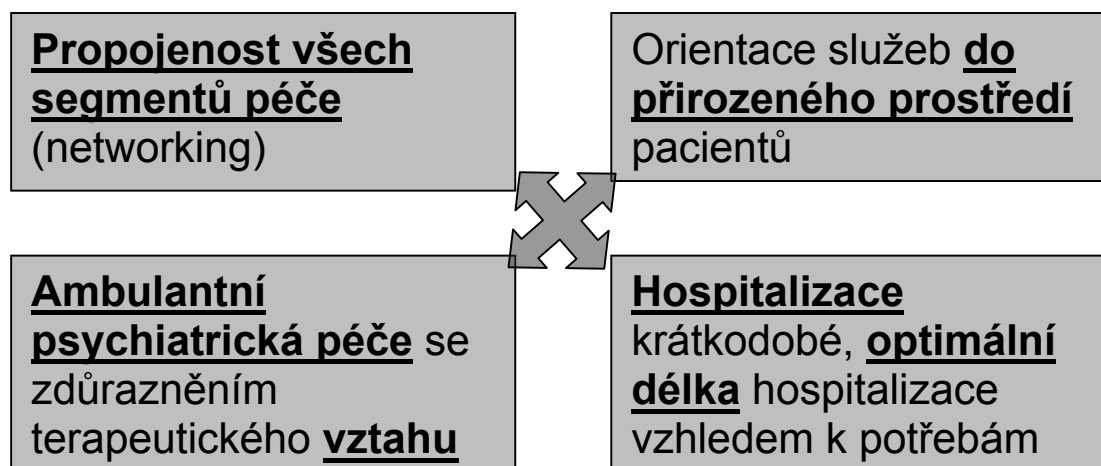
1.2 Výsledky

1.2.1 Výstupy focus groups – kvalitativní část

1.2.1.1 Hlavní akcenty kvalitativní analýzy focus groups

V kvalitativních výstupech focus groups lze vysledovat čtyři hlavní akcenty, které se nejvýrazněji objevují napříč jednotlivými hodnoceními pracovních skupin podle diagnostických okruhů (obrázek č. 1). Je to důraz na propojenost všech segmentů péče, potřeba orientovat služby co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů, zdůraznění ambulantní psychiatrické péče a významu terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem a konečně doporučení v případě nutnosti akutní lůžkové péče hospitalizovat spíše kratší dobu, avšak optimálně vzhledem ke stavu pacienta s tím, že by hospitalizační péče měla co nejvíce odpovídat potřebám pacienta.

Obrázek č.1: Hlavní akcenty kvalitativní analýzy focus groups



1.2.1.2 Podrobnější kvalitativní výstupy focus groups podle jednotlivých typů služeb

Ambulantní péče a případové vedení

U klientely organických psychických poruch chybí aktivní depistáž a dispenzarizace rizikových osob (včetně dispenzarizace domácího násilí – „elder abuse“), do které by se měli zapojovat zejména praktický lékař a komunitní zdravotní sestra. Také včasná a správná prvotní diagnostika leží na praktických lékařích, kteří by měli být patřičně geriatricky vzděláni. Další péče náleží specialistovi, který by měl uplatňovat dispenzarizaci a měl by mít možnost návštěvní služby. Klíčovou roli by měla sehrát komunitní geriatrická centra, která by v sobě zahrnovala somatickou i mentální problematiku (multioborový tým, poradenství, intervence, koordinace dlouhodobé péče).

U závislostí je kapacita ambulantních služeb v přímém vztahu k situaci na drogové scéně, odborné ambulantní služby zachycují jen malou část potřebných osob (u pervitinu cca 10 %). Ambulantní služby zde představují specializované AT poradny a kontaktní centra. Krátké intervence pro problémy s alkoholem by měli zvládat praktičtí lékaři a specialisté dalších odborností. Měly by být hledány cesty ke zvýšení dostupnosti ambulantní péče, například bezplatné anonymní poradenství a léčba.

V případě schizofrenního okruhu se klade důraz na propojenost a kooperaci služeb, důrazu na prevenci relapsu a zachycení pacientů nekontaktujících služby do systému péče. Pacienti by měli mít možnost obdržet péči ve svém domácím prostředí. Léčba by měla být co nejvíce individualizovaná s důrazem na kvalitu terapeutického vztahu. Pacienti by měli mít příležitost konzultovat svoje potíže s psychiatrem i mimo ordinanční hodiny. Důraz je také na destigmatizaci, dostatečné informování pacientů o nemoci, jejich právech i o službách.

U afektivních, úzkostných a somatoformních poruch je zásadní dostupnost, rychlost ambulantní péče a včasná diagnostika. Pacienti by se měli aktivně podílet na léčbě, léčba by měla mít přiměřenou cenu a pacienti by se na ní mohli případně podílet. Měly by se propojovat informace mezi praktickým lékařem a psychiatrem event. psychoterapeutem. Doporučována je větší spolupráce a propojenost mezi psychoterapií a klasickou ambulantní psychiatrickou péčí.

U skupiny pacientů s poruchami osobnosti je také kladen důraz na správnou diagnostiku, zde hlavně se zřetelem na dynamiku symptomů a kompenzačních mechanismů. Podstatná je dlouhodobost terapeutického procesu a dostupnost psychoterapie. Pacienti by měli být podporováni směrem ke změně a jasnému dodržování hranic, měli by se finančně na terapii spolupodílet.

V případě vývojových poruch v dětství a adolescenci je nejproblematictější bodem palčivý nedostatek míst pro pacienty v pedopsychiatrických ambulancích. V této oblasti pro větší provázanost mezi různými složkami péče by měla být vytvořena databáze kontaktů pedopsychiatrických služeb v oblasti zdravotnické, sociální a školské.

Lůžková a rezidenční péče

U organických psychických poruch byly zdůrazňovány krátkodobé intervenční hospitalizace u dispenzarizovaných pacientů, s důrazem na komunitní péči. O léčbu somatických komorbidit by se měla postarat geriatrická oddělení nemocnic. Důstojná dlouhodobá ústavní péče (domovy důchodců se zvláštním určením) by měla být dostupná do jednoho měsíce od podání žádosti a měla by být rezervována pro pacienty s těžkým funkčním postižením. V rámci ústavní péče by měla být dostupná i léčba paliativní. Rezidenční komunitní služby by mohly také využít osamělí pacienti se středním stupněm postižení.

V případě pacientů se závislostí se za nepříznivé situace v drogové scéně bude zvyšovat podíl urgentních hospitalizací např. pro deliria tremens nebo psychotické stavy vyvolané psychoaktivními látkami. Bude se také zvyšovat podíl osob s těžkým organickým postižením mozku, které budou vyžadovat dlouhodobou nebo trvalou hospitalizaci. Specializovaná AT oddělení mohou být umístěna jak v rámci všeobecných nemocnic, tak

v rámci léčeben. Pacienti se základním onemocněním závislosti a těžkým stupněm postižení budou využívat nejspíše oddělení léčeben pro demenční. Rezidenční institucionální služby budou v této skupině zahrnovat ústavy sociální péče nebo azylové sociální služby.

Akutní hospitalizace u pacientů se schizofrenní poruchou by měly být krátkodobé a dočasné. Uživatelé nejhůře vnímají časté střídání personálu v lůžkových zařízeních, překlady mezi odděleními, neosobní vztahy a neosobní prostředí. Rezidenční komunitní péče by měla zahrnovat aktivizaci, nácviky kognitivních a sociálních funkcí a rehabilitaci.

Nemocniční péče u pacientů s afektivními, behaviorálními a úzkostnými poruchami má být vnímána jako přechodná podpora v případě zhoršení zdravotního stavu pacienta nikoliv jako jediné řešení péče o tento typ pacientů. Neměla by se odehrávat v léčebnách, ale na specializovaných lůžkách v rámci psychiatrických oddělení nemocnic.

Pro skupinu pacientů s poruchami osobnosti je péče v klasických lůžkových zařízeních typu psychiatrických léčeben v naprosté většině případů nevhodná. Výjimku by snad mohli tvořit pacienti v těch nejakutnějších stavech (riziko suicidia, psychotické dekompenzace). Každopádně by pobyt v těchto zařízeních měl být co nejkratší a měla by na něj navazovat léčba extramurální. V psychiatrických léčebnách našeho typu jsou na jednom oddělení hospitalizováni pacienti s nejrůznějšími poruchami (psychózy, afektivní poruchy, debaklové stavy u závislostí, organické poruchy aj.). To může vést u citlivých pacientů se slabými jáskými funkcemi (hraniční porucha) k „výrobě symptomů“, navrhování medikace bez patřičného efektu a tím i k navrhování dalších diagnóz. Zde pak lze hovořit o fenoménu „hospitalismu“, tedy objevování se dalších symptomů vlivem pobytu v léčebně. Preferovanější jsou krátkodobé pobyty na psychiatrických odděleních s psychoterapií.

Rovněž preferovaným typem léčby pro dětskou a adolescentní klientelu jsou specializovaná lůžková oddělení se stacionářem. Péče na lůžku by se měla kombinovat s péčí domácí, počítat se zapojením rodiny a měla by být dostupná. Zřizována by měla být speciální oddělení při nemocnicích. Péče v léčebnách je stigmatizující, měla by být vyhrazena jen pro pacienty s nejtěžším funkčním postižením. Současná léčebenská péče příliš tlumí pacienty léky, poskytuje pro dětské pacienty málo školního vzdělání.

Denní stacionáře, krizové služby a psychoterapeutické programy

U diagnostické kategorie organických psychických poruch výsledky z focus groups zdůrazňovaly především psychoterapeutickou podporu a edukaci rodin či pečovateli, včetně rozvoje jejich komunikačních dovedností. Denní stacionáře by měly plnit zejména respitní účel, měly by být propojeny s dalšími službami a mít organizován svaz pacientů a mít bezbariérový přístup.

U pacientů se závislostí lze větší zapojení denních stacionářů v léčbě předpokládat při příznivějším vývoji drogové scény. Zmiňovány jsou formy terapie jako pohybová terapie, relaxační dovednosti nebo arteterapie.

Účastníci skupinových diskusí zaměřených na služby pro schizofrenní pacienty vyzdvihovali především potřebu soustředění se na kvalitu terapeutického vztahu. Psychoterapie by se měla uplatňovat jak ve formě individuální, rodinné, tak ve formě denního stacionáře nebo docházkových skupin. Pozornost by se měla věnovat nácviku sociálních a kognitivních funkcí. Pacienti by měli být dostatečně informováni o nemoci, o svých právech i o službách.

Focus group zaměřené na problematiku afektivních, neurotických a behaviorálních poruch shledávaly jako podstatné vzájemné informování mezi psychiatrem, praktickým lékařem a psychoterapeutem, dále dostatek času na psychoterapii v rámci psychiatrické ambulance. Denní stacionáře by měly mít specializované programy na různé typy potíží, v nabídce by měly existovat denní programy i večerní skupiny.

Ze strany focus group orientované na poruchy osobnosti zazněly požadavky na dostupnost psychoterapeutické péče, měla by být možnost psychoterapie v denním stacionáři či v terapeutické komunitě. Většinu dekompenzací u těchto poruch by měla zvládnout krizová centra s časově ohraničenou psychoterapeutickou péčí.

V problematice dětských a dorostových pacientů se focus group zasazovaly za zřízení krizového centra pro děti a dorost s účinnou první psychiatrickou pomocí a naplánováním adekvátní následné péče. Dále by měla existovat nabídka psychoterapeutických skupin pro starší děti a adolescenty vedle dalších forem psychoterapeutických služeb (rodinná terapie, individuální psychoterapie, speciální nácviky – poruchy soustředění, vstřípivosti, motoriky, sociálního chování, komunikace, ADHD). Jevilo se jako potřebné soustředění péče do denních stacionářů s možností denní docházky, ale i stacionářů nočních. Účastníci focus groups se také výrazně vyslovovali pro různé formy péče o rodinné příslušníky: centra rodinné terapie, rodinný a behaviorální terapeut, respitní péče (noční stacionář), rodinná terapie, edukace (souběžné s léčbou dětí).

Rehabilitační péče a poradenství

U organických psychických poruch z focus groups vyplynulo, že rekreační pobyty by mohly být orientovány jako respitní s cílem zotavení pečovatелů. Aktivizační programy by měly u této skupiny sloužit zejména pro osamělé pacienty.

Pacienti se závislostí by měli mít svépomocné aktivity ve formě socioterapeutických klubů a svépomocných organizací typu AA (Alcoholic Anonymous). Měli by mít k dispozici bezplatné anonymní poradenství včetně internetového. Důležitý je u této skupiny nácvik pracovních dovedností, získávání kvalifikace.

Rehabilitační služby pro pacienty schizofrenního okruhu by měly být orientovány na návrat do společnosti ostatních lidí, měly by co nejvíce probíhat v domácím a přirozeném prostředí a měly by zapojovat pacienty do aktivit volnočasových i pracovních, motivovat ho rozvíjet jeho schopnosti. Profesionálové by měli rovněž věnovat pozornost tomu, jak přemostovat formální a zdravotní služby do služeb a podmínek běžných v komunitě. Podstatné je dostatečné sociální zabezpečení u těchto pacientů.

U afektivních poruch nebyla rehabilitace blíže specifikována. U afektivních, ale i úzkostných a behaviorálních poruch by měly aktivizační programy nabývat podobu podpůrně zájmových skupin. U pacientů selhávajících v sociálních funkcích byla zdůrazňováno propojení sociálních služeb se zdravotnictvím, dostupnost sociálních služeb, osvěta, prevence a informovanost.

U dětských a adolescentních pacientů je zapotřebí rehabilitační služby a poradenství provazovat nejen se službami zdravotnickými, ale též se školskými a pedagogickými. V poradenství hrají důležitou roli pedagogicko-psychologické poradny, ale ty často jen pojmenují problém a neznají specializované služby. Měla by být zřizována poradenská centra pro oblast šikany a specializované sociální poradenství. Z aktivizačních programů by měla být věnována pozornost skupinovým nácvikům a volnočasovým aktivitám (hipoterapie, arteterapie).

1.2.2 Kvantitativní odhady potřebných služeb prostřednictvím focus groups a výsledky dotazníkového šetření

Ambulantní péče a případové vedení

Tabulka č. 8: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u ambulantní péče a případového vedení

	Změna počtu pacientů v ambulantní péči	Změna počtu pacientů v případ. vedení	Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající případového vedení							
			A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus groups (%)	**	+33	90	54	54	52	14	18	57	20
Počet platných odp. v dotaz. šetření	96	99	69	74	73	100	94	94	94	62
Průměr platných odp. (%)	+13,6	+31,1	72,7	43,9	48,3	58	18,8	15,3	45,2	23,8
Minimum (%)	-75	1	5	0	0	18	5	0	0	0,3
Maximum (%)	90	70	90	80	90	90	66	60	80	70
Souhlasící respondenti (%)	17	64	57	57	62	41	46	38	53	56
Respondenti s vyšším odhadem (%)	70	10	0	11	15	45	32	17	7	31
Respondenti s nižším odhadem (%)	13	27	43	32	23	14	22	45	39	14
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	32,37	53,0	NA	69,1	72,5	72,6	32,8	29,1	69,3	37,4
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	-28,24	18,0	49,5	19,9	17,6	28,8	8,5	7,6	24,7	7,5

*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci
 ** focus groups nebyly tázány na potřebné změny počtu pacientů v ambulantní péči, za souhlasnou odpověď v dotazníkovém šetření byla pokládána odpověď nenavrhuující žádné změny

Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u ambulantní péče a případového vedení udává tabulka č. 8.

Respondenti dotazníkového šetření navrhovali zvýšení počtu pacientů v ambulantní péči zhruba o 14 %. Výrazně převyšovaly odpovědi navrhuující navýšení kapacity ambulantní péče (v 70 %).

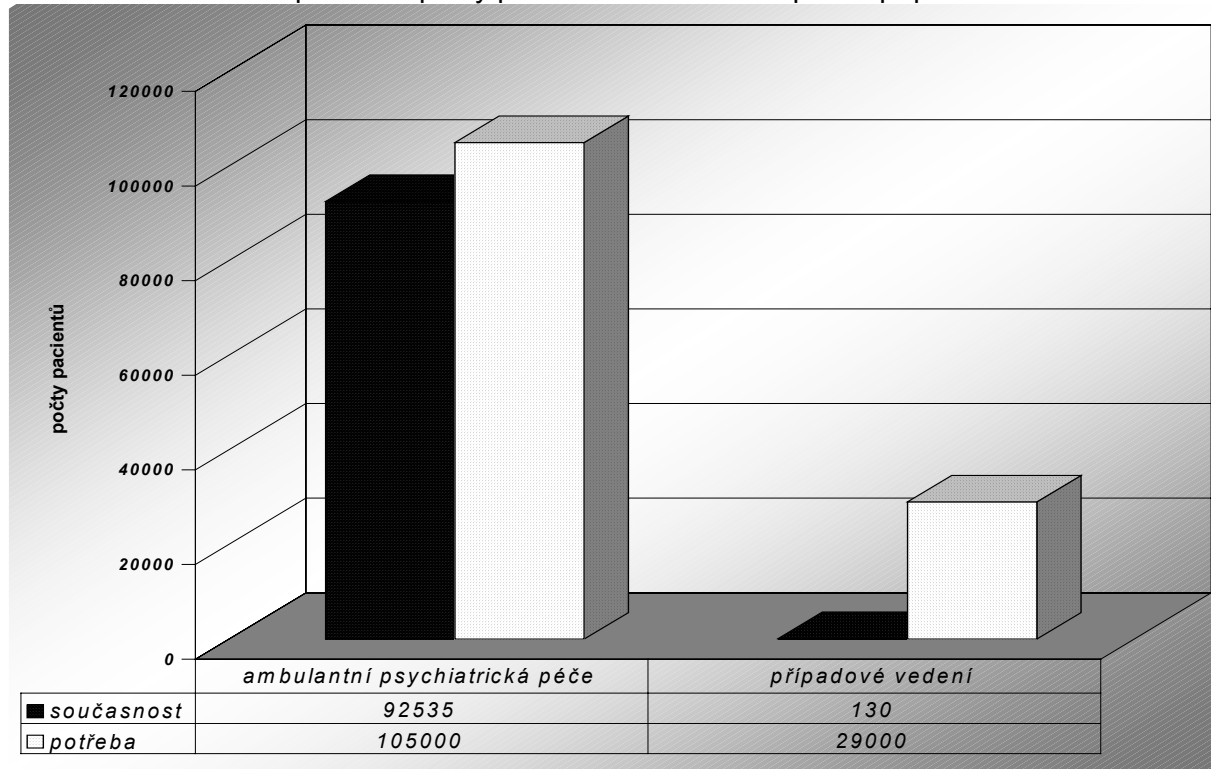
Focus groups odhadovaly, že zhruba 33 % pacientů by potřebovalo služby případového vedení. Výsledky dotazníkového šetření byly ve shodě s tímto odhadem (64 % souhlasných odpovědí).

Současné a potřebné počty pacientů v ambulantní péči a v případovém vedení znázorňuje graf č. 2. Použity jsou hodnoty z průměru platných odpovědí dotazníkového šetření. U případové vedení by se jednalo o mnohonásobné zvýšení kapacity této služby.

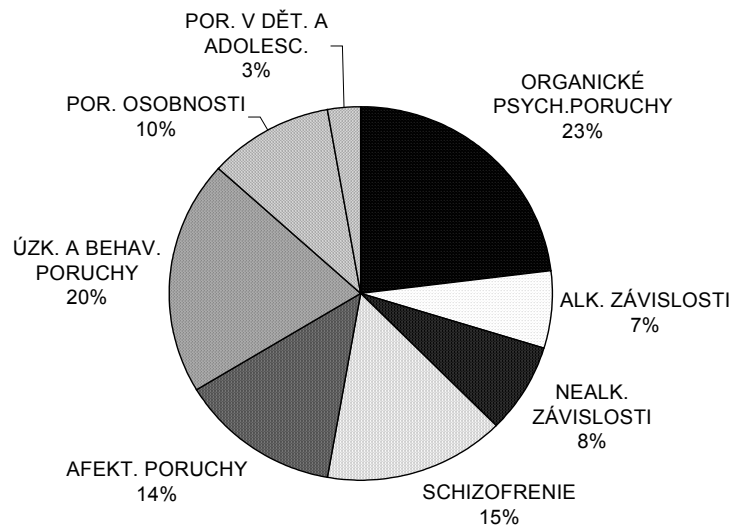
Pokud pojednáváme o struktuře klientely případového vedení účastníci focus groups i respondenti dotazníkového šetření (graf č. 3) kladli důraz nejen na poskytování této služby pacientům se schizofrenní poruchou, kterým je v malé míře v současnosti doposud

poskytována, ale i pacientům s organickými psychické poruchy (F0), s úzkostnými a somatoformními poruchy (F4, F5) a s dalšími diagnostickými skupinami. V současnosti je případové vedení poskytováno pacientům se schizofrenní poruchou. Většina respondentů souhlasila s původním návrhem focus groups u převážného počtu diagnostických skupin, nesouhlas převažoval u schizofrenních poruch (navýšení zastoupení u těchto diagnóz) a u pacientů s afektivními a neurotickými poruchami (snížení zastoupení u těchto diagnóz).

Graf č. 2: Současné a potřebné počty pacientů v ambulantní péči a případovém vedení

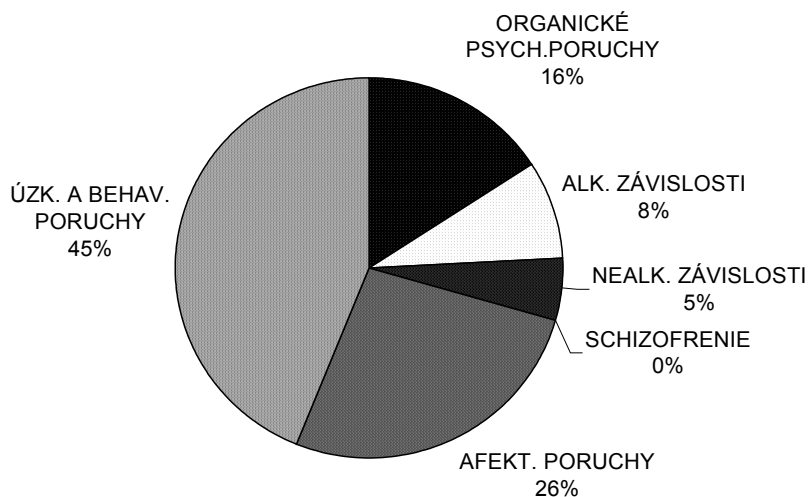


Graf č. 3: Potřebná struktura klientely případového vedení podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)



Podle odhadu expertních a uživatelských skupin (focus groups) by praktičtí lékaři měli být nejvíce zapojeni do péče o úzkostné a somatoformní poruchy (F4, F5), afektivní poruchy (F3) a dále ještě o organické psychické poruchy (F0) (viz graf č. 4). Tento údaj focus group nebyl ověřován dotazníkovým šetřením.

Graf č. 4: Odhad struktury klientely u praktického lékaře dle focus groups



Lůžková a rezidenční péče

Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u lůžkové péče ukazuje tabulka č. 9 a tabulka č. 10.

Respondenti dotazníkového šetření vyjadřovali potřebu snížení následné lůžkové péče zhruba o 10 %, téměř polovina z nich se vyslovovala pro snížení kapacity následné lůžkové péče, asi čtvrtina byla pro zachování současného stavu. Do stavu následné lůžkové péče v psychiatrické léčebně byla rovněž zahrnuta specializovaná oddělení pro léčbu závislostí.

Z dotazníkového šetření rovněž vyplynula potřeba navýšení kapacity akutní psychiatrické péče na psychiatrických odděleních nemocnic o více než 11 %, zde se však necelá polovina respondentů vyslovila pro snížení kapacity této péče. Do akutní lůžkové péče byla rovněž zahrnuta detoxikační oddělení pro léčbu závislostí.

Pacienta s akutní potřebou psychiatrické hospitalizace by 78 % respondentů umístilo spíše na psychiatrické oddělení nemocnice nežli do psychiatrické léčebny (22 %) (graf č. 5).

Potřebná struktura klientely následné lůžkové péče psychiatrické léčebny a akutní lůžkové péče psychiatrických oddělení nemocnic je znázorněna na grafu č. 6 a na grafu č. 7. V obou případech byl vysloven nadpoloviční souhlas respondentů s původním odhadem focus groups jen u poloviny hodnocených diagnostických skupin. V případě akutní lůžkové péče proporcionálně větší část zaujímají afektivní poruchy a úzkostné a behaviorální poruchy ve srovnání s rozložením klientely u následné péče, kde jsou jednotlivé diagnostické okruhy rovnoměrněji zastoupeny.

Výsledky z focus group a dotazníkového šetření u rezidenční komunitní péče ukazuje tabulka č. 11.

Respondenti dotazníkového šetření se v nadpolovičním zastoupení shodli s původním odhadem focus groups, že rezidenční komunitní péče by byla potřebná pro 50 % současného počtu pacientů, kteří jsou v současnosti hospitalizováni v psychiatrické léčebně. Většina respondentů (73 %) navrhovala zvýšení kapacity rezidenčních komunitních služeb, avšak hodnoty v odpovědích vykazovaly poměrně značný rozptyl.

Graf č. 8 znázorňuje potřebnou strukturu klientely rezidenčních komunitních služeb vyplývající z dotazníkového šetření. Převahu klientely by měly tvořit schizofrenní poruchy, ale zastoupeny jsou i další diagnostické kategorie. Souhlas nadpoloviční většiny respondentů s původním odhadem focus groups je možno shledat u poloviny z diagnostických kategorií.

Tabulka č. 12 shrnuje výsledky focus groups a dotazníkového šetření u ústavní rezidenční péče. Respondenti dotazníkového šetření navrhovali zvýšení počtu pacientů v těchto službách o 26 %. Navrhovaná struktura klientely dle dotazníkového je znázorněna na grafu č. 9, převažují organické psychické poruchy, ale jsou zastoupeny i ostatní diagnózy. Převaha respondentů vyslovovala souhlas s předchozími návrhy focus groups kromě diagnostických skupin organických psychických poruch a schizofrenií.

Srovnání současných počtů pacientů v následné lůžkové péči psychiatrické léčebny, v akutní lůžkové péči psychiatrických oddělení nemocnic, rezidenční komunitní péče a ústavní rezidenční péče s navrhovanými počty dle výsledků dotazníkového šetření je znázorněno na grafu č. 10. Největšího nárůstu kapacity je potřeba u rezidenční komunitní péče. Určitá redukce je navrhována v případě psychiatrické léčebny a navýšení u akutní lůžkové péče i ústavní rezidenční péče.

Tabulka č. 9: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u následné lůžkové péče

		Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající psychiatrickou léčebnu							
	Změna počtu pacientů v následné lůžk. péči	A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	**	0	36	36	1	0	0	0	0
Počet platných odp. v dotaz. Šetření	101	65	72	73	96	94	90	93	61
Průměr platných odp. (%)	-9,7	12,1	34,8	34,5	19,2	8,7	3,4	5,3	2,7
Minimum (%)	-80	-75	0	0	0	0	0	0	0
Maximum (%)	100	50	60	70	90	50	30	50	30
Souhlasící respondenti (%)	26	37	60	51	30	34	62	45	69
Respondenti s vyšším odhadem (%)	27	63	21	22	69	66	38	55	31
Respondenti s nižším odhadem (%)	48	0	19	27	1	0	0	0	0
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	27,1	19,2	46,7	51,6	27,5	13,2	9,1	9,6	8,5
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	-35,7	NA	18,6	18,0	0	NA	NA	NA	NA

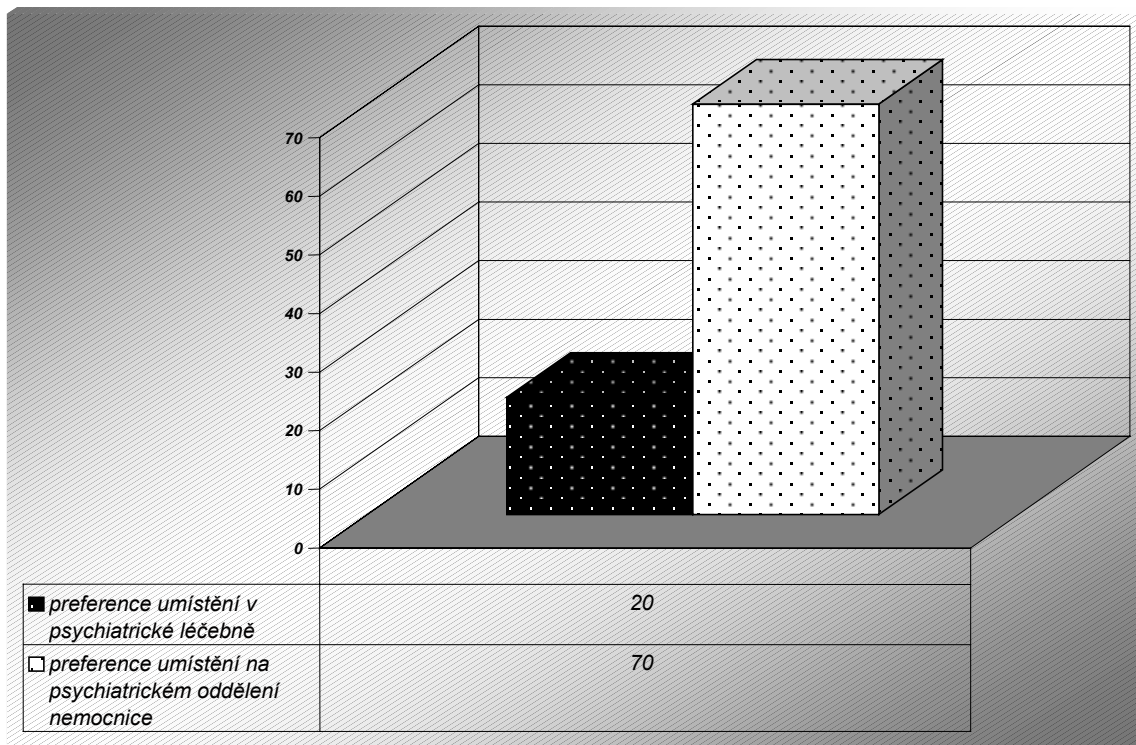
Tabulka č. 10: Výsledky focus group a dotazníkového šetření u akutní lůžkové péče

		Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající akutní lůžk. psychiatrickou péči							
	Změna počtu pacientů v akutní lůžk. péči	A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	**	0	0	44	19	5	3	1	10
Počet platných odp. v dotaz. Šetření	91	63	71	72	99	94	92	90	58
Průměr platných odp. (%)	11,2	8,0	13,7	36,5	25,2	13,7	8,1	4,1	9,6
Minimum (%)	-100	0	0	5	5	0	0	1	0
Maximum (%)	100	60	80	80	90	75	75	60	20
Souhlasící respondenti (%)	26	37	60	51	30	34	62	45	69
Respondenti s vyšším odhadem (%)	27	63	21	22	69	66	38	55	31
Respondenti s nižším odhadem (%)	48	0	19	27	1	0	0	0	0
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	27,1	19,2	46,7	51,6	27,5	13,2	9,1	9,6	8,5
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	-35,7	NA	18,6	18,0	0	NA	NA	NA	NA

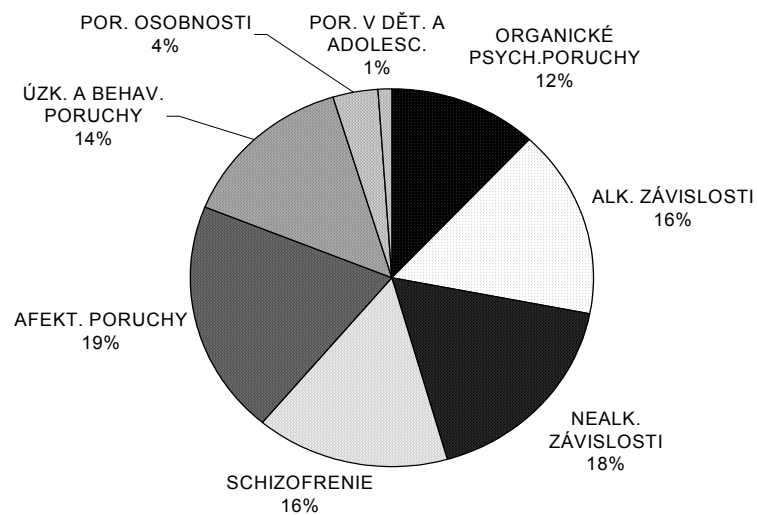
*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

** za souhlasnou odpověď v dotazníkovém šetření byla pokládána odpověď nenavrhuující žádné změny

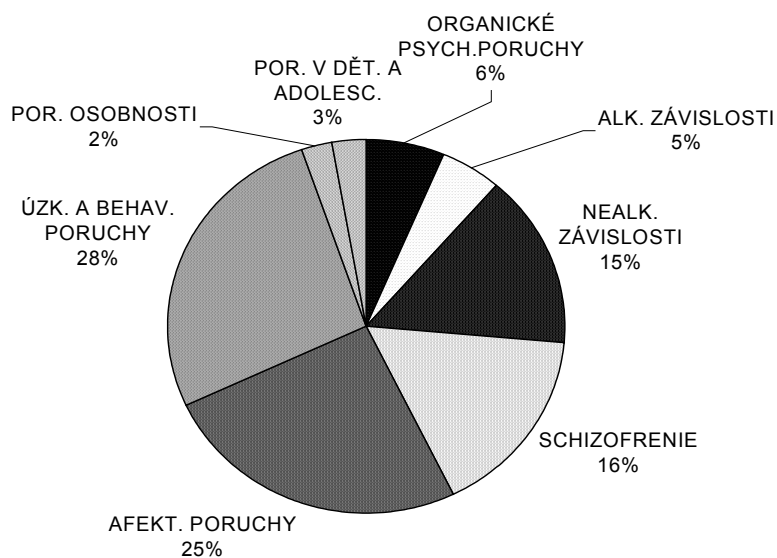
Graf č. 5: Preference umístění pacienta s potřebou akutní hospitalizace – dotazníkové šetření



Graf č. 6: Potřebná struktura klientely následné lůžkové péče psychiatrické léčebny podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)



Graf č. 7: Potřebná struktura klientely akutní lůžkové péče psychiatrických oddělení nemocnic podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)



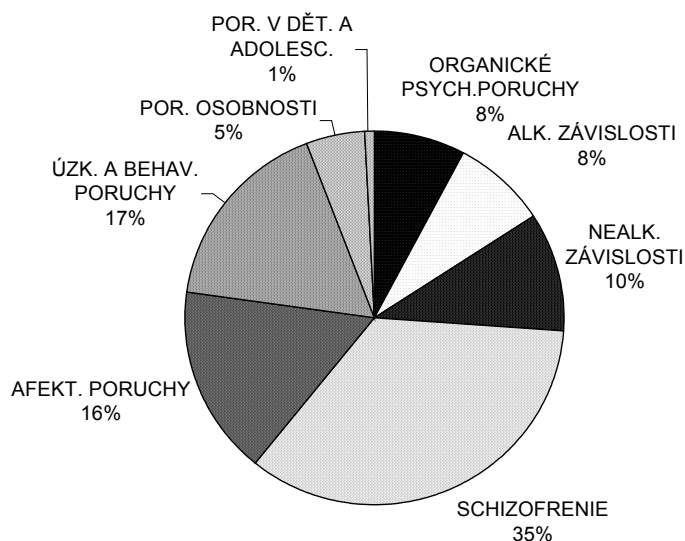
Tabulka č. 11: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u rezidenční komunitní péče

			Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající rezidenční komunitní péče							
	Pacienti potřební rezidenční komunit. péče. jako část souč. stavu PL	Změna počtu pacientů v rezidenční komunit. péči	A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	50	**	0	17	17	30	1	1	0	0
Počet platných odp. v dotaz. šetření	98	100	64	68	67	102	93	91	93	58
Průměr platných odp. (%)	49,5	42,7	6,7	14,4	16,7	35,5	5,9	3,4	5,9	1,8
Minimum (%)	20	-200	0	5	5	5	1	0	0	0
Maximum (%)	90	600	50	25	30	75	70	40	60	15
Souhlasící respondenti (%)	56	3	44	49	42	55	61	71	41	76
Respondenti s vyšším odhadem (%)	20	73	56	15	33	37	39	26	59	24
Respondenti s nižším odhadem (%)	23	24	0	37	25	8	0	2	0	0
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	72,5	77,7	11,4	21,7	23,2	47,9	13,2	11,4	10,0	7,3
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	28,2	-58,5	NA	8,8	9,1	15,5	NA	0	NA	NA

*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

** za souhlasnou odpověď v dotazníkovém šetření byla pokládána odpověď nenavrhuující žádné změny

Graf č. 8: Potřebná struktura klientely rezidenční komunitní péče podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)



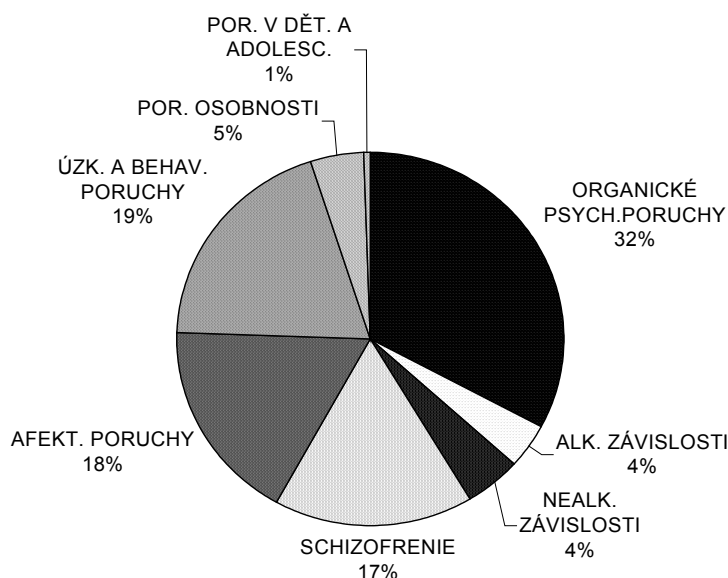
Tabulka č. 12: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u ústavní rezidenční péče

		Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající ústavní rezidenční péči							
	Změna počtu pacientů v ústavní rezidenční péči	A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	**	2	1	1	0	1	1	0	0
Počet platných odp. v dotaz. šetření	95	69	69	68	93	88	86	93	59
Průměr platných odp. (%)	26,0	9,9	2,5	2,6	6,2	2,3	1,4	1,9	0,4
Minimum (%)	-100	2	0	0	0	0	0	0	0
Maximum (%)	300	80	30	30	60	60	30	50	10
Souhlasící respondenti (%)	17	36	71	68	34	77	70	69	88
Respondenti s vyšším odhadem (%)	62	64	28	29	66	13	8	31	12
Respondenti s nižším odhadem (%)	21	0	1	3	0	14	22	0	0
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	54,4	14,4	6,5	6,6	9,4	12,0	8,6	6,1	3,6
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	-37,3	NA	0	0	NA	0	0	NA	NA

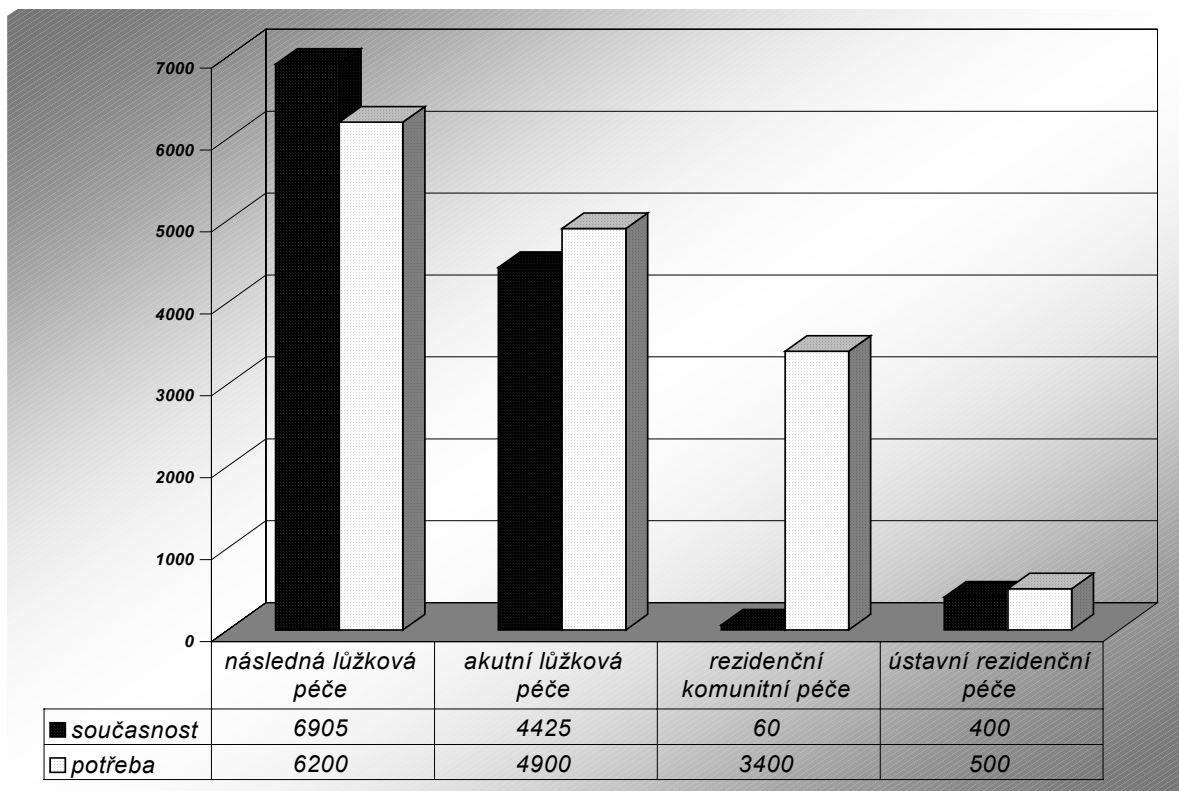
*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

** za souhlasnou odpověď v dotazníkovém šetření byla pokládána odpověď nenavrhující žádné změny

Graf č. 9: Potřebná struktura klientely ústavní rezidenční péče podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)

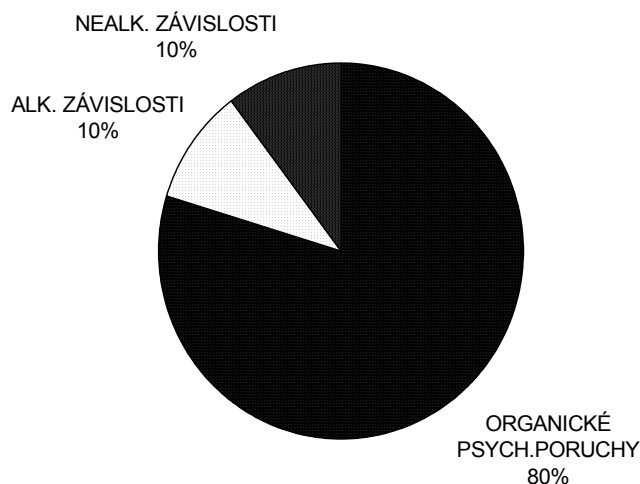


Graf č. 10: Současné a potřebné počty pacientů v lůžkové a rezidenční péči



Pro pacienty s afektivními, úzkostnými a neurotickými poruchami focus groups odhadovaly rovněž potřebu hospitalizace na nepsychiatrických somatických odděleních (graf č. 11), podobný požadavek se objevil i u okruhu organických psychických poruch, zde se jedná o geriatrická nemocniční oddělení pro nediskriminační a bezpečné léčení somatické komorbidity. Zvláštní kapitolou jsou samostatné detoxikační jednotky pro pacienty s nealkoholovými závislostmi.

Graf č. 11: Odhad struktury klientely pro nepsychiatrická lůžková zařízení podle focus groups



Krizové služby, denní stacionáře a psychoterapeutické programy

Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u krizových služeb, denních stacionářů, a psychoterapeutických programů ukazuje tabulka č. 13 a tabulka č. 14.

Dotazníkové šetření potvrdilo původní odhad focus groups o potřebě čtyřnásobného zvýšení počtu ošetřovaných pacientů v krizových službách, 81 % respondentů souhlasilo s tímto odhadem. Potřebnou strukturu klientely v krizových službách podle průměru platných odpovědí z dotazníkového šetření znázorňuje graf č. 12. Převaha respondentů téměř u všech diagnostických skupin souhlasila s původním návrhem potřebnosti pro jednotlivé okruhy diagnóz od focus groups, méně než polovina respondentů souhlasila s návrhem jen u skupiny schizofrenních poruch, kde navrhovali zvýšení kapacity. Celkově ve struktuře dle dotazníkového šetření převažují neurotické poruchy, afektivní poruchy, dále pak poruchy osobnosti, poruchy v dětství a adolescenci a schizofrenie.

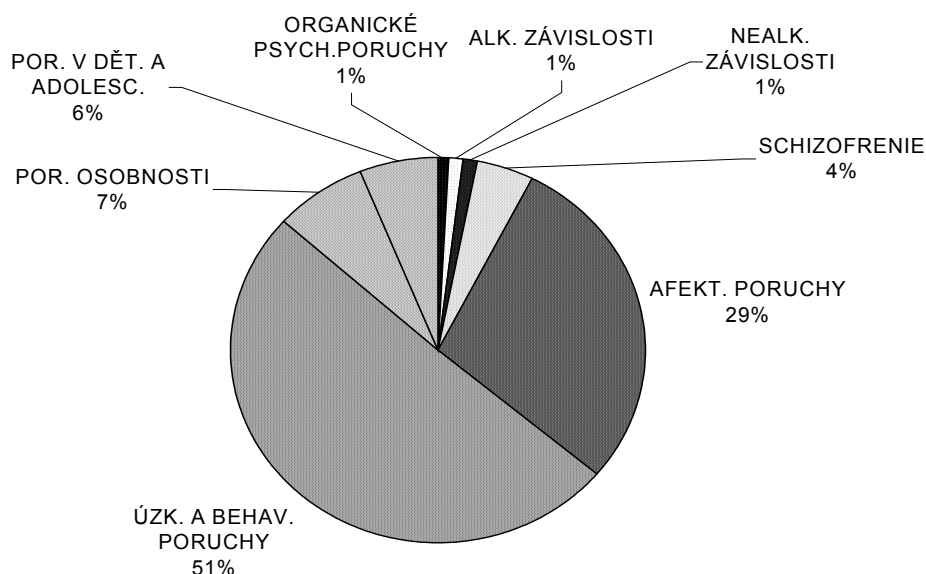
Podle odhadu focus groups by měly počty pacientů v denních stacionářích a psychoterapeutických programech zaznamenat až sedminásobný nárůst. Je třeba však poznamenat, že hodnoty současného využití těchto služeb (dle ÚZIS, rok 2006) znamenají pouze počty pacientů v plných denních programech denních stacionářů. Focus groups pojednávaly o širším pojetí těchto služeb – jak denních programech, tak frakcionovaných, tak o skupinových či individuálních formách psychoterapie vůbec. Díváme-li se na tyto hodnoty z jiné strany a porovnáme-li odhadované počty pacientů na tomto místě se současnými počty pacientů ošetřovaných v psychiatrické ambulantní péči, vyplývá z toho, že zhruba polovina těchto ambulantně ošetřovaných pacientů potřebuje nějakou formu psychoterapeutické péče. Dotazníkové šetření potvrdilo tyto odhady vyplývající z focus groups. Zřetelná většina (70, resp. 81 %) souhlasila s těmito odhady.

Tabulka č. 13: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u krizových služeb

	Změna počtu pacientů v krizových službách	Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající krizové služby							
		A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	400	0	6	5	12	57	58	46	90
Počet platných odp. v dotaz. šetření	101	67	73	74	100	99	94	91	67
Průměr platných odp. (%)	344,5	3,2	9,8	9,6	22,4	51,0	50,3	41,1	68,4
Minimum (%)	1	0	1	1	10	10	10	10	5
Maximum (%)	200	70	80	80	70	70	70	70	90
Souhlasící respondenti (%)	81	60	53	59	36	69	67	62	64
Respondenti s vyšším odhadem (%)	0	40	36	36	62	9	7	14	1
Respondenti s nižším odhadem (%)	19	0	11	4	2	22	26	24	34
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	NA	8,0	16,7	18,0	28,8	64,4	63,6	54,4	92,0
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	105,1	NA	4,5	2,3	10,0	27,6	26,5	20,9	28,0

*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

Graf č. 12: Potřebná struktura klientely krizových služeb podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)

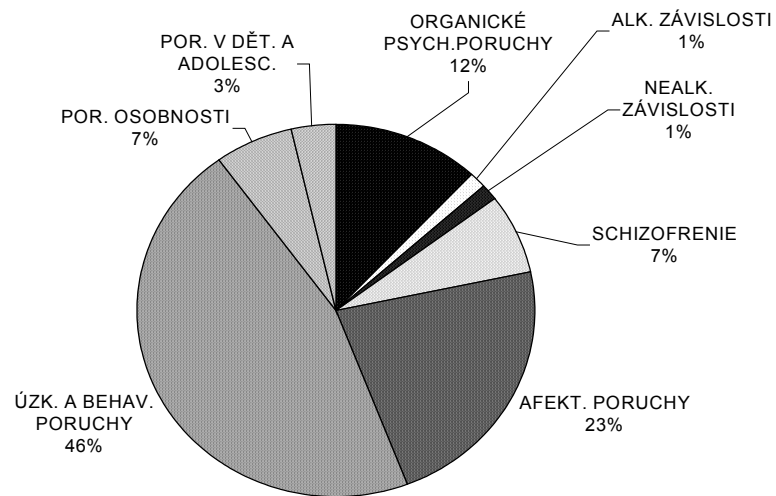


Tabulka č. 14: Výsledky z focus groups a dotazníkového šetření u denních stacionářů a psychoterapeutických programů

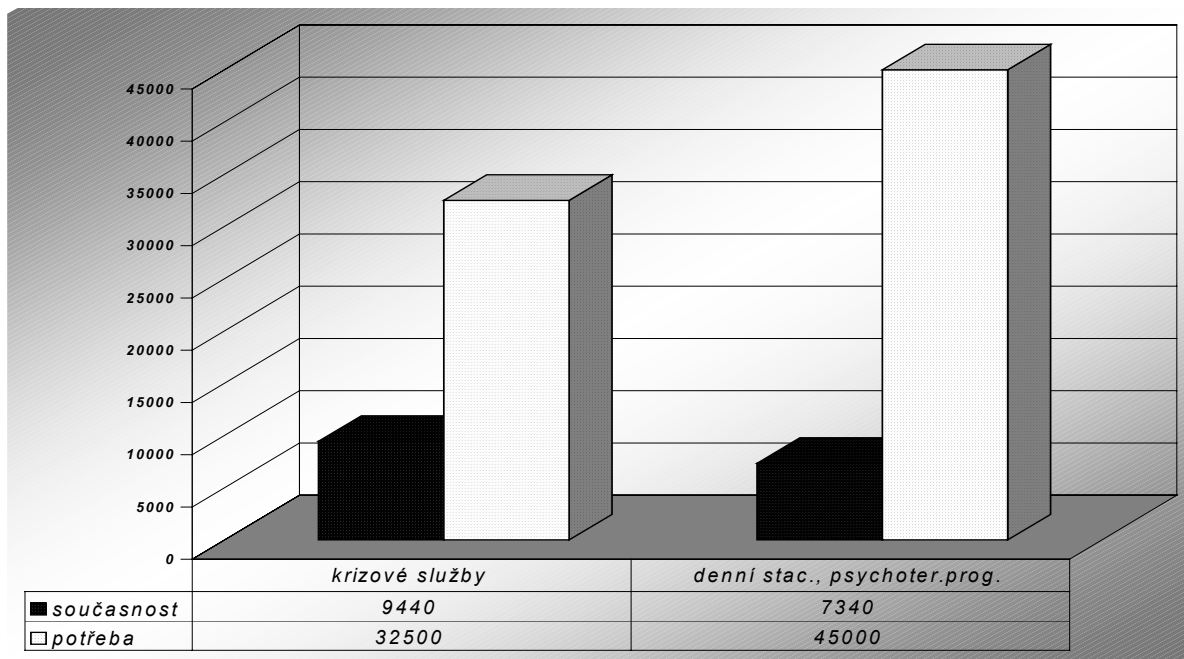
	Potřebnost psychoter. péče	Změna počtu pacientů v DS.	Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající DS a psychoter. programy							
			A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	50	650	72	5	3	35	56	65	50	50
Počet platných odp. v dotaz. šetření	99	100	78	78	74	99	96	97	92	60
Průměr platných odp. (%)	53,9	552,8	60,6	16,3	13,8	44,1	49,9	56,1	47,1	47,7
Minimum (%)	20	20	10	0	0	0	10	10	5	10
Maximum (%)	90	300	72	80	80	90	75	95	95	75
Souhlasící respondenti (%)	70	81	67	47	50	52	61	55	71	80
Respondenti s vyšším odhadem (%)	22	0	0	50	45	40	9	14	11	8
Respondenti s nižším odhadem (%)	10	20	35	4	11	9	33	32	20	13
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	74,5	NA	NA	27,7	27,6	60,7	68,1	78,9	74,5	64,2
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	30,6	138,4	37,7	1,5	0	19,4	31,1	29,8	19,7	20,0

*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

Graf č. 13: Potřebná struktura klientely denních stacionářů a psychotherapeutických programů dle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)



Graf č. 14: Krizové služby a denní stacionáře, psychotherapeutické programy - současné a potřebné počty pacientů podle dotazníkového šetření



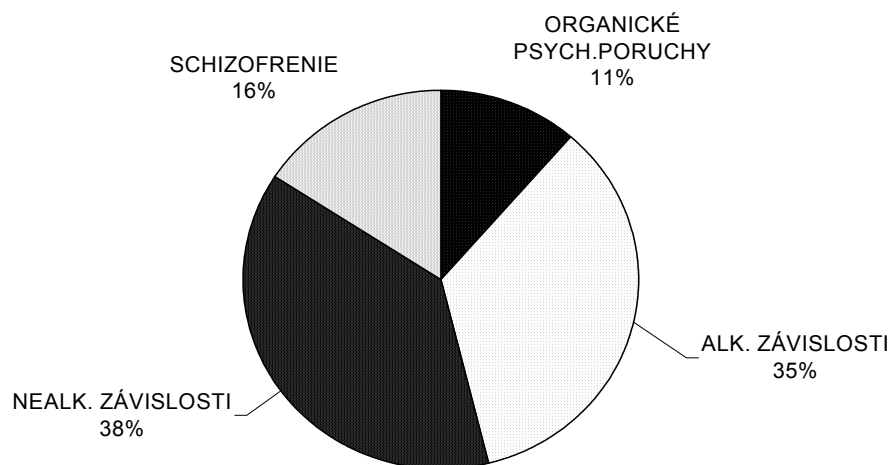
Zaměříme-li pozornost na odhad diagnostické struktury této péče (graf č. 13), opět se dostávají do popředí neurotické a behaviorální poruchy a dále poruchy afektivní. V těchto kategoriích focus groups nejvíce pojednávaly o různých možnostech péče – jak v denních stacionářích, tak i v jiných formách v rámci ambulantní péče. U ostatních kategorií – organické psychické poruchy, poruchy osobnosti, schizofrenie, vývojové poruchy u dětí a adolescentů, závislosti – šlo více o programy denních stacionářů ve vlastním smyslu. Kromě okruhu alkoholových závislostí převaha respondentů souhlasila s původním odhadem focus groups zastoupení jednotlivých diagnostických okruhů.

Graf č. 14 ukazuje srovnání současných počtů pacientů využívajících krizové služby a denní stacionáře s potřebnými počty pacientů v těchto službách podle dotazníkového šetření

Potřeba rodinných intervencí a psychoedukace je podle odhadu focus groups asi u 8 % pacientů v psychiatrických ambulancích. Bohužel nejsou dostupná data o současném využití této péče. Podle odhadu struktury této péče by největší uplatnění měla u závislostí a dále u schizofrenií a organických psychických poruch (graf č. 15).

Terapeutické komunity byly focus groups odhadovány s mnohonásobně vyšší kapacitou než je kapacita existující, jejich využitelnost je hlavně pro klientelu poruch osobnosti (68 %) a nealkoholových závislostí (32 %).

Graf č. 15: Odhad diagnostické struktury rodinné intervence a psychoedukace podle focus groups



Rehabilitační péče a poradenství

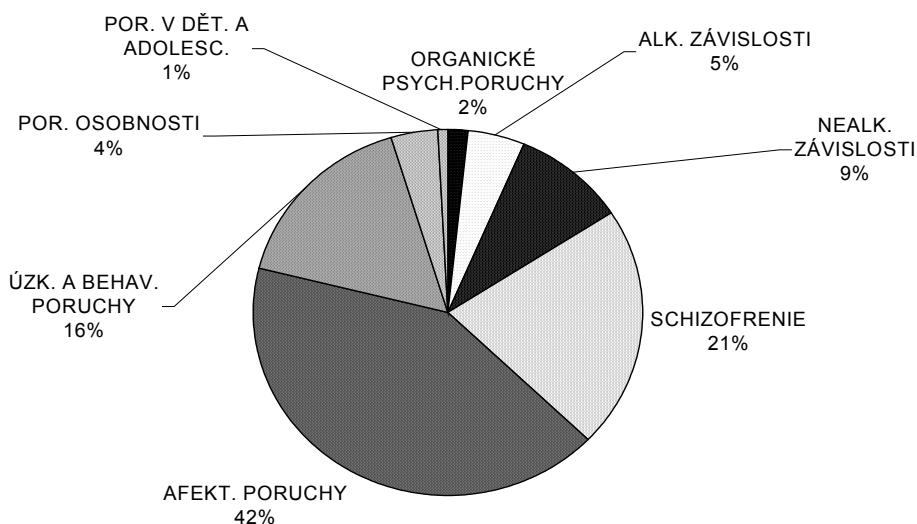
Výsledky z focus groups a dotazníkového šetření u rehabilitační péče a poradenství ukazuje tabulka č. 15 - 18.

Tabulka č. 15: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u pracovní rehabilitace

	Změna počtu pacientů v pracovní rehabilitaci	Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající pracovní rehabilitaci							
		A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	3000	0	18	36	45	36	0	0	0
Počet platných odp. v dotaz. šetření	95	67	72	75	97	96	87	87	49
Průměr platných odp. (%)	2292,4	3,3	18,4	34,0	48,1	33,4	7,3	10,1	4,2
Minimum (%)	20	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum (%)	1500	10	20	20	60	50	30	50	15
Souhlasící respondenti (%)	75	61	57	51	54	57	53	44	65
Respondenti s vyšším odhadem (%)	0	39	24	17	35	15	47	56	35
Respondenti s nižším odhadem (%)	28	0	24	36	14	31	0	0	0
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	NA	8,6	27,4	53,8	57,9	49,1	15,4	17,7	12,5
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	199,2	NA	8,8	20,2	32,3	19,3	NA	NA	NA

*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

Graf č. 16. Potřebná struktura klientely pracovní rehabilitace podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)



75 % respondentů dotazníkového šetření souhlasilo s odhadem focus groups o potřebě mnohonásobného zvýšení počtu pacientů, kteří využívají pracovní rehabilitaci. Většina respondentů rovněž souhlasila s původním návrhem rozložení klientely pracovní rehabilitace od focus groups, výjimkou byla pouze diagnostická skupina osobnostních poruch, kde respondenti doporučovali navýšení proporce pacientů. Celkově největší zastoupení by měly mít afektivní poruchy (42 %), dále pak schizofrenní poruchy a neurotické poruchy (graf č. 16).

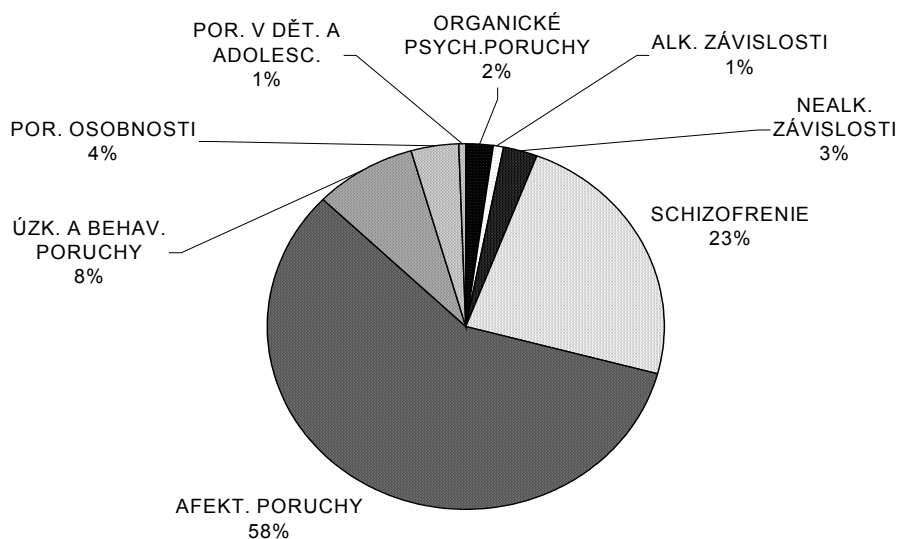
U tréninkového a podporovaného bydlení jsme došli k podobným výsledkům jako u pracovní rehabilitace. Rovněž zřetelná většina repondentů dotazníkového šetření (76 %) souhlasila s návrhem mnohanásobného zvýšení kapacity těchto služeb, jak navrhovaly focus groups. Kromě diagnostické skupiny schizofrenních poruch většina respondentů souhlasila s odhady focus groups o potřebném využití těchto služeb jednotlivými diagnostickými skupinami. V případě schizofrenních poruch repondenti doporučovali větší využití u této skupiny. Jak ukazuje graf č. 17 největší proporcí využití by měla mít u tréninkového a podporovaného bydlení diagnostická skupina afektivních poruch (58 %), dále pak skupina schizofrenních poruch (23 %) a dalších.

Tabulka č. 16: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u tréninkového a podporovaného bydlení

	Změna počtu pacientů v tréninkovém a podporovaném bydlení	Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající trénink. a podporovaného bydlení							
		A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	7000	0	0	0	28	36	0	0	0
Počet platných odp. v dotaz. šetření	100	59	72	75	101	92	84	88	50
Průměr platných odp. (%)	5419,4	2,4	2,5	6,1	32,7	28,9	2,3	6,5	1,6
Minimum (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum (%)	4000	20	20	20	60	50	30	50	15
Souhlasící respondenti (%)	76	76	68	55	46	53	73	50	76
Respondenti s vyšším odhadem (%)	0	24	32	45	46	7	27	50	24
Respondenti s nižším odhadem (%)	25	0	0	0	9	43	0	0	0
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	NA	10,1	7,7	13,5	41,0	41,7	8,4	12,9	5,5
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	414,0	NA	NA	NA	15,0	17,4	NA	NA	NA

*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

Graf č. 17 Potřebná struktura klientely tréninkového a podporovaného bydlení podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)

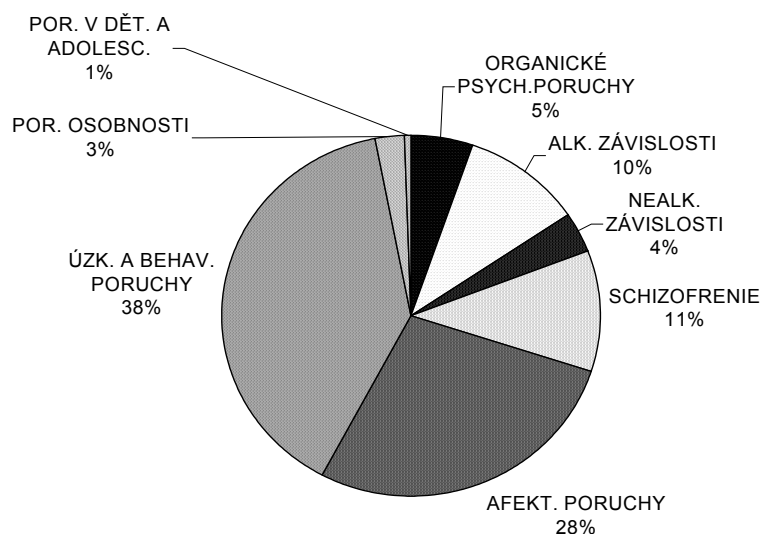


Tabulka č. 17: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u svépomocných a aktivizačních programů

		Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající svépom. a aktivizační programy							
		A*	B	C	D	E	F	G	H
	Změna počtu pacientů ve svépomoc. a aktivizačních programech								
Odhad focus group (%)	1000	8	50	3	20	27	22	0	0
Počet platných odp. v dotaz. šetření	93	70	72	70	98	96	94	78	51
Průměr platných odp. (%)	881,5	12,1	49,8	16,5	29,8	27,5	21,4	7,9	3,1
Minimum (%)	20	8	5	0	0	2	2	0	0
Maximum (%)	500	50	90	90	80	80	50	60	30
Souhlasící respondenti (%)	86	69	78	43	45	60	62	54	76
Respondenti s vyšším odhadem (%)	0	31	15	56	53	20	16	46	24
Respondenti s nižším odhadem (%)	18	4	11	6	5	23	26	0	0
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	NA	21,2	66,1	27,4	39,1	42,4	33,0	17,1	13,1
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	151,9	NA	19,0	0	2,5	14,2	11,5	NA	NA

*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

Graf č. 18 Potřebná struktura klientely svépomocných a aktivizačních programů podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)



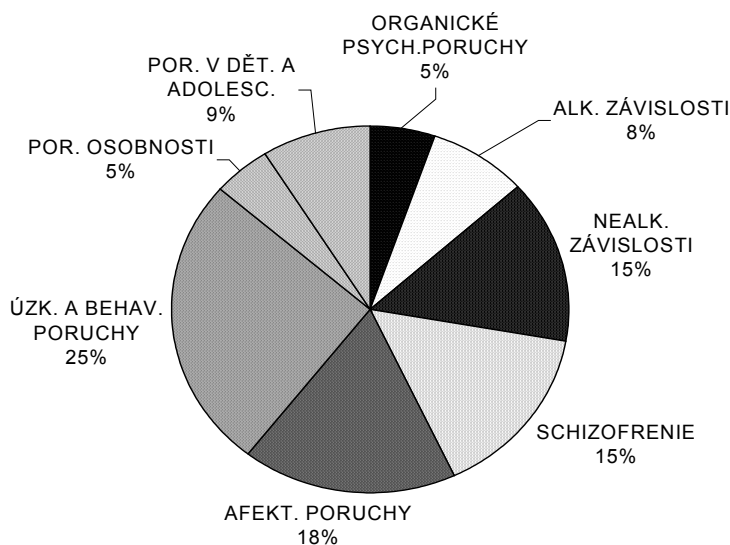
V případě svépomocných a aktivizačních programů rovněž zřetelná většina respondentů dotazníkového šetření (86 %) souhlasila s odhadem focus groups o potřebě desetinásobného zvýšení kapacity těchto služeb, z průměru platných odpovědí vyplývá zvýšení zhruba devítinásobné. V šesti z osmi diagnostických kategorií většina respondentů souhlasila s odhadem focus groups co do potřebného počtu pacientů využívajících těchto služeb v jednotlivých těchto kategoriích. Méně než polovina souhlasících se objevila u nealkoholových závislostí a schizofrenních poruch, kde respondenti navrhovali zřetelně výraznější zastoupení v těchto skupinách. Celková navrhovaná struktura klientely u těchto programů je znázorněna v grafu č. 18. Převažují úzkostné a behaviorální poruchy (38 %), dále afektivní poruchy (28 %) a další.

Tabulka č. 18: Výsledky focus groups a dotazníkového šetření u poradenství

	Změna počtu pacientů u poradenství	Potřebný podíl pacientů v dg. skupině využívající poradenství							
		A*	B	C	D	E	F	G	H
Odhad focus group (%)	400	0	20	50	22	0	0	3	40
Počet platných odp. v dotaz. šetření	98	70	80	81	100	92	89	92	58
Průměr platných odp. (%)	358,5	8,4	27,8	45,8	29,9	12,3	10,1	10,1	38,8
Minimum (%)	1	0	10	10	10	0	0	1	4
Maximum (%)	1000	75	90	90	100	60	90	50	80
Souhlasící respondenti (%)	81	36	63	72	53	32	47	54	84
Respondenti s vyšším odhadem (%)	3	64	33	5	40	68	53	45	7
Respondenti s nižším odhadem (%)	16	0	6	27	7	0	0	1	10
Průměr hodnot u vyšších odhadů (%)	766,7	13,1	46,2	72,5	43,1	18,9	19,1	19,0	61,5
Průměr hodnot u nižších odhadů (%)	76,9	NA	10,0	27,4	15,0	NA	NA	1,0	8,8

*A – pacienti s organickými psychiatrickými poruchami, B – pacienti s alkoholovou závislostí, C – pacienti s nealkoholovou závislostí, D – pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, E – pacienti s afektivními poruchami, F – pacienti s neurotickými poruchami, G – pacienti s poruchami osobnosti, H – pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci

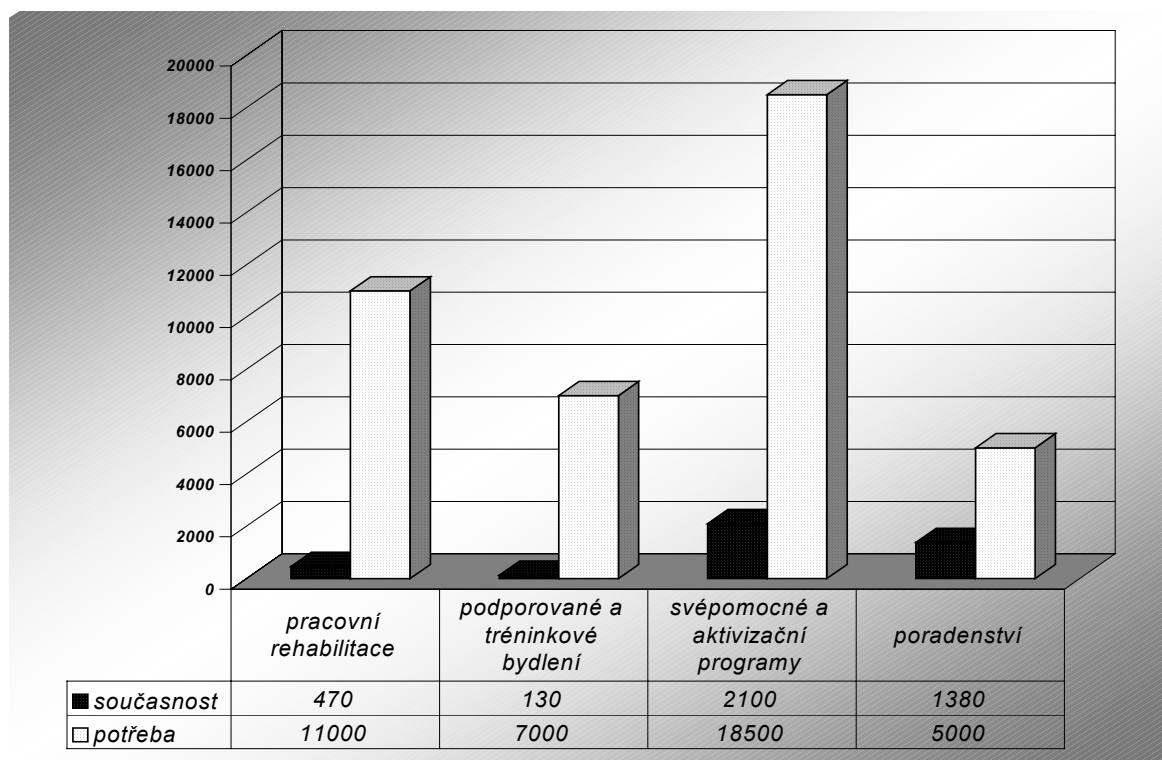
Graf č. 19: Potřebná struktura klientely poradenství podle dotazníkového šetření (rozložení na základě průměru platných odpovědí)



Respondenti dotazníkového šetření v převážné většině (81 %) vyslovili souhlas s odhadem focus groups navrhuječím čtyřnásobné zvýšení počtu pacientů využívající poradenských služeb. U pěti z osmi diagnostických skupin rovněž převaha respondentů souhlasila s návrhem focus groups ohledně využití poradenských služeb daného podílu počtu pacientů těchto diagnostických skupin. Méně než polovina respondentů s těmito návrhy focus groups souhlasila v případě organických psychických poruch, afektivních poruch a neurotických poruch, kde respondenti doporučovali vyšší zastoupení těchto diagnostických skupin v poradenských službách. Celkově je potřebné zastoupení jednotlivých diagnostických skupin (graf č. 18) proporcionálnější než u rehabilitačních služeb.

Na grafu č. 19 je znázorněno srovnání počtu pacientů užívajících rehabilitační služby a poradenství v současnosti a potřebných počtů pacientů, kteří by měli tyto služby užívat.

Graf č. 20: Rehabilitační a poradenské služby - současné a potřebné počty pacientů podle dotazníkového šetření



Ostatní služby

Focus groups uváděly některé další služby, většinou specializované pro určitou část klientely.

Pro oblast závislostí touto službou byla terénní a kontaktní práce spojená s výměnným programem (harm reduction). V současnosti tyto služby využívá téměř 6000 pacientů (v r. 2005), focus groups odhadovaly jejich potřebnost asi pro 1200 pacientů. Zde se patrně projevuje ta skutečnost, zmíněná již výše, a totiž že počty uživatelů nealkoholových drog výrazně převyšují počty pacientů léčených v AT ambulancí, z čehož vychází naše stanovení cílové skupiny.

Rovněž pro klientelu pacientů se závislostí byla navrhována péče o děti závislých matek, kterou by mohlo využívat zhruba 160 pacientů.

Další uváděnou službou byly linky důvěry, kterou by mohlo využívat až 32 000 pacientů ročně – zhruba jednou třetinou pro pacienty s afektivními poruchami a dvěma třetinami pro pacienty s úzkostnými a behaviorálními poruchami. Současné telefonické krizové linky však evidují pouze počty kontaktů nikoliv pacientů, nelze proto učinit srovnání odhadu a aktuálního stavu.

Fyzioterapie byla odhadována jako potřebná pro zhruba 11 000 pacientů z úzkostnými a behaviorálními poruchami. Pro stejnou diagnostickou skupinu focus groups doporučovaly i lázeňskou péči, a to pro zhruba 8 000 pacientů. Pro velmi malou část pacientů s poruchami osobnosti focus groups doporučovaly věznic s psychiatrickou péčí.

1.3 Diskuse

Výsledky jsou limitovány počtem účastníků skupinových diskusí (109) a respondentů dotazníkového šetření (102), který byl dán finančními možnostmi a harmonogramem projektu. Projektový tým si je však vědom, že další zvýšení počtu respondentů v dotazníkovém šetření by přineslo zpřesnění výsledků.

Výstupy focus groups mohou být ovlivněny způsobem výběru účastníků těchto diskusních skupin. Projektový tým proto postupoval tak, že nejprve vybral koordinátora příslušných focus groups pro danou diagnostickou skupinu – odborníka s dlouholetou zkušeností právě s touto diagnostickou skupinou a ten vybíral jednotlivé členy focus groups. Při výběru se řídil pokynem, aby mezi diskutujícími bylo zohledněno co nejvíce názorových proudů v dané diagnostické specializaci. Projektový tým sám členy focus groups nerekrutoval. Zhruba třetinu členů focus groups tvořili uživatelé a jejich příbuzní, mezi profesionály byly nejvíce zastoupeni psychiatři (tabulka č. 2). Zastoupení zde měli i sociální pracovníci a zdravotní sestry, kteří se zabývali péčí o pacienty v dané diagnostické skupině. Domníváme se však, že zastoupení těchto profesionálů mohlo přinést další pohledy a zkušenosti v diskusích focus groups.

Dalším možným zdrojem zkreslení výsledků může být složení respondentů dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozeslány podle klíče uvedeného v tabulce 3. Zastoupení respondentů (odborných pracovníků v péči o psychiatrické pacienty) co do pohlaví, věku, délky odborné praxe a typu profese (tabulka 4 – 6) nevykazuje žádné zásadní disproporce, které by mohly nějak významně ovlivnit výsledky. Určitá nerovnoměrnost však existuje v zastoupení respondentů podle typu praxe (tabulka č.7). Poměrně nízké zastoupení měli pracovníci následné lůžkové péče. Pracovníkům těchto služeb byly dotazníky rozeslány, avšak response byla nízká. Dalším problémem mohla být horší srozumitelnost některých částí dotazníku pro respondenty, která by mohla být řešena jiným uspořádáním dotazové situace za předpokladu využití tazatelů a techniky face-to-face rozhovorů. Podmínky projektu zapojení tazatelů neumožnily, bylo by však vhodné je zapojit při pokračujícím šetření v této oblasti.

Určitou nejasností při hodnocení lůžkových služeb účastníky focus groups i respondenty dotazníků mohla být skutečnost, že značná část akutních hospitalizací je realizována v rámci následné lůžkové péče v psychiatrické léčebně. Akutní lůžková péče byla v těchto šetřeních definována jako péče, která se odehrává na psychiatrických odděleních nemocnic.

Další nepřesnosti mohly nastat při hodnocení pacientů v denních stacionářích a psychoterapeutických programech. Při hodnocení současného stavu pacientů v denních stacionářích podle ÚZIS jsou počítáni pacienti jen v plných a frakcionovaných programech denních stacionářů za rok, zatímco focus groups u některých diagnostických skupin pojednávali o počtech pacientů v psychoterapeutických programech denních stacionářů včetně např. docházkové skupinové psychoterapie. Nicméně v dotazníkovém šetření odhad počtu pacientů potřebujících psychoterapeutické programy (53, 9 % celkového počtu pacientů) blízko konvergoval k ohodnocení změny počtu pacientů v denních stacionářích (553 % současného počtu pacientů v denních stacionářích).

Podle výsledků jsou počty pacientů, kterým by se mělo dostávat rehabilitačních služeb a poradenství několikanásobně vyšší, než kolik se jim těchto služeb dostává ve skutečnosti (graf č. 19). Je však nutno vzít v úvahu, že počty pacientů v současných službách mohou být mírně podhodnoceny, protože byly sledovány služby specializované na cílovou skupinu lidí s duševními poruchami a není vyloučeno, že část duševně nemocných může využívat i služeb bez zaměření na specifickou klientelu (např. občanské poradny v případě poradenství, agentury podporovaného zaměstnání nezacílené na specifickou klientelu, chráněné dílny pro handicapované bez specifického zaměření).

Překvapivě velký podíl pacientů na rehabilitačních službách vyplynul z odhadu focus groups i výsledků dotazníkového šetření pro afektivní poruchy a pro úzkostné a behaviorální poruchy. Vliv na tato hodnocení jak u členů focus groups, tak u respondentů dotazníkového šetření, může mít fakt, že pro pacienty těchto diagnostických kategorií nejsou služby psychiatrické rehabilitace téměř zcela vůbec rozvinuty a není tudíž příliš zkušeností s jejich upotřebením.

1.4 Závěr

I přes omezení uvedená v předchozí diskusi lze konstatovat, že výsledky obou typů šetření (kvalitativní diskusní skupiny a kvantitativní standardizované dotazníky) shodně ukazují na potřebu navýšení kapacity ambulantní psychiatrické péče, na zavedení služeb případového vedení pro nezanedbatelnou část pacientů. Výsledky rovněž poukazují na potřebnost restrukturalizace a přesun kapacit v rámci lůžkového fondu, na podstatné rozšíření komunitní rezidenční péče. Podobně je i žádoucí na základě výstupů šetření rozšířit krizové služby a psychoterapeutické programy denních stacionářů. Zásadní navýšení kapacit je třeba rovněž učinit u rehabilitačních služeb a poradenství.

Kvalitativní analýza výsledků focus group dospěla k důrazu na propojenost všech segmentů péče, k potřebě orientovat služby co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů, ke zdůraznění ambulantní psychiatrické péče a významu terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem a konečně k doporučení v případě nutnosti akutní lůžkové péče hospitalizovat spíše kratší dobu, avšak optimálně vzhledem ke stavu pacienta s tím, že by hospitalizační péče měla co nejvíce odpovídat potřebám pacienta.

2 Model péče o duševně nemocné

2.1 Úvod

Odborný tým na počátku projektu vypracoval situační analýzu poskytování péče o duševně nemocné v Praze, která vyústila ve formulování principů péče uplatňovaných při tvorbě modelu (viz Situační analýza, str. 11). V další fázi projektu se uskutečnilo šetření kvalitativní a kvantitativní potřeby služeb v Praze, která proběhla jak formou kvalitativní analýzy prostřednictvím metody focus group² za účasti 109 uživatelů péče a odborníků, tak formou dotazníkového šetření, kterého se účastnilo 102 odborných pracovníků pražské psychiatrické péče (viz Šetření kvalitativní a kvantitativní potřeby služeb, str. 37). Šetření dospělo k návrhu potřebných kapacitních změn v jednotlivých službách pro duševně nemocné, které je vyjádřeno potřebnou změnou ročního počtu ošetřených pacientů/klientů oproti současnému využití v jednotlivých službách. Souhrn těchto navrhovaných změn je vyjádřen v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Souhrn potřebných kvantitativních změn ve využití služeb pro duševně nemocné v Praze

Typ služby	Současná využití (pacient/rok)	Potřebné využití (pacient/rok)
Ambulantní psychiatrická péče	92535	105000
Případové vedení	130	29000
Následná lůžková péče psychiatrické léčebny	6905	6200
Akutní lůžková psychiatrická péče nemocnic	4425	4900
Rezidenční komunitní služby	60	3400
Ústavní rezidenční služby	400	500
Krizové služby	9440	32500
Denní stacionáře a psychoterap. programy	7340	45000
Pracovní rehabilitace	470	11000
Podporované a tréninkové bydlení	130	7000
Svépomocné a aktivizační programy	2100	18500
Poradenství	1380	5000

Šetření po stránce kvalitativní analýzy (focus groups uživatelů a odborníků) dospělo ke čtyřem hlavním akcentům v dalším poskytování služeb pro duševně nemocné:

- propojenost všech segmentů péče
- orientace služeb co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů
- zdůraznění ambulantní psychiatrické péče a významu terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem
- doporučení v případě nutnosti akutní lůžkové péče hospitalizovat spíše kratší dobu, avšak optimálně vzhledem ke stavu pacienta s tím, že by lůžková péče měla co nejvíce odpovídat potřebám pacienta

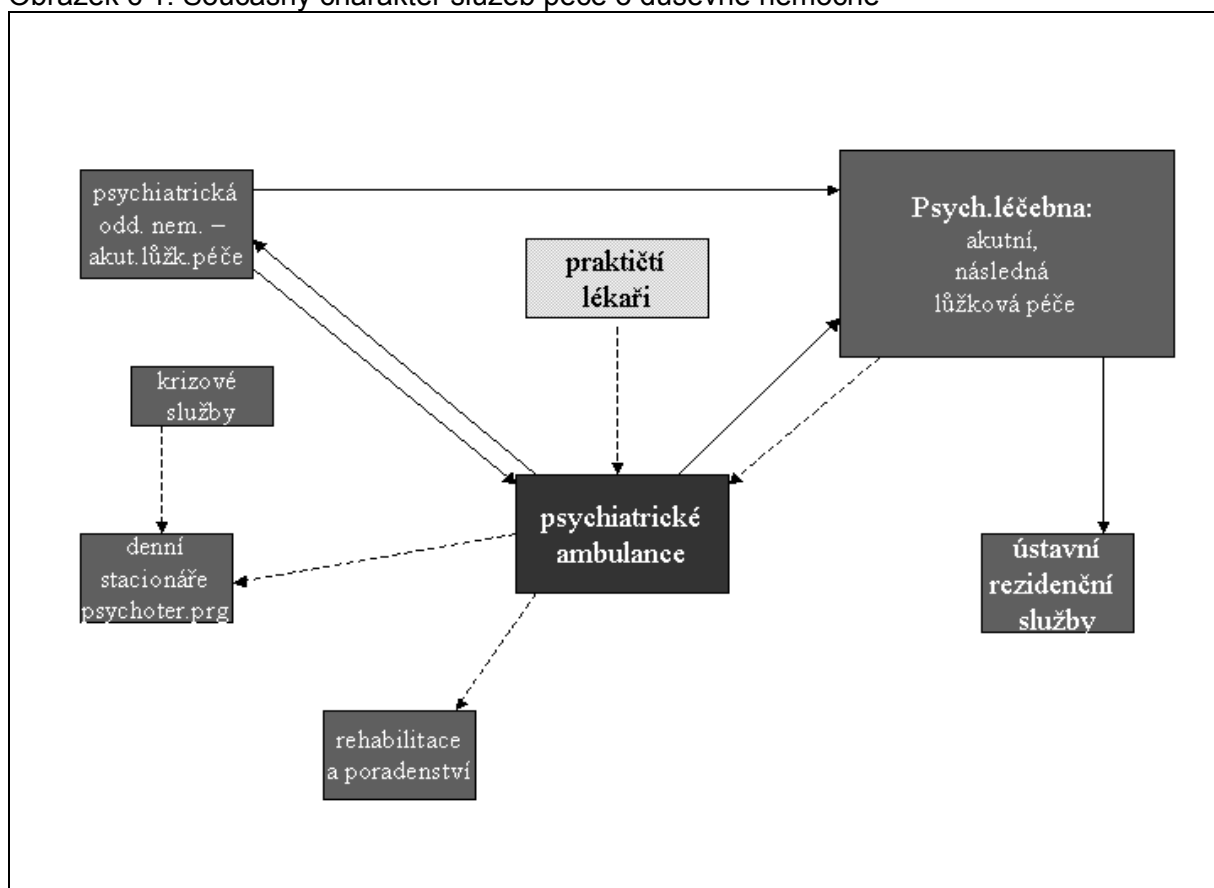
Při vytváření výsledného modelu péče o psychiatrické pacienty v Praze jsme dbali na to, aby tento model odrážel závěry situační analýzy i výstupy kvalitativního a kvantitativního šetření potřeby služeb. Dalším aspektem byly průběžné výstupy z ekonomické analýzy výsledků kvantitativního šetření potřeby služeb, která je uvedena v následující části (viz Ekonomické dopady transformace péče o duševní zdraví v Praze, str. 74).

² Focus group (diskusní skupina) je metoda kvalitativního výzkumu využívající skupinové dynamiky ke zjištění názorů a postojů k určitému tématu nebo výrobku.

2.2 Systémové změny

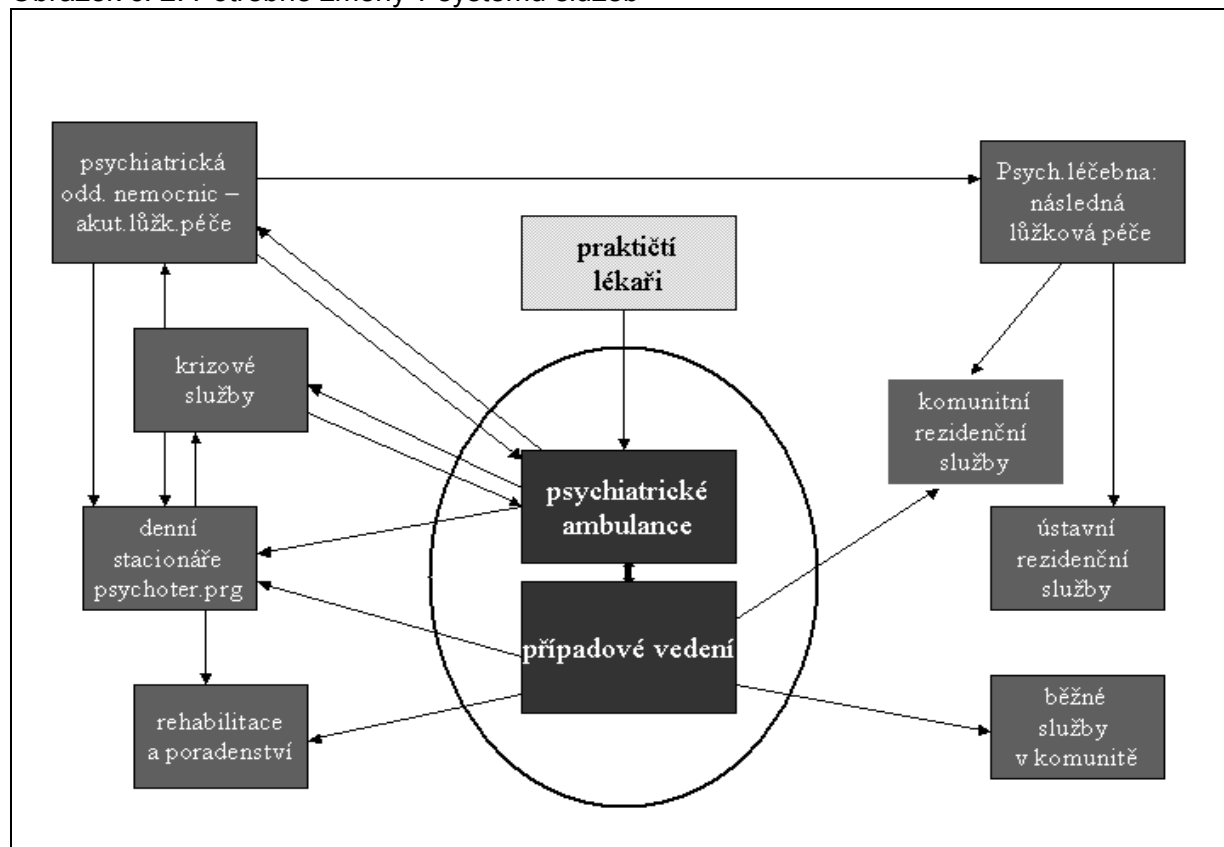
K tomu, aby se péče o duševně nemocné v České republice přiblížila uskutečnění potřebných změn na základě výstupů kvalitativní analýzy, je potřeba změnit současný charakter služeb, který je poznamenán slabou spoluprací, návazností a komunikací mezi jejími jednotlivými segmenty, neexistencí propojovacího článku v systému služeb, málo rozvinutými službami směřujícími léčbu pacientů do jejich přirozeného prostředí, důrazem na lůžkovou, zejména dlouhodobou, péči a ambulantní psychiatrickou péči s malou časovou kapacitou dostatečného řešení terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem (viz obrázek č.1).

Obrázek č 1: Současný charakter služeb péče o duševně nemocné



Na obrázku č. 2 jsou naznačeny potřebné změny v systému služeb. Základním prvkem systému by měla být psychiatrická ambulance v těsné spolupráci s případovým vedením (komunitní psychiatrická sestra, sociální pracovník). Ambulantní psychiatr bude spolupracovat s návaznými službami především ve zdravotnické oblasti (akutní lůžková péče, krizové služby, denní stacionáře, psychoterapeutické programy, zatímco pracovník případového vedení bude navazovat spolupráci spíše ve sféře zdravotně-sociálních služeb (sociální /psychiatrická/ rehabilitace, specializované poradenství, rezidenční komunitní služby) a běžných služeb v obci. Psychiatrická lůžková péče by měla být jednoznačně diferencována na akutní lůžkovou psychiatrickou péči přednostně uskutečňovanou na psychiatrických odděleních nemocnic či klinik, a na následnou psychiatrickou péči. Zřetelně by rovněž měla být vyčleněna kapacita pro dlouhodobé ústavní pobyty pacientů v rámci sociálních služeb.

Obrázek č. 2: Potřebné změny v systému služeb



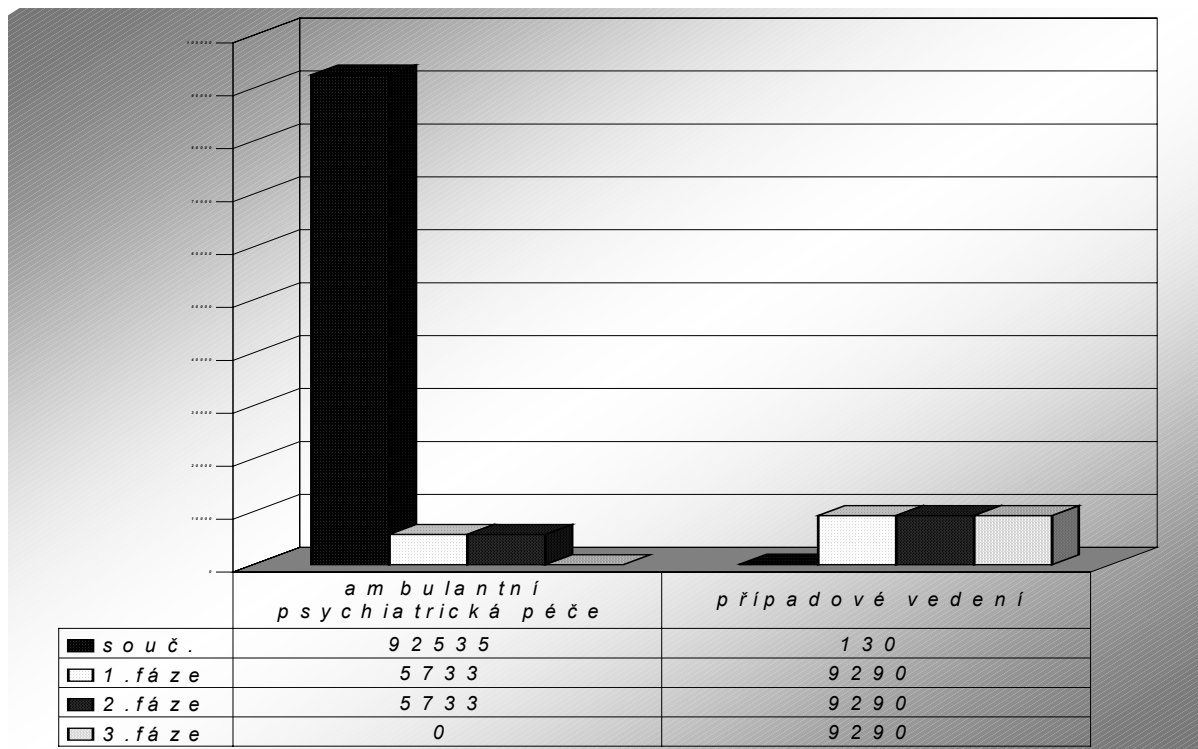
2.3 Kapacitní změny

Při průběžném hodnocení výsledků ekonomické analýzy, která odhadovala množství provozních finančních zdrojů potřebných k dosažení kvantitativních změn zjištěných v provedeném šetření (viz Ekonomické dopady transformace péče o duševní zdraví v Praze, str. 73), byla shledána potřeba více než dvojnásobného navýšení finančních zdrojů oproti současnému stavu, a to jak na straně systému zdravotního pojištění, tak zejména v oblasti finančních zdrojů pro sociální služby. Jednak proto, aby byla možnost navýšení finančních zdrojů realističtější, ale i z důvodu potřeby postupného vývoje změn, navrhl odborný tým projektu rozčlenit proces změny do tří fází, jejichž časování a obsah je uveden v tabulce č. 2. Kvantitativní změny v kapacitách služeb v jednotlivých navržených fázích jsou znázorněny na grafech č. 1 - 3. Tabulky pod grafy uvádějí změny počtů pacientů za rok v jednotlivých službách.

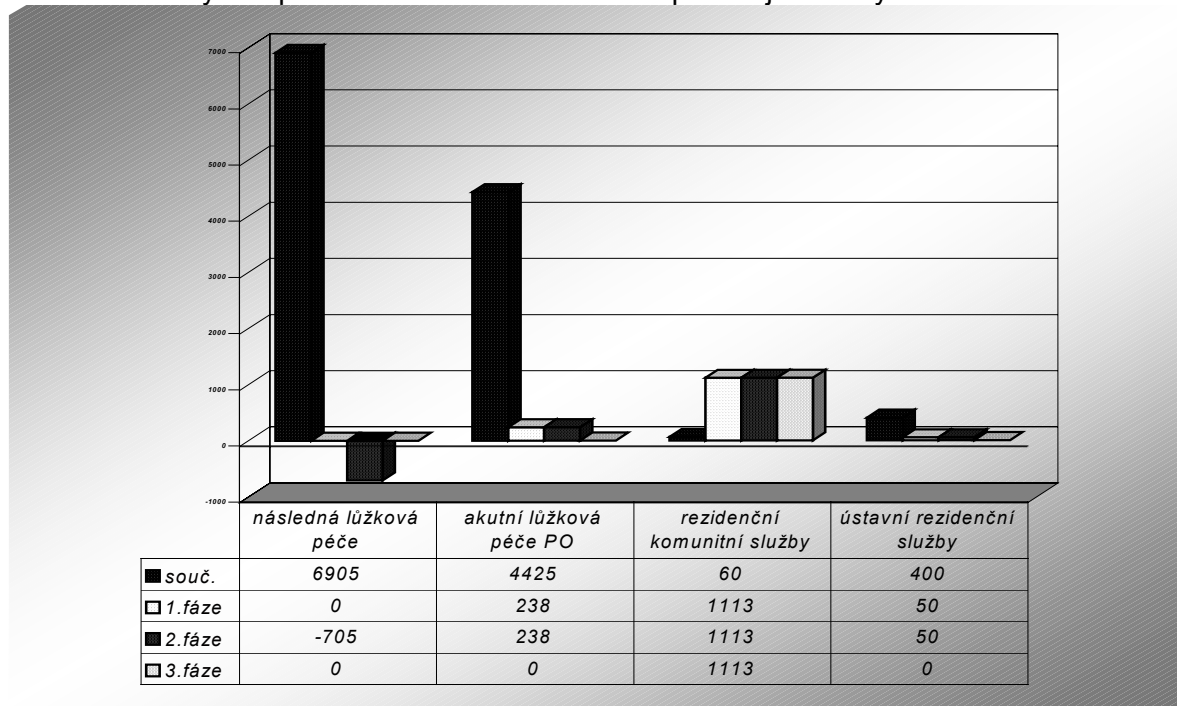
Tabulka č. 2: Navrhovaný vývoj změn v rámci modelu péče

	Časový horizont	Služba	Obsah změn
1. fáze	3-5 let	Akutní lůžková péče, ambulantní psychiatrická péče, ústavní rezidenční služby	Zvýšení kapacity o 50 % navrhovaných změn
		Následná lůžková péče psychiatrické léčebny	Bez změny kapacity. Diferenciace na akutní lůžkovou péči, následnou lůžkovou péči, ústavní péči v rámci sociálních služeb
		Ostatní služby	Zvýšení kapacity o 33 % navrhovaných změn
2. fáze	6-10 let	Akutní lůžková péče, ambulantní psychiatrická péče, ústavní rezidenční služby	Zvýšení kapacity o 50 % navrhovaných změn
		Následná lůžková péče psychiatrické léčebny	Pokles kapacity na navrhovanou úroveň
		Ostatní služby	Zvýšení kapacity o 33 % navrhovaných změn
3. fáze	11 a více let	Dokončení změn na navrhovanou úroveň	

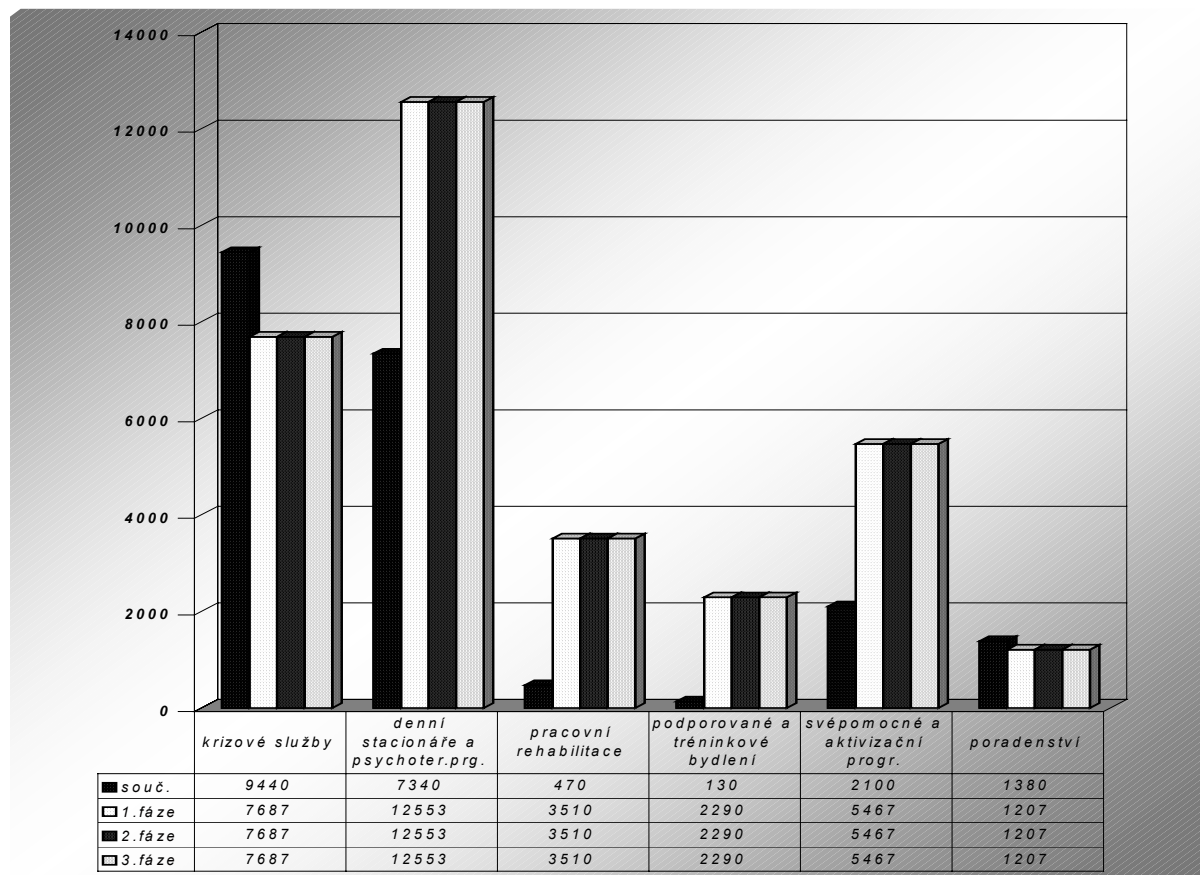
Graf č. 1: Změny v kapacitách ambulantní psychiatrické péče a případového vedení v jednotlivých fázích transformace



Graf č. 2: Změny v kapacitách lůžkové a rezidenční péče v jednotlivých fázích transformace



Graf č. 3: Změny v kapacitách krizových, psychoterapeutických a rehabilitačních služeb v jednotlivých fázích transformace



2.4 Limitující faktory změn

Odborný tým projektu si je vědom, že uskutečnění navrhovaných změn je možné pouze za předpokladu splnění určitých podmínek, při jejichž nesplnění lze navrhovaný model jen obtížně realizovat. Nutné podmínky lze seskupit do následujících okruhů:

- motivace všech stran potřebných k uskutečnění změn (pacientů – uživatelů, poskytovatelů, rodinných příslušníků, státních a samosprávních orgánů, zdravotních pojišťoven)
- dostatečná kapacita odborně vzdělaného personálu
- dostatečné finanční zdroje
- dosažení systémových změn v organizaci a úhradách služeb.

V následujícím textu se bude věnována pozornost jednotlivým okruhům těchto nezbytných podmínek:

Motivace všech stran potřebných k uskutečnění změn

Překážky:

V minulých letech byly otázky péče o duševně nemocné spíše na okraji zájmu státních orgánů, obcí, politických činitelů i médií. Svoji roli hraje patrně silná stigmatizace duševního onemocnění ve společnosti, která se promítá i do nezájmu kompetentních míst. Další překážkou mohou být konzervativní postoje některých tradičních poskytovatelů služeb, obavy z důsledků změn a v neposlední řadě i obavy ze znehodnocení dosavadní práce tradičních poskytovatelů.

Možná řešení:

Je potřebné rozvinout co nejvíce aktivit k destigmatizaci duševních poruch. Dalším potřebným opatřením je pokračovat ve vzdělávání a informování o moderních trendech poskytování služeb pro duševně nemocné mezi odborníky, uvnitř státní správy, samosprávy a u zdravotních pojišťoven.

Dostatečná kapacita odborně vzdělaného personálu

Překážky:

Přesné vyhodnocení kapacity pracovníků potřebné pro realizaci navržených změn by vyžadovalo samostatnou studii. I bez přesnějších analýz je však patrné, že navržené změny ve službách by požadovaly zejména navýšení pracovníků v řadách psychiatrických sester a sociálních pracovníků. V současnosti existuje pouze specializační pomaturitní vzdělávání psychiatrických sester v rámci IDVPZ Brno, jsou však bohužel pozastaveny programy na vyšších odborných školách a na vysokých školách pro přípravu na ošetřovatelství v psychiatrii. Vyšší odborné školy a řada vysokých škol sice vytváří vzdělávací programy pro sociální pracovníky, avšak chybí systematické postgraduální vzdělávání sociálních pracovníků, které by tyto profesionály připravilo pro práci s pacienty/klienty s duševním onemocněním (obdobu „psychiatric social worker“ v jiných zemích). U všech zmíněných profesí, včetně psychiatrů a klinických psychologů, chybí (nebo je nedostatečné) vzdělávání v psychiatrické rehabilitaci, komunitní psychiatrické péči nebo týmové práci, a to na všech úrovních vzdělávání.

Možná řešení:

Je nezbytně zapotřebí umožnit dostatečnou kapacitu vzdělávacích programů pro přípravu psychiatrických sester nebo vysokoškolských programů ošetřovatelství v psychiatrii. Rovněž je zapotřebí zavést systematické postgraduální vzdělávání sociálních pracovníků ve specifických metodách sociální práce s psychiatrickými pacienty/klienty. Je rovněž potřeba

započít se systematickým kontinuálním vzděláváním všech pracovníků v přístupech komunitní psychiatrické péče.

Dostatečné finanční zdroje

Překážky:

Navržené změny budou nárokovat další finanční zdroje jak z oblasti systému zdravotního pojištění, tak z oblasti dotačních prostředků pro sociální služby. Tyto nároky vzniknou jak pro náklady provozní, tak pro náklady zřizovací, zvláště u některých služeb (rezidenční komunitní bydlení). Státní, krajské i obecní dotace pro sociální služby se meziročně zvyšují jen nepatrnou měrou, u některých služeb se však dotace pro rok 2008 dokonce snižují. Příspěvky na sociální služby samotným klientům nejsou v případě duševního onemocnění téměř vůbec poskytovány z důvodů systémových nedostatků zákona o sociálních službách. Ochota zdravotních pojišťoven hradit více péče pro duševně nemocné je sporná.

Možná řešení:

Jedním z možných řešení, jak zabezpečit rozvoj nových služeb pro duševně nemocné, je využití prostředků z evropských fondů. Pro pražský region však kapacita těchto prostředků pro následující několikaleté období není příliš velká. Bude proto nadále nezbytné kontinuálně jednat s krajskými orgány, s příslušnými ministerstvy (MZ, MPSV) a se zdravotními pojišťovnami o potřebě navýšení finančních zdrojů pro služby pro duševně nemocné.

Dosažení systémových změn v organizaci a úhradách služeb

Na základě jak výstupů kvalitativní a kvantitativní analýzy současných a potřebných služeb vyplývajících ze šetření, tak navrhovaného modelu péče a jeho fázování, byl zpracován podrobný rozbor současného způsobu úhrad péče ve zdravotní i sociální oblasti. V návaznosti na to byly navrženy změny v současném systému úhrad tak, aby nebyly činěny překážky v realizaci modelu péče v této oblasti. Tento přehled je obsažen v příloze č. 4.

3 Ekonomické dopady transformace péče o duševní zdraví v Praze

3.1 Kontext: výdaje na duševní zdraví

Zjištění výše výdajů na duševní zdraví a jejich struktury je důležité pro zvýšení zájmu české společnosti o problematiku duševního zdraví. Dá se říci, že výše výdajů na duševní zdraví je základním indikátorem významu duševního zdraví pro společnost či vládu. Podle odhadů tvořily celkové výdaje na duševní zdraví 3 - 4 % z hrubého domácího produktu zemí EU (Investing in Mental Health 2003). Výdaje na duševní zdraví v rámci sektoru zdravotnictví činily v průměru 2 % HDP. Informace o struktuře výdajů jsou důležité zejména při rozhodování o transformačních změnách ve struktuře péče o duševně nemocné, neboť strukturální změny v péči musí být doprovázeny i novým přerozdělením finančních zdrojů.

Výdaje na duševní zdraví tvoří relativně menší, přesto nezanedbatelnou část výdajů na zdravotnictví v České republice. Bohužel máme k dispozici jen omezené informace o výši výdajů na duševní zdraví i o jejich struktuře podle typů poskytované péče. To ostatně platí pro ostatní druhy onemocnění: máme informace o výdajích podle druhu péče, podle zdroje financování, ale nikoliv podle skupin chorob. Tato mezera je občas vyplněna ad hoc studiemi akademických pracovišť či zdravotních pojišťoven. Asi nejobsáhlejší v tomto směru byla publikace Škody et al. (1998), podle které výdaje na duševní zdraví u VZP ČR činily 2,52 % výdajů pojišťoven v roce 1995. Tato studie však pojímala duševní zdraví velmi úzce (pouze psychiatrie a psychologie) a nezahrnovala například práci praktických lékařů nebo výdaje na

léky. Z tohoto pohledu jde o určitý dolní odhad výdajů na duševní zdraví v rezortu zdravotnictví. Výdaje na sociální služby nebyly vůbec ve studii uvažovány.

Zdravotní péče o duševně nemocné je financována stejně jako ostatní typy péče ze společného rozpočtu. V některých zemích je zdravotní péče o duševně nemocné oddělena od ostatních typů péče a je financována ze zvláštních rozpočtů. Informace o výdajích na zdravotnictví podle zdroje financování pro jednotlivé skupiny onemocnění nejsou k dispozici, lze se tedy pouze domnívat, že zdroje financování u duševních onemocnění se nemusí příliš lišit od zdravotnictví jako celku. Kromě zdravotnických služeb duševně nemocní využívají dalších sociálních služeb, ubytování, jsou příjemci různých sociálních dávek. Tato fragmentace zdravotnických a sociálních služeb a finančních zdrojů může být zdrojem komplikací právě pro duševně nemocné, kteří se nejsou vždy schopni ve zdravotnickém a sociálním systému orientovat. Financování těchto služeb není nijak centrálně sledováno, takže nemáme dostatečné informace o tom, jaké služby se poskytují, z jakých zdrojů jsou tyto služby financovány a kdo jsou příjemci těchto služeb.

Úhrada zdravotní péče psychiatrů a psychologů je stejná jako u ostatních odborných ambulantních lékařů: platba za výkon, která je však regulována tak, že jde v podstatě o rozpočet. Nemocnice a psychiatrické léčebny jsou financovány formou historicky vzniklých rozpočtů s určitým ročním procentním nárůstem, i když je tedy třeba každý rok tento rozpočet „vyúčtovat“ trochu jiným způsobem. Je třeba rozlišovat mezi výší úhrady a skutečnými náklady, což se projevuje jinak u všeobecné nemocnice s psychiatrickým oddělením (možnost vzájemného přerozdělení mezi obory) a jinak u psychiatrické léčebny. Léky na předpis jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění s určitou spoluúčastí pacienta, která se odvíjí od referenčních cen.

3.2 Vstupní data a předpoklady pro model psychiatrické péče v Praze

Údaje o počtu pacientů (klientů), kteří využívají určitý typ služby, pocházejí z předchozí části studie (Šetření kvalitativní a kvantitativní potřeby služeb pro duševně nemocné v Praze, str. 37). V této části studie se za pomoci metody „focus groups“ a následného dotazníkového šetření odhadly počty pacientů (klientů) podle jednotlivých diagnostických skupin a potřebné kapacity různých typů služeb pro tyto pacienty. Tyto údaje vycházejí z roku 2005.

Ekonomická data pocházejí z různých zdrojů: VZP ČR, ÚZIS ČR, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s duševní nemocí. Tradiční zdroje oficiálních údajů (ÚZIS ČR, zdravotní pojišťovny) popisují zejména zdroje financování a výdaje podle typu poskytovatelů než výdaje (náklady) podle diagnostických skupin. I když hovoříme o výdajích, ve skutečnosti bylo nutné ve studii kombinovat jak úhrady (výdaje), tak informace o nákladech od poskytovatelů služeb.

Ekonomické vstupní údaje pocházejí z let 2005 a 2006. Inflace v těchto letech nebyla vysoká, a proto předpokládáme, že údaje z těchto let jsou víceméně srovnatelné.

Obecně platí, že údaje za zdravotně-sociální a sociální služby jsou méně dostupné než údaje ze sektoru zdravotnictví, který je poměrně detailně popsán ve statistických ročenkách ÚZIS ČR a určité ekonomické údaje lze získat od zdravotních pojišťoven. Problém sociálních služeb pro duševně nemocné spočívá ve financování z mnoha rozdílných zdrojů, v poskytování různorodých služeb a v používání rozdílné terminologie. Pro mnohé služby data neexistují, protože neexistují samotné služby nebo data o těchto službách nejsou sbírána. U některých typů služeb, jež poskytuje jen omezený počet zařízení, je třeba vzít v úvahu, že zjištěná nákladová data jsou značně ovlivněna typem zařízení, takže náklady v případě většího rozšíření služby se mohou i řádově lišit.

Při predikci budoucích nákladů na péči o duševní zdraví jsme vždy vycházeli z předpokladu lineárních vztahů: dvojnásobek služeb bude stát dvojnásobek prostředků. I když lze předpokládat určité výnosy z rozsahu (více služeb bude stát v průměru méně), nelze o takových úsporách dělat žádné rozumné předpoklady. Z tohoto důvodu jsme počítali s konstantními výnosy z rozsahu, které mohou být brány jako pesimistický odhad nárůstu nákladů.

V ekonomickém modelu (na rozdíl od předcházejícího „epidemiologického“ modelu) jsme uvažovali s novou kategorií „léky na předpis“. V tomto případě sice nejde o službu, ale o významnou nákladovou položku. Tato položka je v modelu vázána na ambulantní psychiatrickou péči. V jedné variantě jsme uvažovali tuto položku spojit s ambulantní psychiatrickou péčí, ke které logicky patří, ale nakonec jsme se rozhodli pro samostatné sledování obou položek.

Epidemiologický model rovněž neuvažuje služby poskytované praktickými lékaři. Ani ekonomický model proto tyto služby nezahrnuje. Je jisté, že praktičtí lékaři služby spojené s duševním zdravím poskytují, neexistují však žádné dostupné údaje o jaké služby konkrétně jde a jaké náklady jsou s nimi spojeny. Veškeré výdaje jsou totiž agregovány do kapitálních plateb. Řešením by bylo provedení šetření mezi praktickými lékaři.

Z výše zmíněných důvodů je nutné považovat vstupní data u některých typů služeb za data méně kvalitní. Jakékoliv odhady je proto nutno považovat za výsledky spíše orientační, ukazující pravděpodobné rozložení výdajů na duševní zdraví v Praze. Predikce výdajů podle typu služby a podle zdroje financování je v případě navrhovaných transformačních změn predikcí, která má poukázat na dlouhodobé trendy ve vývoji výdajů. Domníváme se, že i přes omezení daná data je predikce výdajů důležitým podkladem pro plánování transformace péče o duševní zdraví a splňuje tak své poslání.

Průběh transformačních změn v péči o duševní zdraví byl rozdělen do tří fází. Rychlost postupné změny kapacit byl pro různé služby uvažován následovně:

- ambulantní psychiatrická péče, léky na předpis, akutní lůžková péče, institucionální rezidenční služby (50 %, 50 %, 0 %),
- následná lůžková péče (0 %, 100 %, 0 %), kde se počítá s odložením transformace až na druhou fázi, aby byla již zajištěna péče jinými typy služeb,
- ostatní typy péče (33 %, 33 %, 33 %).

V tomto textu budeme prezentovat především údaje za počáteční období (rok 2005) a konečnou, třetí fázi transformace. Na několika místech uvedeme údaje pro všechny fáze reformy.

3.3 Odhad současných výdajů na duševní zdraví v Praze

Při odhadu výdajů pro každou službu jsme postupovali tak, že jsme určili vhodnou výdajovou (nákladovou) jednotku, pro kterou jsme se pokusili odhadnout jednotkové výdaje (náklady). Nákladové jednotky podle typu služeb uvádíme v tabulce č. 1, ve které též uvádíme zdroje informací.

Tabulka č. 1: Výdajové (nákladové) jednotky použité v ekonomické modelu

Typ služby	Nákladová jednotka	Zdroj dat
Ambulantní psychiatrická péče	ošetření	ÚZIS ČR, VZP ČR
Léky na předpis	ošetření	VZP ČR
Případové vedení a individuální asistence	pacient	poskytovatelé
Akutní psychiatrická lůžková péče	ošetřovací den	ÚZIS ČR, poskytovatelé
Následná psychiatrická lůžková péče	ošetřovací den	ÚZIS ČR, poskytovatelé
Rezidenční komunitní služby	pacient/rok	poskytovatelé
Institucionální rezidenční služby	pacient/rok	Magistrát, poskytovatelé
Krizové služby	pacient	Magistrát, poskytovatelé
Denní stacionář, psychoterapeutický program	pacient	poskytovatelé, ÚZIS ČR
Pracovní rehabilitace	pacient	poskytovatelé
Podporované a tréninkové bydlení	pacient/rok	poskytovatelé
Svépomocné a aktivizační programy	pacient	poskytovatelé
Poradenství	pacient	poskytovatelé

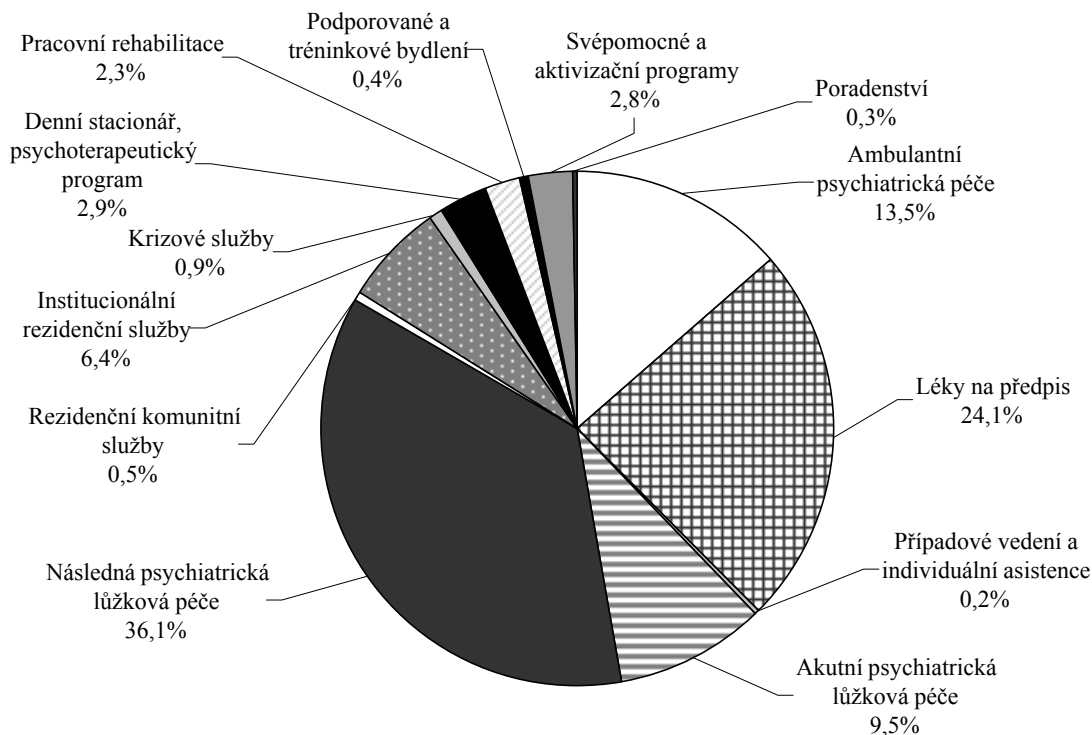
V dalším kroku jsme náklady na jednotku vynásobili počtem jednotek spotřebovaných na jednoho pacienta (klienta). Počet pacientů byl převzat z epidemiologické části projektu. Tímto způsobem jsem obdrželi odhad nákladů podle jednotlivých služeb, který je uveden v tabulce č. 2. Přesnost odhadů se bohužel bude podle typu služeb lišit, přesto věříme, že chyby v odhadech nepovedou ke zkreslení celkového obrazu o situaci ve financování péče o duševní péče v Praze.

Tabulka č. 2: Odhad výdajů na péči duševní zdraví v Praze v roce 2005

Typ služby	Výdaje v mil. Kč
Ambulantní psychiatrická péče	210,5
Léky na předpis	374,8
Případové vedení a individuální asistence	2,6
Akutní psychiatrická lůžková péče	148,4
Následná psychiatrická lůžková péče	561,0
Rezidenční komunitní služby	7,2
Institucionální rezidenční služby	100,0
Krizové služby	14,2
Denní stacionář, psychoterapeutický program	45,5
Pracovní rehabilitace	35,3
Podporované a tréninkové bydlení	6,8
Svépomocné a aktivizační programy	44,1
Poradenství	5,0
CELKEM	1 555,1

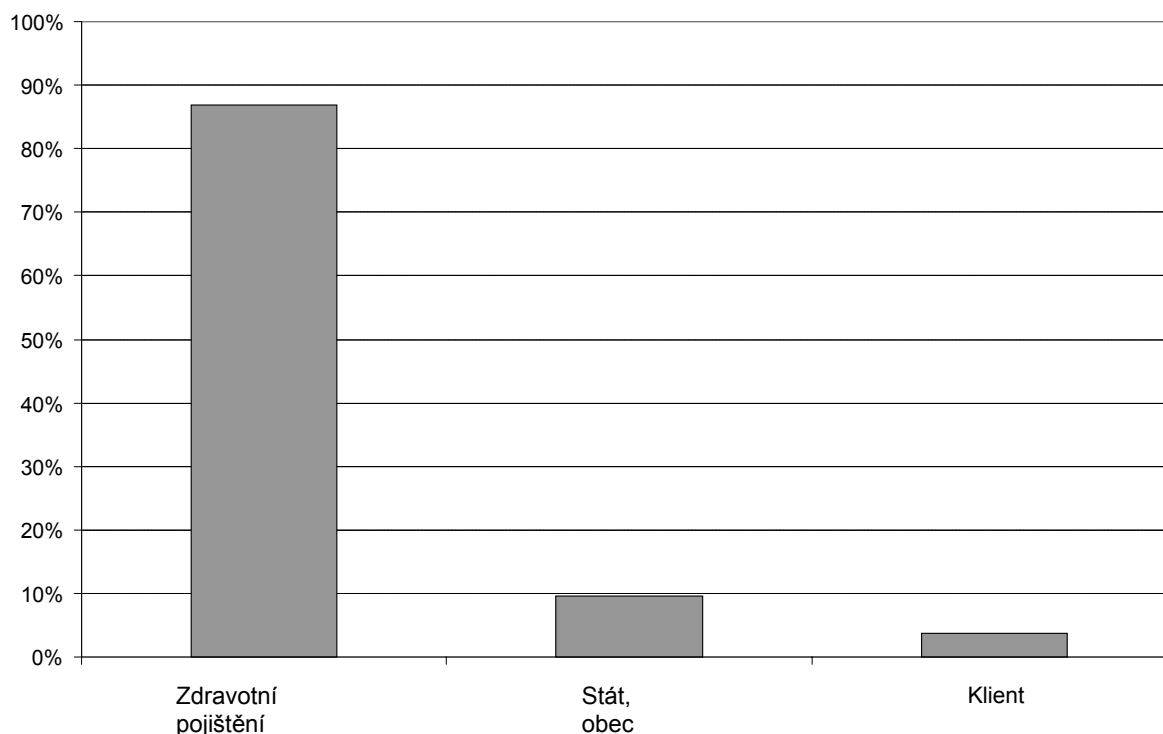
Podobnou informaci jako tabulka č. 2 nám podává též koláčový graf č. 1, ve kterém uvádíme procentní podíly jednotlivých typů služeb. Tradiční psychiatrické služby (ambulantní psychiatrická péče, léky na předpis, akutní lůžková péče, následná lůžková péče) tvoří více než 80 % současných celkových výdajů na duševní zdraví v Praze.

Graf č. 1: Výdaje na duševní zdraví v Praze podle typu služby



V dalším kroku jsme se pokusili odhad rozdělení výdajů podle zdroje financování (zdravotní pojištění, veřejné zdroje a soukromé zdroje). Tyto údaje nebyly pro některé služby velmi spolehlivé, proto je zapotřebí činit závěry s velkou opatrností. Nicméně jak vidíme z grafu č. 2, nezdá se, že by případným opravením některých údajů došlo k významné změně celkového obrazu: dominantním aktérem v oblasti financování služeb je zdravotní pojištění, ostatní veřejné rozpočty (státní rozpočet, granty, magistrát) hradí zhruba desetinu služeb, role klienta je podle všeho nízká. To se zřejmě změnilo zákonem o sociálních službách, jehož finanční dopady dosud nejsou známy. Graf č. 2 mimo jiné vypovídá o tom, že určité služby mimo zdravotní pojištění jsou nedostatečně financovány z veřejných i soukromých zdrojů nebo dokonce neexistují.

Graf č. 2: Výdaje na duševní zdraví v Praze podle zdroje financování

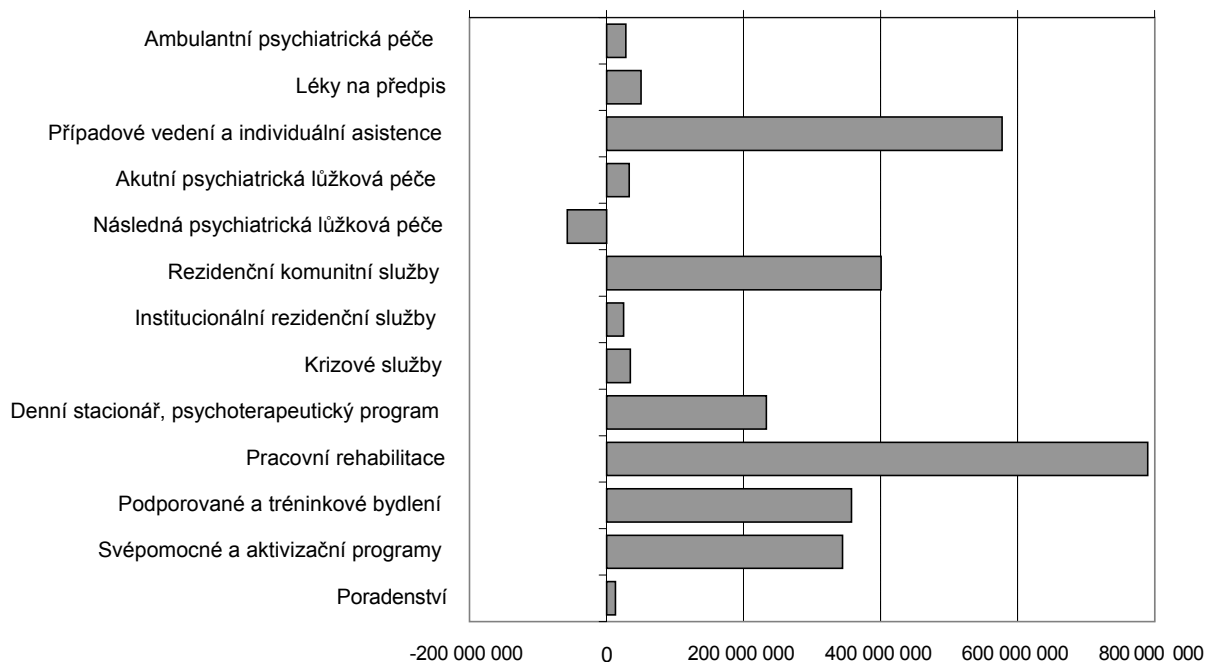


3.4 Predikce výdajů po transformaci

Predikce vývoje výdajů na duševní zdraví během a po transformaci podle jednotlivých služeb závisí jednak na očekávaném růstu/poklesu využití služeb a nákladech na jednotku dané služby. Kapacity služeb byly určeny v epidemiologickém modelu, výdaje (náklady) byly použity při odhadu současných výdajů. Tímto způsobem jsme se dostali k finančním odhadům, které sumarizujeme v grafu č. 3. Nejvyšší nárůsty výdajů lze podle transformačního modelu očekávat ve službách, které v současnosti podle epidemiologického modelu v Praze chybí a lze u nich očekávat i několikanásobné přírůstky kapacit (případové vedení, rezidenční komunitní služby, denní stacionáře, pracovní rehabilitace, podporované a tréninkové bydlení, svépomocné a aktivizační programy).

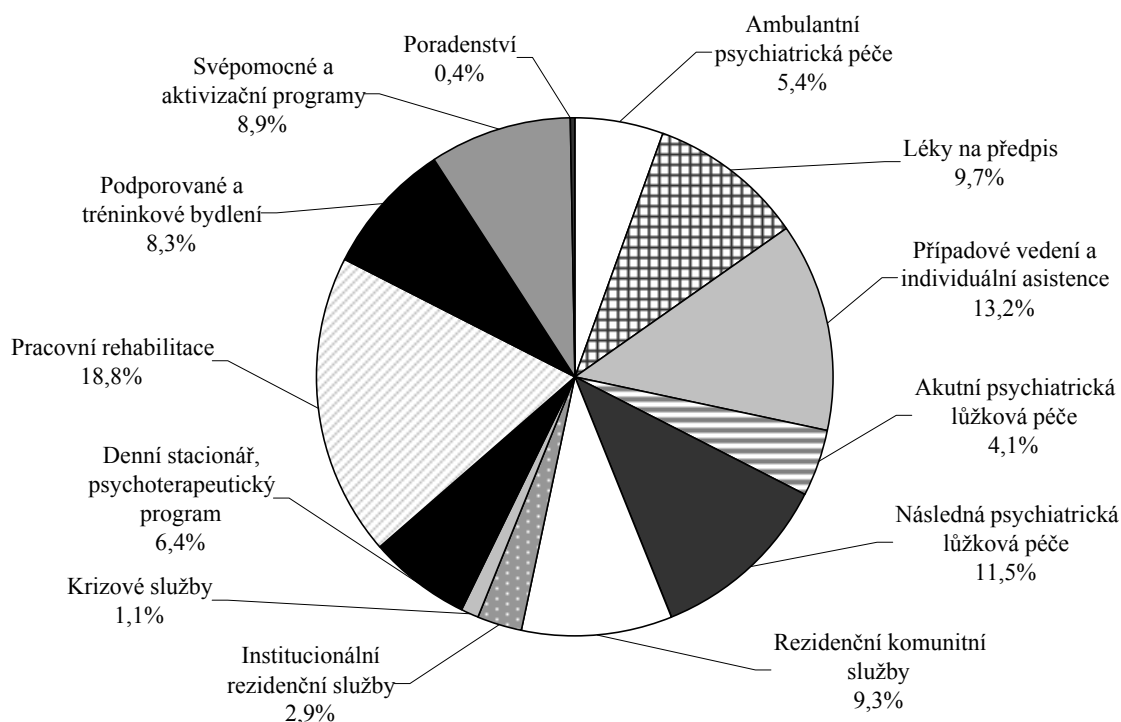
U tradičních zdravotnických služeb (ambulantní psychiatrická péče, léky na předpis, akutní lůžková péče, následná lůžková péče) model předpokládá relativně malé finanční nárůsty, u následné lůžkové péče zhruba 10 % pokles. Z grafu č. 3 je též jasné, že názory, které navrhují financovat rozvoj komunitních služeb z úspor vzniklých zavíráním lůžkových zařízení poskytujících následnou péči, nejsou realistické. Skutečně transformační model péče bude výdajově ve zcela jiných dimenzích, ve kterých snížené náklady v lůžkové péči nehrají žádnou významnou roli.

Graf č. 3: Změny výdajů po transformaci podle typu péče v Kč



Jak se po transformaci péče o duševní zdraví změnila relativní podíly jednotlivých typů služeb na celkových výdajích ukazuje graf č. 4. Tradiční psychiatrické služby (ambulantní psychiatrická péče, léky na předpis, akutní lůžková péče, následná lůžková péče), které tvořily před transformací více než 80 % celkových výdajů, budou po transformaci tvořit pouze 30,7 % výdajů. Významně podle modelu transformace vzroste finanční podíl takových služeb jako případové vedení a individuální asistence, rezidenční komunitní bydlení, pracovní rehabilitace, podporované a tréninkové bydlení, poradenství. Jde o služby jejichž podíl na celkových výdajích na péči o duševní zdraví je marginální. Po transformaci bude soubor služeb mnohem pestřejší než v současnosti.

Graf č. 4: Výdaje na duševní zdraví v Praze podle typu služby – po transformaci

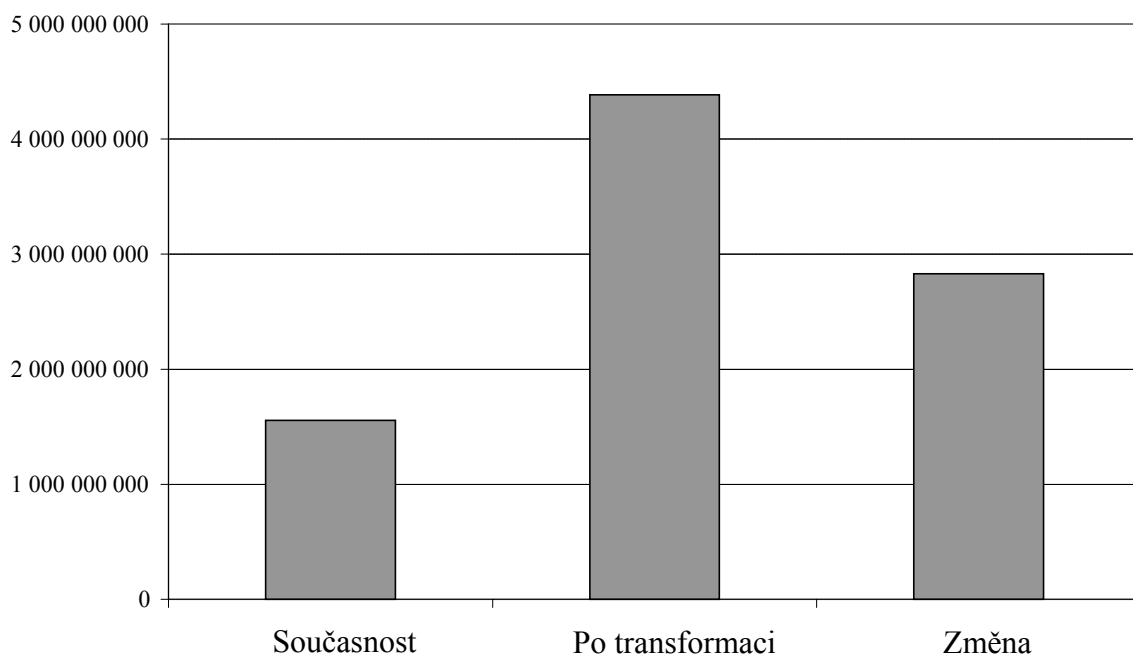


Realizace všech fází transformace znamená zvýšení celkových výdajů na duševní zdraví v Praze z nyní odhadovaných 1,56 mld. Kč na 4,39 mld. Kč (graf č. 5). Výdaje ve výši 4,39 mld. Kč představují 2,8násobek současných výdajů a absolutní navýšení o 2,83 mld. Kč. To může být různými aktéry v oblasti zdravotní politiky interpretováno dvojím, zcela odlišným způsobem, buď jako doklad o nerealistických předpokladech modelu transformace, nebo jako doklad o propastně rozevřených nůžkách mezi potřebami péče v Praze a jejím finančním zajištěním.

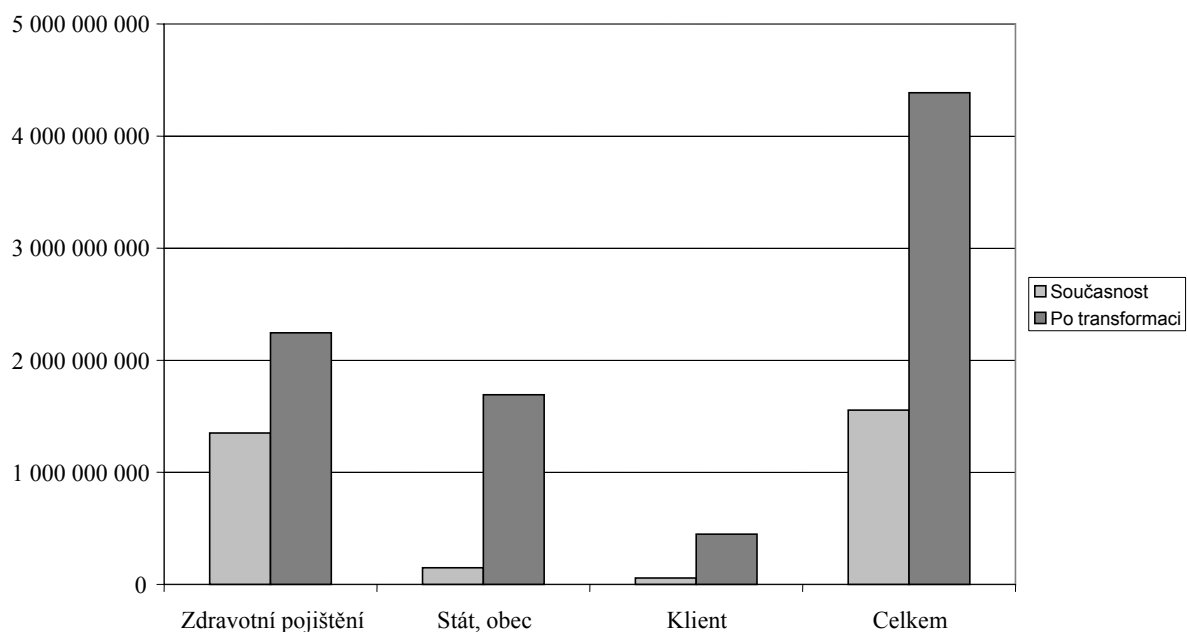
Další pohled je možné získat úvahami o tom, kdo transformaci péče o duševní zaplatí. Pokud se zdroje financování nezmění (lze ovšem předpokládat, že některé zdravotnické služby budou financovány ze zdravotního pojištění), bude uskutečnění transformace vyžadovat přísun prostředků z veřejných zdrojů mimo zdravotní pojištění (stát, obec atd.) a také větší podíl klientů (graf č. 6). Výdaje zdravotního pojištění rovněž porostou, ale nikoliv tak výrazně, takže jejich relativní podíl na celkových výdajích bude klesat.

Do modelu nebyly zapracovány dopady zákona o sociálních službách. V podstatě však jde stále o hrazení služeb z veřejných zdrojů (nyní sice v rukou klientů), takže i v tomto případě to bude v konečném důsledku stát, jež zaplatí transformaci. Do modelu také nemohly být zapracovány dopady zavedení poplatků od 1. ledna 2008.

Graf č. 5: Celkové výdaje na péči o duševní zdraví v Kč



Graf č. 6: Výdaje podle zdroje financování v Kč



3.5 Diskuse, postupné fáze reformy

Transformace péče o duševní zdraví znamená zásadní změnu v zajištění péče o duševní zdraví v Praze. Transformace vyžaduje přehodnocení cílů péče a výrazné zvýšení celkových výdajů, což znamená, že zřejmě není možné realizovat transformaci skokovou změnou.

Jiným problémem bude personální zajištění nových služeb. Příprava nových pracovníků a změna přístupu současných pracovníků bude dlouhodobým procesem. Také z těchto důvodů bylo nutné uvažovat o realizaci postupných fází transformace. Vývoj kapacit (v počtu uživatelů) byly převzaty z epidemiologického modelu (tabulka č. 3).

Tabulka č. 3: Kapacity služeb (počty uživatelů) v jednotlivých fázích transformace péče od duševní zdraví v Praze

Typ služby	2005	fáze 1	fáze 2	fáze 3
Ambulantní psychiatrická péče	92535	98768	105000	105000
Léky na předpis	92535	98768	105000	105000
Případové vedení a individuální asistence	130	9753	19377	29000
Akutní psychiatrická lůžková péče	4005	4453	4900	4900
Následná psychiatrická lůžková péče	6905	6905	6200	6200
Rezidenční komunitní služby	60	1173	2287	3400
Institucionální rezidenční služby	400	450	500	500
Krizové služby	9440	17127	24813	32500
Denní stacionář, psychoterapeutický program	7340	19893	32447	45000
Pracovní rehabilitace	470	3980	7490	11000
Podporované a tréninkové bydlení	130	2420	4710	7000
Svépomocné a aktivizační programy	2100	7567	13033	18500
Poradenství	1380	2587	3793	5000

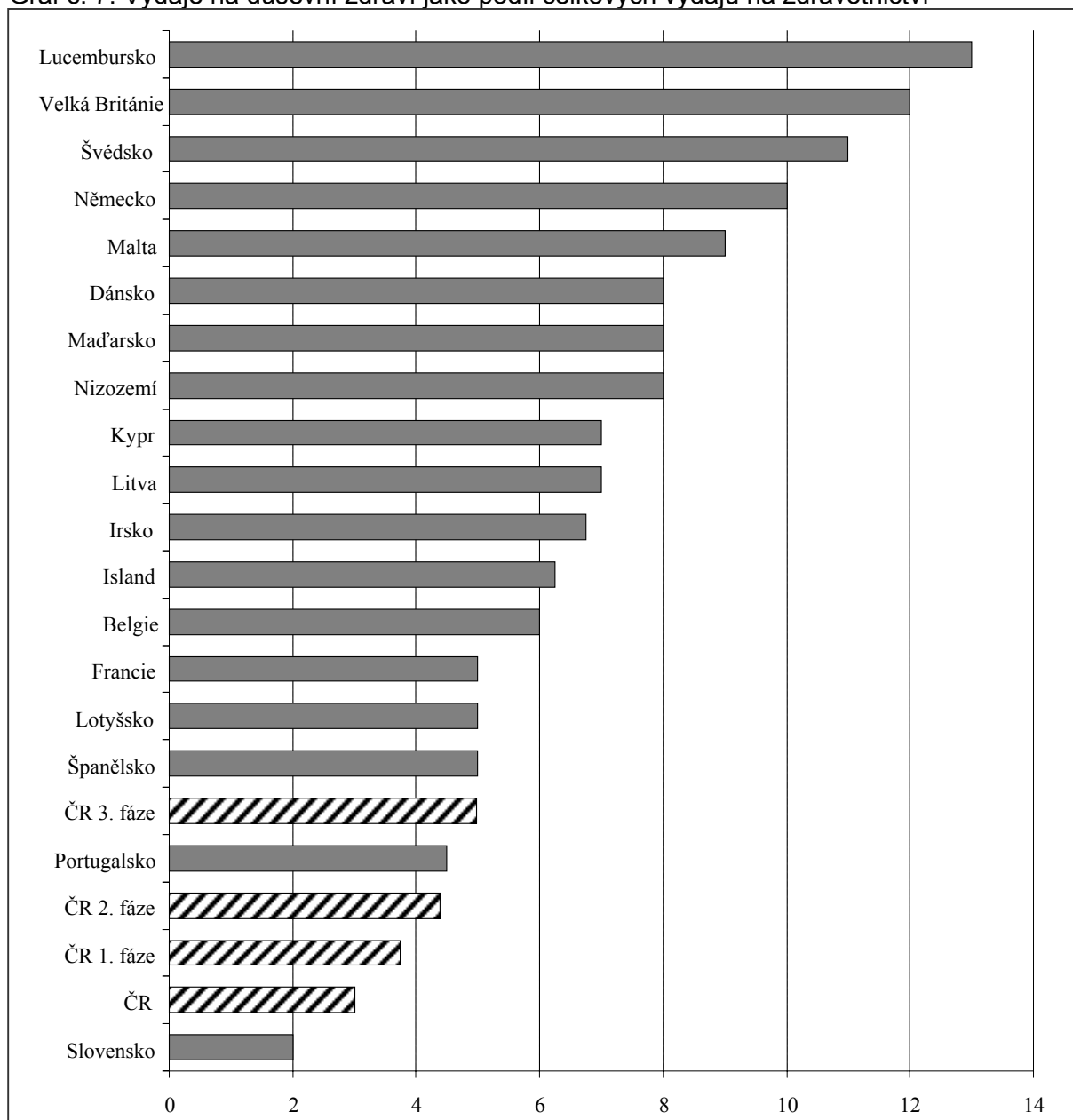
V tabulce č. 4 najdeme jak se postupný růst kapacit služeb promítne do postupného růstu výdajů na duševní zdraví. Každá z fází transformace by znamenala přidání zhruba miliardy do systému péče o duševní zdraví. Výdaje zdravotního pojištění rostou pomaleji než celkové výdaje, avšak to za předpokladu zachování stejného způsobu financování služeb. Lze předpokládat, že některé ze služeb dnes nehrazených budou, alespoň z části, zahrnuty do zdravotního pojištění.

Tabulka č. 4: Výdaje na duševní zdraví v Praze v jednotlivých fázích transformace

Výdaje	2005	fáze 1	fáze 2	fáze 3
Výdaje celkem	1555	2540	3469	4386
Index	100	163	223	282
Zdravotní pojištění	1350	1682	1966	2245
Index	100	125	146	166

Závěrem je třeba si položit otázku, zda na první pohled značný nárůst výdajů na duševní zdraví v Praze je opravdu tak enormní. Pro určité srovnání se musíme omezit pouze na výdaje ze zdravotního pojištění, pro které existují alespoň nějaká, mezinárodně srovnatelná data. V grafu č. 7 uvádíme podíl národních zdravotnických výdajů na duševní zdraví na celkových výdajích na zdravotnictví. Za Českou republiku jsme přidali tři hodnoty, které uvádějí hypotetické výdaje na duševní zdraví v případě, že by národní výdaje během transformace rostly stejným tempem jako predikované výdaje v Praze (ty jsou uvedeny v tabulce č. 4). Jde sice pouze o menší akademické cvičení, přesto nám může ukázat, že růst výdajů spojený s transformací významně nezmění mezinárodní postavení České republiky z hlediska financování duševního zdraví.

Graf č. 7: Výdaje na duševní zdraví jako podíl celkových výdajů na zdravotnictví



Zdroj: Mental Health Economics European Network (2004) a vlastní výpočty.

3.6 Závěry

- O financování péče o duševní zdraví máme jen dílčí údaje. Zatímco ve zdravotnictví určité údaje existují, v sektoru sociálních služeb je situace mnohem horší díky fragmentaci služeb a zdrojů jejich financování.
- Na základě mezinárodního srovnání je důvod se domnívat, že péče o duševní zdraví je v České republice i v Praze nedostatečně financována.
- Výdaje na péči o duševní zdraví v budoucnosti porostou zřejmě i bez transformace péče o zdraví. Realizace 1. fáze transformace znamená zvýšení výdajů o 1 mld. Kč, realizace celé transformace znamená zvýšení o 2,83 mld. Kč.
- Hlavní výdajové položky jsou v současnosti ambulantní psychiatrická péče, léky na předpis, akutní a následná lůžková péče, které činí více jako 80 % výdajů. V budoucnosti bude spektrum služeb pestřejší, což se odrazí i ve struktuře výdajů na tyto služby.

Literatura:

Client/Patient Sample Survey. Survey and Analysis Branch, Division of State and Community Systems Development, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services, US Dep.of Health and Human Services, 1997.

David, Ivan. *Psychiatrické léčebny: Mýty a skutečnost* [online]. c2006, [cit. 2008-02-03]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/czpz/aktual/konference/sdeleni/psychiatricke%20lecebny.ppt>>.

Investing in Mental Health. Ženeva: World Health Organization, 2003.

Morgan, D.L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 1.vyd., Boskovice: Albert, 2001. 95 s. ISBN 80-85834-77-4.

Psychiatri ČR [online]. c2004, [cit. 2007-11-3]. Dostupné z: <<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/psyweb>>.

Ruggeri, M. et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illnesses, *BMJ*, 2000, vol.177, s.149-155.

Škoda, C. et al. *Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR: Ekonomické aspekty*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998.

Tungstrom, S. et al., Relationship Between the Global Assessment of Functioning and other DSM Axes in Routine Clinical Work, *Psychiatric Services*, April 2005, vol. 56, No.4, s. 439-443.

Katalog pražské extramurální péče nejen pro psychiatrické pacienty [online]. c2006, [cit. 2008-02-03]. Dostupné z: <http://www.help24.cz/download/soubory/katalog_prazske_pece.doc>.

**VÝUKOVÝ MODUL
PRO VZDĚLÁVÁNÍ
PŘEDSTAVITELŮ STÁTNÍ SPRÁVY
A SAMOSPRÁVY V OBLASTI
INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE O
DUŠEVNĚ NEMOCNÉ**

Autor: MUDr. Jan Stuchlík

1 Výukový modul pro vzdělávání představitelů státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné

Jedním z hlavních cílů projektu bylo vzdělávat v problematice péče o duševně nemocné a procesu transformace systému služeb pro tuto cílovou skupinu představitele veřejné správy a odbornou veřejnost a umožnit jim lépe porozumět problematice péče o duševně nemocné, orientovat se v procesu změny péče a efektivněji se do této změny zapojit. Vzdělávání představitelů veřejné správy v průběhu projektu současně sloužilo jako zdroj informací, připomínek a námětů k problematice od této cílové skupiny.

V průběhu projektu byl vytvořen a průběžně aktualizován vzdělávací modul. Modul byl vytvořen ve variantách lišících se rozsahem:

- 1) Krátký informační seminář (2 - 4 hodiny) – stručná informace pro zastupitele, odbornou veřejnost a úředníky, pro něž je problematika péče o duševně nemocné okrajovým tématem
- 2) Základní seminář (8 –10 hodin) určený pro pracovníky sociálních a zdravotních odborů obecních úřadů a účastníky komunitního plánování
- 3) Podrobný vzdělávací program určený úředníkům, pro něž je problematika péče o duševně nemocné podstatnou částí pracovní náplně a koordinátorům komunitního plánování

Rozsahem odlišné varianty výukového modulu dodržují obdobné obsahové schéma

- 1) Teoretické informace o problematice
- 2) Vazby na vznikající model transformace
- 3) Zpětná vazba od účastníků
 - návrhy či požadavky na změnu plánu transformace
 - návrhy a požadavky na další vzdělávání

Krátká varianta vzdělávacího modulu byla v průběhu projektu ověřena (4 pilotní semináře, celkem 55 účastníků). Účastníky byli manažeři komunitního plánování, pracovníci sociálních a zdravotních odborů městských částí a Magistrátu hlavního města Prahy a členové zdravotního a sociálního výboru Zastupitelstva hlavního města Prahy.

Vzdělávací modul obsahující všechny použité zdrojové materiály byl zpracován formou interaktivního CD. Zkrácená tištěná verze následuje.

Výukový modul

Vzdělávání úředníků státní správy a veřejné samosprávy v problematice transformace péče o duševně nemocné

Výukový modul byl připraven v rámci projektu

**Vzdělávání odborníků, státní správy a veřejné samosprávy v oblasti transformace péče o duševně nemocné
CZ.04.3.07/2.1.01.02**

© CRPDZ, 2007

1.1 Principy

Participace

Cílem vzdělávacího modulu ve všech jeho variantách není pouze předat informace účastníkům přednášky, semináře či kursu, ale umožnit aktivní diskusi účastníků o problematice a průběžně zařazovat informace od účastníků do obsahu modulu. Vzdělávací modul má účastníky motivovat k zapojení do procesu změny systému péče o duševně nemocné v Praze.

Aktuálnost

Modul bude průběžně doplňován o výstupy pracovní skupiny, která zpracovává návrh transformace systému péče o duševně nemocné v Praze.

Odbornost

Modul by měl být, zejména ve své nejstručnější variantě, maximálně srozumitelný, aniž by zkresloval odbornou přesnost informací.

Praxe potvrzená důkazy

V návrzích systému péče o duševně nemocné v Praze modul vychází ze služeb, u nichž je dostatečně prokázána účinnost.

1.2 Budoucí úkoly účastníků kursu

Odborná veřejnost

Poskytovatelé zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro duševně nemocné v Praze se budou aktivně podílet na přípravě procesu transformace péče o duševně nemocné. Budou připraveni na změny rolí, které proces změny zahrnuje.

Úředníci státní správy a veřejné samosprávy

Budou si uvědomovat potřeby transformace péče o duševně nemocné, znát její principy. Vytvoří rámec pro její implementaci.

Účastníci procesu komunitního plánování

Zohlední získané informace o transformaci péče o duševně nemocné v komunitních plánech sociálních služeb.

1.3 Vzdělávací cíle

Okruh: Transformace péče o duševně nemocné z odborného hlediska

Znát obsah pojmů klasický a komunitní model péče o duševně nemocné

Seznámit se s procesem transformace péče o duševně nemocné a destigmatizace ve vyspělých zemích

Znát důvody transformace péče o duševně nemocné

Znát typy zdravotnických služeb a služeb psychosociální rehabilitace užívaných v péči o duševně nemocné

Okruh: **Ekonomika transformace péče o duševně nemocné**

Rozumět ekonomickým aspektům zdravotní péče a péče o duševní zdraví

Znát metody ekonomického hodnocení zdravotnických programů

Rozumět metodám plánování zdravotnických služeb

Okruh: **Model transformované péče o duševně nemocné v Praze**

Znát údaje o současném stavu péče o duševně nemocné v Praze

Znát aktuální výstupy projektu - mapování potřeb uživatelů péče, transformační scénáře pro Prahu, návrh systému péče o duševně nemocné v Praze

Mít možnost aktivně se zapojit do procesu tvorby modelu péče o duševně nemocné v Praze

1.4 Hodnocení

Zpětná vazba od účastníků seminářů a kursů

- Jednoduchý dotazník
- Záznam z diskuse

1.5 Vzdělávací metody

Použití vzdělávacího modulu je variabilní:

	Forma	Hodinová dotace	Cílová skupina
1	Informační seminář	2 - 4 výukové hodiny + samostudium	Vedoucí pracovníci sociálních a zdravotních odborů Magistrátu a městských částí
2	Základní seminář	8 - 10 výukových hodin	Účastníci procesu komunitního plánování v jednotlivých městských částech Pracovníci sociálních a zdravotních odborů Magistrátu a městských částí
3	Vzdělávací program	40 výukových hodin	Vybraní zájemci z pracovních skupin komunitního plánování

1.6 Vzdělávací okruhy

Okruh: Transformace péče o duševně nemocné z odborného hlediska

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
30 minut	5 minut	Obsah a cíle projektu	L	U se seznámí s obsahem, cíli a harmonogramem projektu	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	Kompletní text projektu
60 minut	15 minut	Základní pojmy komunitní péče o duševně nemocné	L	U znají základní pojmy - komunita, zdravotní a sociální služby, potřeby uživatelů služeb atd.	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	Kontext komunitní péče (výukový text "Komunitní psychiatrie v praxi")

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
60 minut		Principy komunitní péče o duševně nemocné	L,U	U pracují v menších skupinách, formou brainstormingu navrhnou principy optimálního systému péče o duševně nemocné. L následně shrne výsledky, případně doplní či upřesní navržené principy	Týmová práce - brainstorming, sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	Flipchart, fixy, PC, dataprojektor	Systémy komunitní péče (výukový text "Komunitní psychiatrie v praxi")
60 minut		Vývoj komunitní péče ve světě	L	U se seznámí s vývojem a hlavními fázemi komunitní péče	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
90 minut	20 minut	Příklady úspěšných systémů komunitní péče	L	U se seznámí s hlavními modely komunitní péče, typy služeb, způsoby koordinace služeb	Sdělení L, diskuse	Zpětná vazba od účastníků, záznam podnětů z diskuse	Flipchart, fixy, PC, dataprojektor	<p>Systemy komunitní péče (výukový text "Komunitní psychiatrie v praxi")</p> <p>J. Stuchlík: Asertivní komunitní léčba a case management</p>
90 minut	10 minut	Práva duševně nemocných	L,U	U se seznámí s obsahem hlavních mezinárodních dokumentů týkajících se práv duševně nemocných a výsledky šetření v českých lůžkových psychiatrických zařízeních	Sdělení L, diskuse	Zpětná vazba od účastníků, záznam podnětů z diskuse	Flipchart, fixy, PC, dataprojektor	Audit práv a etiky léčby v psychiatrických lůžkových zařízeních

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
90 minut	10 minut	Předpoklady rozvoje komunitní péče v ČR	L,U	U mají obecný přehled o již existujících komunitních službách v ČR a v Praze, seznámí se českým a evropským konceptním rámcem pro vytváření komunitní péče a současnou situací	Sdělení L, diskuse	Zpětná vazba od účastníků, záznam podnětů z diskuse	Flipchart, fixy, PC, dataprojektor	O. Pěč, Komunitní péče (návrh novelizované koncepce oboru psychiatrie) Koncepce rozvoje péče o duševně nemocné v Praze Zelená kniha Zdraví 21 Podkladový materiál k jednaní komise Ministerstva zdravotnictví pro reformu psychiatrie 1.9.2004

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
16 hodin	0	Krátkodobé stáže ve službách pro duševně nemocné	U	U navštíví zařízení lůžkové psychiatrické péče (PL Bohnice), denní stacionář (ESET, Ondřejov), rehabilitační služby (Fokus Praha, Bona, Greendoors apod.)	Stáž	Zpětná vazba od účastníků - jednoduchý dotazník		

Okruh: **Ekonomika transformace péče o duševně nemocné**

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
60 minut	40 minut	Zdraví a jeho ekonomické aspekty	L	U rozumějí ekonomickému pohledu na problematiku zdraví	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	Dlouhý M., Příručka ekonomiky duševního zdraví
45 minut		Ekonomické hodnocení zdravotnických programů	L	U znají typy ekonomických hodnocení, typy nákladů, způsoby měření přínosů	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	
45 minut		Plánování zdravotnických služeb	L	U znají etapy plánování, normativy, komplexní přístupy k plánování	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	
60 minut		Výdaje na duševní zdraví	L	U se seznámí s odhady výdajů na duševní zdraví v ČR a ve světě	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
60 minut		Financování péče o duševní zdraví	L	U znají hlavní mechanismy financování zdravotní a sociální složky péče o duševní zdraví	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	
60 minut	0	Shrnutí	L, U	L facilituje diskusi na téma ekonomické aspekty péče o duševně nemocné v Praze, důležité body zaznamenává na flipchart, z diskuse je pořízen audiozáznam (pokud s tím účastníci souhlasí)	Diskuse	Zpětná vazba od účastníků, obsahová analýza audiozáznamu	Flipchart, fixy, diktafon, fotoaparát	

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
60 minut	20 minut	Ekonomika zdravotnických zařízení - příklad PL BOHNICE	L	U se seznámí s typy péče, kapacitami a náklady PL Bohnice	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	Dlouhý M., Příručka ekonomiky duševního zdraví
90 minut	0	Péče o duševně nemocné v Praze očima účastníků	L, U	L moderuje SWOT analýzu, výsledky jsou použity v dalším výukovém bloku	SWOT analýza	Záznam výsledků SWOT analýzy	Flipchart, fixy, barevné nálepky, fotoaparát	SWOT Analysis Factsheet

Okruh: **Model transformované péče o duševně nemocné v Praze**

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
120 minut	15 minut	Transformace péče o duševně nemocné ve světě a v ČR - shrnutí	L	U znají hlavní údaje o procesu transformace (deinstitucionalizace) ve světě, základní fakta o koncepci oboru psychiatrie v ČR	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	Situační analýza Koncepce oboru psychiatrie Komunitní péče - novelizovaná část koncepce
60 minut		Situace v Praze	L	U znají základní fakta o systému služeb v Praze, koncepci rozvoje služeb pro Prahu	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	Koncepční

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
90 minut	0	Srovnání SWOT analýzy účastníků se situační analýzou	L,U	L prezentuje výstup ze SWOT analýzy zpracované účastníky v předchozím bloku a sumarizaci výsledků situační analýzy pracovní skupiny projektu L moderuje diskusi o shodě a odlišnostech obou analýz, z diskuse je pořizován audiozáznam (pokud účastníci souhlasí)	Sdělení L, diskuse	Zpětná vazba od účastníků, obsahová analýza audiozáznamu, grafický přehled srovnání analýz	Flipchart, fixy, PC, dataprojektor, diktafon zpracované výsledky SWOT analýzy z předchozího bloku semináře	východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze
30 minut	5 minut	Principy péče	L	U se seznámí s navrženými principy péče, mají možnost se k nim vyjádřit, doplnit je	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	
60 minut	20 minut	Optimální síť služeb pro jednotlivé cílové skupiny	L	U se seznámí s návrhem sítě služeb vzešlým z ohniskových skupin pro jednotlivé skupiny uživatelů služeb	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	Výstupy z focus groups

ČAS		ÚKOL/TÉMA	KDO (L-lektor, U- účastníci)	CÍLE VÝUKY	METODY VÝUKY	METODY VYHODNOCENÍ	POMŮCKY	ZDROJE
Maximální varianta	Minimální varianta							
30 minut		Transformační scénáře	L	U se seznámí s transformačními scénáři obecně a v konkrétním modelu péče o duševně nemocné v Praze	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	Situační analýza
60 minut		Další výstupy projektu	L	U se seznámí s aktuálními výstupy z pracovních skupin projektu	Sdělení L	Zpětná vazba od účastníků	PC, dataprojektor	
30 minut	20 minut	Závěrečná diskuse	L,U	L moderuje závěrečnou diskusi, zdůrazňuje téma další participace účastníků v projektu a procesu transformace, z diskuse je (se souhlasem účastníků) pořízen audiozáznam	Diskuse	Zpětná vazba od účastníků, obsahová analýza audiozáznamu	Flipchart, fixy, diktafon	

Zdroje obsažené na výukovém CD

Název souboru	Obsah
001.pdf	Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné , kompletní text žádosti projektu
002.pdf	M. Dlouhý, Příručka ekonomiky duševního zdraví
003.pdf	SWOT Analysis - popis metody
004.pdf	Situační analýza
005.pdf	Koncepce oboru psychiatrie (verze 2002)
006.pdf	O. Pěč: Komunitní péče o duševně nemocné , návrh novelizace textu Koncepce oboru psychiatrie
007.pdf	Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze
008.pdf	Kontext komunitní péče - výukový text z projektu MATRA III "Komunitní psychiatrie v praxi"
009.pdf	Systémy komunitní péče - výukový text z projektu MATRA III "Komunitní psychiatrie v praxi"
010.pdf	J. Stuchlík: Asertivní komunitní léčba a case management
011.pdf	Závěrečná zpráva projektu APEL (Audit práv a etiky léčby v psychiatrických léčebnách)
012.pdf	ZELENÁ KNIHA - Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva
013.pdf	Program ZDRAVÍ 21
014.pdf	Podkladový materiál CRPDZ k jednání komise Ministerstva zdravotnictví pro reformu psychiatrie 1.9.2004

Výukové materiály

Název souboru	Obsah
015.pdf	Přehled výukového modulu - verze k tisku
016.ppt	Úvodní prezentace ve formátu Powerpoint MS

SHRNUTÍ

Autor: Mgr. Barbora Wenigová

Shrnutí

ÚVOD

- Projekt realizovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které od roku 1995 pomáhá mnoha svými projekty rozvoji péče o osoby s duševním onemocněním, aby byla srovnatelná s vyspělými členskými státy Evropské unie.
- **Cíle projektu byly:**
 - 1) vytvoření modelu psychiatrické péče na území hlavního města Prahy na základě zmapování názorů a potřeb odborníků i pacientů, včetně návrhu realizačních opatření a ekonomického zajištění.
 - 2) informovat o problematice péče o duševní zdraví v regionu hlavního města odborníky, příslušné zástupce veřejné správy, zapojit všechny relevantní skupiny do diskuse o potřebné transformaci péče a zjišťovat jejich názory na připravený model.
 - 3) vést informační kampaň a tím odstraňovat stigmatizující postoje veřejnosti prostřednictvím práce s médii.
- Vypracování nového modelu péče o duševně nemocné a vzdělávání cílových skupin bylo až druhou etapou projektu. První etapa byla věnovaná situační analýze této péče. Výsledky analýzy ukázaly, jaká je výchozí situace projektu. Tu určují jak mezinárodní, tak i národní a regionální aspekty.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Situace v zahraničí

- V Evropě odhadem 27 % lidí dospělého věku trpí v rozmezí jednoho roku některou z duševních poruch. **Duševní choroby představují v rozvinutých státech největší společensko-ekonomickou zátěž.**
- Ministři zdravotnictví členských států EU se v Deklaraci duševního zdraví pro Evropu (2005) zavázali k realizaci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu (2005), kde jsou **prioritami prevence, snížení stigmatizace a diskriminace, zavedení integrovaných systémů péče, kvalifikace pracovních sil a zapojení uživatelů a opatrovníků do plánování a rozvoje služeb v oblasti péče od duševně nemocné.**
- Podle hodnocení regionální kanceláře Světové zdravotnické organizace není, i přes výše uvedená a na ministerské úrovni odsouhlasená (v roce 2005) mezinárodní doporučení, **akceptace širěji pojatého přístupu péče o duševní zdraví v České republice uplatňována.**
- **V západních zemích se integrovaný komunitní systém péče vyvíjí spolu s redukcí péče ve velkých psychiatrických léčebnách.** Proces deinstitucionalizace byl dlouhodobě sledován a z jeho vyhodnocení vyplývají některá, pro Českou republiku vhodná doporučení pro proces změny. Doporučení zní: mít dostatečné rezervy lůžek na akutních odděleních, vytvářet mediální tlak, počítat s mírným nárůstem forezních lůžek a nedobrovolných přijetí atd.

Situace v České republice

- Vývoj systému péče o duševně nemocné (není řeč o diagnostice a farmakologické léčbě) v posledních letech stagnoval. **Většina psychiatrických lůžek (přibližně 90 %) je v psychiatrických léčebnách a také většina finančních zdrojů plyne právě do**

lůžkového fondu. Přesun akutní péče z léčeben na psychiatrická oddělení se takřka neděje.

- Oblast péče a ochrany osob s duševním onemocněním je velmi složitá a je zakotvena v mnoha právních normách a dokumentech.
- Údaje o výdajích na duševní zdraví a jejich struktuře nejsou v České republice rutinně přístupné. **Odhadované výdaje na duševní zdraví (5,6 mld. Kč v roce 2001) představují 3,54 % celkových výdajů na zdravotnictví.**
- **Současná pravidla financování zřejmě konzervují současný stav a brání tak reformám, které vyžadují změny v alokaci finančních prostředků.**
- Koncepce oboru psychiatrie (Psychiatrická společnost ČLS JEP), která byla schválena Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví České republiky (2002) poukazuje na vývojové trendy oboru: zmenšování stigmatu duševní nemoci, snižování lůžek v psychiatrických léčebnách, zvýšení kapacity psychiatrických oddělení nemocnic, ambulancí, denních stacionářů, krizových služeb a rehabilitačních služeb, posílení role pacientů a opatrovníků, zabezpečení kontinuity péče, posílení legislativy v oblasti práv pacientů, vytvoření standardů péče, hodnocení její kvality, opatření v oblasti detence a ochranné léčby.
- **Implementace Koncepce oboru psychiatrie do současné doby neprobíhá.**

Situace v Praze

- V hlavním městě Praha žije přibližně 11 % obyvatel z celé České republiky. **Podle novějších epidemiologických studií 13,9 % velkoměstského obyvatelstva ČR trpí některou s duševních poruch** a téměř polovina obyvatel z tohoto počtu představuje tzv. nerozpoznanou nemocnost a nebyla nikdy léčena.
- Z hlediska nabídky služeb je tento region ve výhodě oproti ostatním zejména díky **širokému spektru služeb, husté síti psychiatrických ambulancí a silnému neziskovému sektoru.**
- Největší problém ve financování péče o duševně nemocné v Praze jsou (stejně jako v celé České republice) **celkově podfinancované zdroje na služby (3,6 % z celkových státních výdajů na zdravotnictví).**
- Nekompletní údaje a záznamy o efektivitě použitých financí jsou dalším velkým problémem.

MODEL PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V PRAZE

Šetření kvalitativní a kvantitativní potřeby služeb pro duševně nemocné v Praze

- Na základě zpracování situační analýzy dospěl řešitelský tým k následujícím **principům: respektování práv a důstojnosti psychiatrických pacientů, jejich maximální začlenění do společnosti a zplnomocňování, zapojování rodin pacientů, destigmatizace** a další. Tyto priority byly uplatněny při tvorbě modelu transformace psychiatrické péče v Praze.
- **Cílovou klientelou,** kterou si projektový tým zvolil pro modelaci služeb pro duševně nemocné v Praze, **byly osoby s duševními poruchami, které byly v roce 2005 v péči psychiatrické ambulantní péče v Praze a které byly hospitalizovány déle než jeden rok v Psychiatrické léčebně v Bohnicích.**
- Přiřazení variant optimální péče (na základě principů daných v situační analýze) pro každou diagnostickou skupinu se provádělo metodou tzv. focus group - forma kvalitativního výzkumu. **Focus groups se účastnilo 109 odborníků a uživatelů.**

- Kvantitativní návrhy z focus groups (vyjádřeno počtem pacientů potřebujících určitou službu) se porovnávali s co možná nejaktuálnějšími počty pacientů využívajícími jednotlivé typy služeb.
- Pro ověření výstupů z focus groups byl sestaven dotazník s 26 otázkami orientovanými na odhad potřebného počtu pacientů a jejich diagnostické struktury, kteří by měli být optimálně ošetřováni v jednotlivých typech služeb. **Na dotazník odpovědělo dalších 102 odborných pracovníků činných v psychiatrické péči na území hlavního města Prahy.**
- **Kvantitativní výsledky ukazují na potřebu:**
 - navýšení kapacity ambulantní psychiatrické péče
 - zavedení služeb případového vedení pro velkou část pacientů
 - restrukturalizace a přesun kapacit v rámci lůžkového fondu
 - rozšíření komunitní rezidenční péče
 - rozšíření krizových služeb a psychoterapeutických programů denních stacionářů
 - zásadní navýšení kapacit rehabilitačních služeb a poradenství
- **Kvalitativní analýza ukazuje na potřebu:**
 - propojení všech segmentů péče
 - orientování služeb co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů
 - zdůraznění ambulantní psychiatrické péče a systematické akcentování významu terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem
 - akceptování, že v případě nutnosti akutní lůžkové péče je potřeba hospitalizovat spíše kratší dobu, avšak optimálně vzhledem ke stavu pacienta (s důrazem na to, aby hospitalizační péče odpovídala potřebám pacienta).

Model péče o duševně nemocné v Praze

- **Kvalitativní změny v současných službách je nutno realizovat doplněním služeb směřujícími léčbu pacientů do jejich přirozeného prostředí. Dále je potřeba restrukturalizovat lůžkovou, zejména dlouhodobou péči, a zkvalitnit ambulantní psychiatrickou péči s nynější malou časovou kapacitou, a to zejména vytvořením dostatečného terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem.**
- **Kvantitativní změny v kapacitách služeb (navyšování akutní, ambulantní a rezidenční péče a snižování následné lůžkové péče) jsou navrženy autory ve třech fázích (3-5 let, 6-10 let, 11 a více let) proto, aby navýšení finančních zdrojů bylo realističtější, ale i z důvodu potřeby postupného vývoje změn.**
- Při průběžném hodnocení výsledků ekonomické analýzy, která odhadovala množství provozních finančních zdrojů potřebných k dosažení kvantitativních změn, byla shledána **potřeba více než dvojnásobného navýšení finančních zdrojů oproti současnému stavu**, a to jak na straně systému zdravotního pojištění, tak zejména v oblasti finančních zdrojů pro sociální služby.

Ekonomické dopady transformace péče o duševní zdraví v Praze

- O financování péče o duševní zdraví existují jen dílčí údaje. Zatímco ve zdravotnictví určité údaje jsou k dispozici, v sektoru sociálních služeb je situace mnohem horší díky fragmentaci služeb a zdrojů jejich financování.
- **Na základě mezinárodního srovnání je zřejmé, že péče o duševní zdraví je v České republice (i v hlavním městě Praha) velmi nedostatečně financována.**
- Výdaje na péči o duševní zdraví v budoucnosti porostou zřejmě i bez transformace péče o duševní zdraví. **Realizace 1. fáze navržené transformace znamená zvýšení výdajů o 1 mld. Kč, realizace celé transformace znamená zvýšení o 2,83 mld. Kč.**
- Hlavní výdajové položky jsou v současnosti: ambulantní psychiatrická péče, léky na předpis, akutní a následná lůžková péče, které činí více jako 80 % výdajů. **V budoucnosti bude spektrum služeb pestřejší, což se odrazí i ve struktuře výdajů na tyto služby.**

VÝUKOVÝ MODUL PRO VZDĚLÁVÁNÍ PŘEDSTAVITELŮ STÁTNÍ SPRÁVY A SAMOSPRÁVY

- V průběhu projektu byl vytvořen a průběžně aktualizován vzdělávací modul. **Modul byl vytvořen ve variantách lišících se rozsahem:**
 - 1) **Krátký informační seminář** (2-4 hodiny) - stručná informace pro zastupitele, odbornou veřejnost a úředníky, pro něž je problematika péče o duševně nemocné okrajovým tématem
 - 2) **Základní seminář** (8-10 hodin) určený pro pracovníky sociálních a zdravotních odborů obecních úřadů a účastníky komunitního plánování
 - 3) **Podrobný vzdělávací program** určený úředníkům, pro něž je problematika péče o duševně nemocné podstatnou částí pracovní náplně, a koordinátorům komunitního plánování
- Rozsahem odlišné varianty výukového modulu dodržují obdobné obsahové schéma
 - 1) Teoretické informace o problematice
 - 2) Vazby na vznikající model transformace
 - 3) Zpětná vazba od účastníků
 - návrhy či požadavky na změnu plánu transformace
 - návrhy a požadavky na další vzdělávání
- **V projektu bylo vzděláno formou krátkého informačního semináře (2-4 hodiny) celkem 134 osob.** Účastníky byli manažeři komunitního plánování, pracovníci sociálních a zdravotních odborů městských částí a Magistrátu hlavního města Prahy, členové zdravotního a sociálního výboru Zastupitelstva hlavního města Prahy a zástupci odborné veřejnosti (poskytovatelé psychiatrických služeb).

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník pro vedení diskusních skupin

Transformace psychiatrické péče v Praze
– optimální péče pro klientelu schizofrenního onemocnění

Principy vzešlé ze Situační analýzy, které mají vzniklé služby respektovat:

- Péče plně respektuje práva a důstojnost psychiatrických pacientů, ale současně i chrání před některými důsledky chování lidí s duševní poruchou ve společnosti.
- Služby jsou uspořádány tak, aby umožňovaly pacientům život v co nepřírozanějších podmínkách, maximální začlenění pacientů do společnosti, včetně umožnění vykonávat zaměstnání.
- Uživatelé služeb jsou zapojeni do rozhodovacích procesů při plánování a řízení služeb, jsou aktivně zapojováni do péče a zplnomocňováni při prosazování svých zájmů a v přijetí odpovědnosti za svoje zdraví a svůj život.
- Péče je poskytována spíše v rámci širokého spektra mimonemocničních léčebných, rehabilitačních zařízení či služeb nežli v léčebných institucích. V péči o akutní pacienty jsou preferována psychiatrická lůžková oddělení nemocnic, popřípadě krizové služby.
- Je kladen důraz na kontinuální vzdělávání pracovníků v oblasti péče o duševně nemocné s cílem zvyšovat jejich kompetenci.
- Do péče jsou zapojovány rodiny pacientů, jejich blízcí, přátelé a obecně celá občanská společnost.
- Služby jsou zaměřeny rovněž na odstraňování stigmatu, diskriminace a marginalizace duševně nemocných ve společnosti.
- Péče je v co největší míře dostupná časově, místně, popř. ekonomicky
- Je zdůrazňován, v rámci prevence negativních jevů (sebevražednost, závislosti, bezdomovectví, invalidita atd.) včasný záchyt duševních onemocnění se zapojením lékařů první linie (praktických a dětských lékařů)
- Prosazuje se větší zaangažování lékařů první linie do péče o dlouhodobě duševně nemocné
- Je kladen důraz na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí.
- Je zajištěna informovanost o typech a organizaci služeb duševního zdraví
- Systém péče je vyhodnocován po stránce kvality, je transparentní a přístupný veřejné kontrole.
- Systém péče je koordinovaný, existuje návaznost a spolupráce mezi jeho jednotlivými složkami, je zajištěna zdravotně – sociální kontinuita péče.
- Služby jsou dostatečně rozvinuty pro všechny typy klientely.
- Pro péči jsou zajištěny odpovídající finanční zdroje a legislativní rámce

1) Co pokládáte za nezbytné v péči o pacienty se schizofrenním onemocněním ?

2) Jaké služby nejspíše potřebují pacienti se schizofrenním onemocněním, kteří jsou uspokojivě sociálně zapojeni nebo se projevují jen mírnou sociální nezpůsobilostí? Jaká část těchto pacientů pravděpodobně Vámi navržené služby využije?

Přehodnocení seznamu po diskuzi – ještě Vás napadá něco dalšího?

Prosím, uveďte pět služeb (a seřadte je), o kterých si myslíte, že jsou nejdůležitější nebo že nejvíce přispívají v péči o tuto skupinu pacientů (1= nejdůležitější atd.)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

3) Jaké služby považujete za podstatné u pacientů se schizofrenním onemocněním, kteří mají potíže v oblasti sociálních funkcí, v zaměstnání, ve škole, ve vztazích (málo či žádní přátelé, konflikty se spolupracovníky až neschopnost udržet se v práci či vůbec pracovat, zanedbávání rodiny)? Jaká část těchto pacientů pravděpodobně Vámi navržené služby využije?

Přehodnocení seznamu po diskuzi – ještě Vás napadá něco dalšího?

Prosím, uveďte pět služeb (a seřadte je), o kterých si myslíte, že jsou nejdůležitější nebo že nejvíce přispívají v péči o tuto skupinu pacientů (1= nejdůležitější atd.)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

4) Jaké zabezpečení službami pokládáte za nezbytné u pacientů se schizofrenním onemocněním, kteří téměř či zcela selhávají ve svých každodenních funkcích (celý den zůstávají na lůžku, nemají žádnou práci, přátele) či nejsou schopni udržet osobní hygienu? Jaká část těchto pacientů pravděpodobně Vámi navržené služby využije?

Přehodnocení seznamu po diskuzi – ještě Vás napadá něco dalšího?

Prosím, uveďte pět služeb (a seřadte je), o kterých si myslíte, že jsou nejdůležitější nebo že nejvíce přispívají v péči o tuto skupinu pacientů (1= nejdůležitější atd.)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Příloha č. 2 Definice jednotlivých typů služeb

Ambulantní péče zahrnuje ambulantní specializovanou péči psychiatra, dětského psychiatra a klinického psychologa. Zvláště je pojednáváno zapojení praktických lékařů do péče o psychiatrické pacienty.

Případové vedení

Případový vedoucí jednak koordinuje péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle jeho individuálních potřeb, jednak poskytuje i přímou podporu pacientovi, zejména v jeho vlastním prostředí. Zásadní spolupráce se rozvíjí mezi případovým vedoucím a ambulantním psychiatrem. Do služeb případového vedení jsou zapojeni zejména sociální pracovníci a psychiatrické sestry. Do této kategorie zahrnujeme i další formy individuální asistence a asertivní komunitní léčbu. Asertivní komunitní léčbu (assertive community treatment - ACT) charakterizují tyto prvky: multiprofesní tým včetně psychiatra, péče o pacienta je sdílena celým týmem, přímé poskytování služeb členy týmu, vysoká četnost kontaktů s pacientem, méně pacientů na jeden tým, asertivní „vyhledávání“ pacienta v jeho prostředí a nepřetržitá služba.

Akutní lůžková péče na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic je určena k léčbě akutních psychických stavů, které nelze zvládnout v ambulantních podmínkách. Doba pobytu je obvykle několik týdnů.

Následná lůžková péče je určena pro pacienty, jimž zdravotní stav i po vyčerpání všech možností komunitní ambulantní, rehabilitační či komunitně rezidenční péče a podpory neumožňuje existenci v běžných životních podmínkách. Době setrvání jsou měsíce až roky. Vedle toho existují diferencovaná nebo specializovaná oddělení lůžkové péče: oddělení pro léčbu závislosti, oddělení pro léčbu psychických poruch u dětí a dorostu, oddělení sexuologická, gerontopsychiatrická a další.

Ústavní rezidenční služby je určena pro pacienty, jimž stupeň jejich postižení i po vyčerpání všech možností komunitní ambulantní, rehabilitační či komunitně rezidenční péče a podpory neumožňuje existenci v běžných životních podmínkách. Době setrvání jsou roky. Zahrnuje domovy a penzionské služby s pečovatelskou a ošetrovatelskou službou.

Rezidenční komunitní služby poskytují pacientům domov, který se v závislosti na závažnosti psychické poruchy co nejvíce přibližuje běžným podmínkám bydlení v komunitě. Rehabilitační programy se zaměřují jak na posílení a trénink dovedností, samostatnosti a schopnosti zvládat zátěžové situace, tak na práci s okolní komunitou a prostředím, kde hledají potřebné zdroje a podporu. Míra podpory a doba setrvání je individuální.

Denní stacionář slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů. Funkcí denních stacionářů je buď alternativa či pokračování hospitalizace, nebo alternativa či rozšíření ambulantní léčby (v indikovaných případech, kdy nepostačuje ambulantní léčba), či dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné. Programy denního stacionáře se využívají i jako příprava na zařazení do programů psychiatrické rehabilitace.

Základním prvkem péče v denních stacionářích je psychoterapeutický program, který je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací dle povahy onemocnění. Program realizuje tým, který je sestaven z lékařů nebo klinických psychologů a zdravotních sester. Psychoterapeutický program může mít buď formu denní (trvá alespoň 6 hodin v jednom dni a je určen pro pacienty, kteří docházejí do denního stacionáře každý všední den) nebo frakcionovanou (jednou či vícekrát týdně a trvá alespoň 3 hodiny v jednom dni nebo 4 hodiny v jednom týdnu).

Krizové služby

Jako krizové služby jsou zde označovány buď krizová centra nebo mobilní krizové týmy. Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči. Péči poskytují formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie a též krátkodobého pobytu na lůžku. Jednotlivé činnosti jsou v závislosti na povaze krizové situace a zdravotního stavu pacienta kombinovány v komplexní léčebný program, který je realizován týmem krizového centra (psychiatr, psycholog, zdravotní sestra).

Krizové centrum pracuje nepřetržitě, 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Potřebná je nepřetržitá dostupnost psychiatra. Služby krizového centra zahrnují trvalou možnost telefonického kontaktu a možnost osobního kontaktu. Jeho součástí může být malý počet lůžek, která slouží k několikadennímu pobytu. Nejde formálně o lůžka nemocniční. Krizové centrum může být specializováno na děti a dorost.

Mobilní krizový tým může být kombinován s činnostmi krizového centra nebo může být zřízen jako samostatná služba. Odborný tým (psychiatr, klinický psycholog, psychiatrická sestra) poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace.

Psychoterapeutické programy zde zahrnují širokou škálu psychoterapeutických forem a postupů (od individuálních forem až po psychoterapii rodinnou a skupinovou) s využitím přístupů psychodynamických, kognitivně behaviorálních a dalších. Psychoterapeutické programy v tomto šetření nepředstavují žádný samostatný typ zařízení. Jde spíše o převažující odborné zaměření určitého pracoviště. Nejvíce psychoterapeutické péče se odehrává v denních stacionářích s psychoterapeutickou péčí, dále pak v ambulancích psychiatrů nebo klinických psychologů, které jsou tímto způsobem orientovány. Zvláště ještě uvádíme rodinné intervence a psychoedukace jako formy psychoterapeutické péče, která byla ohniskovými skupinami často zmiňovány.

Pracovní rehabilitace zahrnuje podporované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání, chráněné dílny, sociální firmy a družstva.

Podporované zaměstnávání nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Spočívá v placené práci v integrovaném prostředí se zajištěním dlouhodobé podpory pro člověka s postižením na otevřeném trhu práce. Pod pojmem placená práce se rozumí, že člověk dostává za stejnou práci stejnou mzdu jako zaměstnanec bez postižení.

Přechodné zaměstnávání je časově limitovaný pracovní-rehabilitační pokus umožňující lidem, kteří pro svůj handicap nejsou dočasně schopni obstát v běžném zaměstnání bez cizí pomoci, nácvik sociálních dovedností potřebných k získání zaměstnání a udržení se v něm, a to v prostředí primárního trhu práce a za pomoci socioterapeuta. Rehabilitované osoby jsou zařazovány na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách mimo vlastní organizaci na časově omezenou dobu (obvykle šesti měsíců) na zkrácený úvazek. Rehabilitace probíhá za individuální podpory sociálních pracovníků či sociálních terapeutů. Jedinec je za práci finančně odměňován (obvykle podle počtu odpracovaných hodin). Může absolvovat následně i více přechodných pracovních míst. Při výpadku či selhávání pacienta je nahrazen jiným nemocným nebo dočasně i pracovním terapeutem nebo sociálním pracovníkem.

Chráněná dílna (CHD) představuje specifické pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost - případně vůbec nemohou - uplatnit se na trhu práce, CHD může poskytovat přípravu na pracovní uplatnění, adaptaci před nástupem do zaměstnání po hospitalizaci, diagnostiku pracovních (a sociálních) dovedností, bazální pracovní a společenské uplatnění (dlouhodobé a i s výdělkem) či dlouhodobé rehabilitační aktivity stabilizující zdravotní a

sociální stav. Klienti mohou být placeni mzdou (pak je to většinou CHD dle §76 Zákona o zaměstnanosti), jinými způsoby odměňování nebo zde může probíhat pouze neplacená pracovní rehabilitace (dle §75 Zákona o zaměstnanosti nebo sociálně terapeutická dílna dle Zákona o sociálních službách).

Sociální firmy jsou místa zaměstnávání lidí znevýhodněných na trhu práce, působí v běžném konkurenčním prostředí (podnikají), poskytují svým zaměstnancům podporu pro adaptaci, zaučení i pro to, aby zvládli své pracovní povinnosti. Sociální firmy samy neposkytují svým zaměstnancům psychosociální podporu, tu zprostředkovávají od sociálních a zdravotních služeb. Zaměstnanci se znevýhodněním mají mzdu odpovídající dané profesi a regionu. Sociální firmy mají 50 % nákladů hrazenou výnosy / příjmy ze svého podnikání.

Podporované bydlení je služba zaměřená na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení, poskytovaná u klienta doma (může se jednat i o prostředí ubytovny apod.). Tréninkové bydlení (domy nebo byty na půl cesty) je časově omezená služba klientům, kteří se ocitli v obtížných živ. situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálního tréninku, zaměřeného na rozvoj psychosociálních dovedností a dalších schopností klienta. Cílem je naučit se zvládat činnosti týkající se samostatného bydlení a postupně se zapojit do samostatného běžného života.

Svépomocné a aktivizační programy

Pod pojem svépomocné a aktivizační programy jsou za vzaty kluby organizované samotnými uživateli, dále informační centra uživatelů a centra denních aktivit. Informační centra slouží k poskytování informací uživateli psychiatrických služeb o službách pro duševně nemocné a lidi v kontaktu s duševní nemocí, svépomocných aktivitách, volnočasových aktivitách, pracovních příležitostech atd. Centra denních aktivit poskytují klientům příležitost pro setkávání a vytváření sociálních kontaktů, emoční podporu, pomoc s řešením problémů a aktivizační a tréninkové programy.

Rekreační pobyty jsou vícedenní výjezdové akce klientů s terapeutem. Existují pobyty s volně rekreační náplní až po pobyty s více strukturovaným programem.

Poradenství je služba, která poskytuje klientům informace o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech. Nabízí různé možnosti řešení jejich problému nebo životní situace a napomáhá tyto možnosti realizovat. Poradenské služby jsou rovněž zřizovány za účelem poskytování informací o službách, léčebných a rehabilitačních programech, dále informací týkající se sociální problematiky a sociálního zabezpečení. Dle převažujícího zaměření dále ještě existuje poradenství právní, pracovní nebo studijní.

Příloha č. 3 – Dotazník pro ověření výstupů z focus groups



Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví / Centre for Mental Health Care Development

Projekt je financován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy. Realizátorem projektu je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Dotazník projektu „Vzdělávání úředníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné“ (říjen – listopad 2007) MODEL TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE V PRAZE

Vážená kolegyně, vážený kolego,

obracíme se na Vás s krátkým dotazníkem, jehož cílem je kvantifikovat některá zjištění získaná při realizaci projektu „Vzdělávání úředníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné“. Tento projekt se zaměřuje na vytvoření modelu transformace psychiatrické péče v Praze a bezprostředním spádovém okolí Prahy. Rádi bychom, aby se konečné výsledky projektu opíraly o zkušenosti a názory co největšího počtu odborníků působících v této oblasti. Obracíme se proto také na Vás, jako na člověka, který působí ve sféře psychiatrické péče v Praze a má svůj názor na změny, které by byly ve prospěch psychiatrických pacientů a celého oboru.

Dotazník je zcela anonymní a Vaše odpovědi budou sloužit pouze ke statistickému zpracování. Jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 20 minut. Na stejný dotazník v této době odpovídají stovky psychiatrických pracovníků působících v Praze.

Budeme Vám vděční za čas, který věnujete tomuto dotazníku a věříme, že se Vám tato spolupráce vrátí ve zlepšeních, kterým chce projekt napomoci.

Vyplněné dotazníky nám prosím pošlete **elektronicky** na adresu sistkova@cmhcd.cz nebo **poštou** na adresu **Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Řehořova 10, 130 00 Praha 3 nejpozději do 10. listopadu 2007.**
Děkujeme!

Za tým projektu

MUDr. Ondřej Pěč (odborný garant projektu)

Věra Šítková (manažerka projektu)

Mobil: +420 774 410 088

E-mail: sistkova@cmhcd.cz

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Na všechny následující otázky se prosím pokuste odpovědět na základě Vašich osobních zkušeností a se zřetelem na to, že se otázky týkají pouze lokality Praha a bezprostředního spádového okolí. Neprojektujte prosím do odpovědí situaci v celé republice, která se přece jen od situace v Praze trochu liší. Při odpovědích berte prosím jako rozhodující kritérium kvalitu péče pacientů a jejich potřeby. Ekonomické aspekty péče budou vyhodnoceny teprve následně. Při posuzování odpovědí vycházejte ze svých zkušeností za posledních 12 měsíců Vaší praxe.

Nejčastěji se opakují otázky zaměřené na to, zda potřeba a struktura určitých psychiatrických služeb odpovídá jejich současné nabídce, a pokud ne, jak by se měla tato nabídka změnit. Pokud by se podle Vás měla změnit, doplňte o kolik procent by se měl zvýšit nebo snížit počet pacientů, kteří by službu měli využívat, ve srovnání se současným stavem. Všechny údaje se vztahují k využití služeb v průběhu jednoho roku.

V tabulkách pro jednotlivé diagnózy, prosím, doplňte jaká část pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru měla (potřebovala) využívat psychiatrickou službu, na kterou se ptáme. (100% tvoří pacienti s danou diagnózou, podíl tvoří část těchto pacientů, kteří potřebují užívat danou službu, na kterou se ptáme.) U některých diagnóz uvádíme podíl pacientů, na kterém se shodli vybraní odborníci v kvalitativní části projektu. Můžete s navrženým údajem souhlasit nebo můžete uvést údaj vycházející z Vaší zkušenosti, pokud se liší. U diagnóz, s nimiž nemáte zkušenost, vyberte odpověď „nevím“.

AMBULANTNÍ PÉČE A PŘÍPADOVÉ VEDENÍ (CASE MANAGEMENT)

Definice pojmů:

Psychiatrická ambulantní péče zahrnuje ambulantní specializovanou péči psychiatra, dětského psychiatra a klinického psychologa.

Případové vedení: Případový vedoucí koordinuje péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle jeho individuálních potřeb a poskytuje přímou podporu pacientovi, zejména v jeho vlastním prostředí. Těsná spolupráce se rozvíjí mezi případovým vedoucím a ambulantním psychiatrem. Do služeb případového vedení zde zahrnujeme případové vedení prováděné sociálními pracovníky, terénní psychiatrické sestry, komunitní geriatrické sestry, asertivní komunitní léčbu (ACT) a další formy individuální asistence.

1) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří využívají psychiatrickou ambulantní péči v Praze. Je podle vašeho názoru a zkušeností počet pacientů, kteří by potřebovali využít tuto psychiatrickou ambulantní péči v Praze

- nižší o % (*doplňte číslo*) než umožňuje současný stav.
- vyšší o % (*doplňte číslo*) než umožňuje současný stav.
- shodný s tím, co umožňuje současným stavem.

2) Souhlasíte s tím, že by asi třetina pacientů v ambulantní psychiatrické péči měla využívat případového vedení (tzv. case management)?

- Ano
- Ne, soudím, že by případového vedení mělo využívat % (*doplňte číslo*) pacientů v ambulantní psychiatrické péči.

3) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat případového vedení v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: <i>doplňte</i>	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	90 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	54 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	54 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	52 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	14 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	18 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	57 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	20 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

NÁSLEDNÁ LŮŽKOVÁ PÉČE (V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ)

Definice pojmů:

Následná lůžková péče je určena pro pacienty, jimž zdravotní stav i po vyčerpání všech možností ambulantní, akutní lůžkové, krizové, rehabilitační, služeb případového vedení či komunitní rezidenční péče a podpory neumožňuje existenci v běžných životních podmínkách. Jedná se o zdravotní péči, nesmí suplovat sociální péči.

4) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří využívají následnou lůžkovou péči v psychiatrické léčebně (včetně specializovaných oddělení pro léčbu závislostí) v Praze. Je podle vašeho názoru a zkušeností počet pacientů, kteří by potřebovali využít následnou lůžkovou péči v psychiatrické léčebně (včetně specializovaných oddělení pro léčbu závislostí) v Praze

- nižší o % (doplňte číslo) než umožňuje současný stav.
- vyšší o % (doplňte číslo) než umožňuje současný stav.
- shodný s tím, co umožňuje současným stavem.

5) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat hospitalizaci v psychiatrické léčebně (včetně specializovaných oddělení pro léčbu závislostí) v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	36 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	36 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	1 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE (NA PSYCHIATRICKÝCH ODD. VŠEOBECNÝCH NEMOCNIC)

Definice pojmů:

Akutní lůžková péče na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic je určena k léčbě akutních psychických stavů, které nelze zvládnout v ambulantních podmínkách. Doba pobytu je obvykle několik týdnů.

6) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří využívají akutní lůžkovou péči na psychiatrických odděleních nemocnic v Praze. Je podle vašeho názoru a zkušeností počet pacientů, kteří by potřebovali využívat akutní lůžkovou péči na psychiatrických odděleních nemocnic (včetně detoxifikačních oddělení) v Praze

- a. nižší o % (doplňte číslo) než umožňuje současný stav.
- b. vyšší o % (doplňte číslo) než umožňuje současný stav.
- c. shodný se současným stavem.

7) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat akutní lůžkovou péči na psychiatrických odděleních nemocnic (včetně detoxifikačních oddělení) v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	44 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	19 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	5 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	3 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	< 1 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	10 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

8) Pacienta s potřebou akutní psychiatrické péče byste nejdříve umístili...

- a) do psychiatrické léčebny
- b) na psychiatrickém oddělení nemocnice (např. VFN, FN Motol, ÚVN apod.)

REZIDENČNÍ KOMUNITNÍ SLUŽBY

Definice pojmů:

Rezidenční komunitní služby poskytují pacientům domov, který se v závislosti na závažnosti psychické poruchy co nejvíce přibližuje běžným podmínkám bydlení v komunitě. Dále poskytují rehabilitační program zaměřený na posílení samostatnosti. Doba setrvání je individuální.

9) Souhlasíte s tím, že by počet pacientů, kteří by měli využívat rezidenční komunitní služby, měl být asi 50 % toho počtu pacientů, kteří nyní využívají služeb psychiatrické léčebny?

- a. Ano, souhlasím.
- b. Ne, soudím, že by rezidenční komunitní služby mělo využívat asi % (doplňte číslo) toho počtu pacientů, kteří nyní využívají služeb psychiatrické léčebny?

10) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří využívají rezidenční komunitní služby v Praze. Je podle vašeho názoru a zkušeností počet pacientů, kteří by potřebovali využívat rezidenční komunitní služby v Praze

- a) nižší o % (doplňte číslo) než umožňuje současný stav.
- b) vyšší o % (doplňte číslo) než umožňuje současný stav.
- c) shodný se současným stavem.

11) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat rezidenční komunitní služby v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	17 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	17 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	30 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	< 1 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	< 1 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

ÚSTAVNÍ REZIDENČNÍ SLUŽBY

Definice pojmů:

Ústavní rezidenční služby jsou určeny pro pacienty, jimž stupeň jejich postižení i po vyčerpání všech možností komunitní ambulantní, rehabilitační či komunitně rezidenční péče a podpory neumožňuje existenci v běžných životních podmínkách. Převážně poskytují sociální služby. Doba setrvání jsou roky. Zahrnuje domovy a penzionsy s pečovatelskou a ošetrovatelskou službou.

12) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří využívají ústavní rezidenční péči v Praze. Je podle vašeho názoru a zkušeností počet pacientů, kteří by potřebovali využívat ústavní rezidenční služby v Praze

- a) nižší o % (doplňte číslo) než umožňuje současný stav.
- b) vyšší o % (doplňte číslo) než umožňuje současný stav.
- c) shodný se současným stavem.

13) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat ústavní rezidenční služby v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	2 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	< 1 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	< 1 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	< 1 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	< 1 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

KRIZOVÉ SLUŽBY

Definice pojmů:

Krizové služby jsou krizová centra nebo mobilní krizové týmy. Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie a též krátkodobého pobytu na lůžku. Nepřetržitá dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Mobilní tým poskytuje neodkladnou péči přímo v místě rozvoje krizové situace.

14) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří využívají krizové služby v Praze. Oslovení odborníci se v kvalitativní části projektu shodli na tom, že krizové služby v Praze by měly být dostupné asi pro 4krát více pacientů, než je tomu dnes. Souhlasíte s názorem, že by krizové služby měly být dostupné asi pro čtyřnásobek pacientů, než je tomu nyní?

- a. Ano
- b. Ne, domnívám se, že by krizové služby měly být dostupné pro _____ % (doplňte číslo) současného počtu pacientů.
- c. Ne, ponechal(a) bych využití krizových služeb na současné úrovni

15) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat krizové služby v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zakroužkujte uvedený podíl, nebo zatrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	6 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	5 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	12 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	57 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	58 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	46 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	90 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

DENNÍ STACIONÁŘ A PSYCHOTERAPEUTICKÉ PROGRAMY

Definice pojmů:

Denní stacionář slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů. Funkcí denních stacionářů je buď alternativa či pokračování hospitalizace, nebo alternativa či rozšíření ambulantní léčby (v případech, kdy nepostačuje ambulantní léčba), či dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné. Základním prvkem péče v denních stacionářích je obvykle psychoterapeutický program.

Psychoterapeutické programy zahrnují širokou škálu psychoterapeutických forem a postupů (od individuálních forem až po psychoterapii rodinnou a skupinovou) s využitím přístupů psychodynamických, kognitivně behaviorálních a dalších. Nepředstavují žádný samostatný typ zařízení. Jde spíše o převažující odborné zaměření určitého pracoviště.

16) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří potřebují psychoterapeutickou péči v Praze. Oslovení odborníci se v kvalitativní části projektu shodli na tom, že asi 50 % pacientů s duševní poruchou potřebuje psychoterapeutickou péči. Souhlasíte s názorem, že asi 50 % pacientů s duševní poruchou potřebuje psychoterapeutickou péči?

- a. Ano
- b. Nesouhlasím, psychoterapeutickou péči potřebuje asi _____ % (doplňte číslo) pacientů s duševní poruchou.

17) Souhlasíte s názorem, že počet pacientů využívající denní stacionáře by měl být 6-7krát vyšší, než je tomu dnes?

- a) Ano
- b) Ne, domnívám se, že by denní stacionáře měly být dostupné pro _____ % (doplňte číslo) současného počtu pacientů.
- c) Ne, ponechal(a) bych využití denních stacionářů na současné úrovni

18) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat denní stacionáře a psychoterapeutické programy v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	72 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	5 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	3 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	35 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	56 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	65 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	50 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	50 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

PRACOVNÍ REHABILITACE

Definice pojmů:

Pracovní rehabilitace zahrnuje podporované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání, chráněné dílny, sociální firmy a družstva. Podporované zaměstnávání nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Přechodné zaměstnávání je časově limitovaný pracovnírehabilitační pokus umožňující nácvik sociálních dovedností potřebných k získání zaměstnání a udržení se v něm, a to v prostředí primárního trhu práce a za pomoci socioterapeuta.

19) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří potřebují pracovní rehabilitaci v Praze. Oslovení odborníci se v kvalitativní části projektu shodli na tom, že počet pacientů využívající pracovní rehabilitaci by se měl radikálně zvýšit (asi 30krát). Souhlasíte s tím, že by se měl počet pacientů využívající pracovní rehabilitaci zvýšit asi 30krát?

a) Ano

b) Ne, domnívám se, že by pracovní rehabilitace měla být dostupná pro _____ % (doplňte číslo) současného počtu pacientů.

20) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat pracovní rehabilitaci v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	18 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	36 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	45 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	36 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

PODPOROVANÉ A TRÉNINKOVÉ BYDLENÍ

Definice pojmů:

Podporované bydlení je služba zaměřená na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení, poskytovaná u klienta doma (může se jednat i o prostředí ubytovny apod.).

Tréninkové bydlení (domy nebo byty na půl cesty) je časově omezená služba klientům, kteří se ocitli v obtížných živ. situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálního tréninku, zaměřeného na rozvoj psychosociálních dovedností klienta. Cílem je naučit se zvládat činnosti týkající se samostatného bydlení.

21) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří potřebují podporované a tréninkové bydlení v Praze. Oslovení odborníci se v kvalitativní části projektu shodli na tom, že počet pacientů využívající podporované a tréninkové bydlení by se měl radikálně zvýšit (asi 70krát). Souhlasíte s tím, že by se měl počet pacientů využívající podporované a tréninkové bydlení zvýšit asi 70krát?

c) Ano

d) Ne, domnívám se, že by podporované a tréninkové bydlení mělo být dostupné pro _____ %
(doplňte číslo) současného počtu pacientů.

22) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat podporované a tréninkové bydlení v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	28 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	36 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

SVĚPOMOCNÉ A AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY

Definice pojmů:

Svépomocné a aktivizační programy jsou kluby organizované samotnými uživateli, dále informační centra uživatelů a centra denních aktivit. Informační centra slouží k poskytování informací uživateli psychiatrických služeb o službách. Centra denních aktivit poskytují klientům příležitost pro setkávání a vytváření sociálních kontaktů, emoční podporu, pomoc s řešením problémů a aktivizační a tréninkové programy.

23) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří potřebují svěpomocné a aktivizační programy v Praze. Oslovení odborníci se v kvalitativní části projektu shodli na tom, že počet pacientů využívající svěpomocné a aktivizační programy by se měl výrazně zvýšit (asi 10krát). Souhlasíte s tím, že by se měl počet pacientů využívající svěpomocné a aktivizační programy zvýšit asi 10krát?

a) Ano

b) Ne, domnívám se, že by svěpomocné a aktivizační programy měly být dostupné pro _____ %
(doplňte číslo) současného počtu pacientů.

24) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat svěpomocné a aktivizační programy v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	8 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	50 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	3 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	20 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	27 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	22 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

PORADENSTVÍ

Definice pojmů:

Poradenství je služba, která poskytuje klientům informace o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech. Nabízí různé možnosti řešení jejich problému nebo životní situace a napomáhá tyto možnosti realizovat. Poskytuje rovněž informace o službách, léčebných a rehabilitačních programech. Dle převažujícího zaměření existuje poradenství sociální, právní, pracovní nebo studijní.

25) Zamyslete se nad počtem pacientů, kteří využívají poradenství v Praze. Oslovení odborníci se v kvalitativní části projektu shodli na tom, že poradenství v Praze by mělo být dostupné asi pro 4krát více pacientů, než je tomu dnes. Souhlasíte s názorem, že by poradenství mělo být dostupné asi pro čtyřnásobek pacientů, než je tomu nyní?

- a) Ano
- b) Ne, domnívám se, že by poradenství mělo být dostupné pro _____ % (doplňte číslo) současného počtu pacientů.
- c) Ne, ponechal(a) bych využití poradenství na současné úrovni

26) V následující tabulce vám nabízíme pro jednotlivé skupiny diagnóz podíl pacientů s touto diagnózou, kteří by měli využívat poradenství v Praze. Odpovězte prosím, zda s tímto podílem na základě svých zkušeností souhlasíte, nebo uveďte, jaké procento pacientů s danou diagnózou by podle Vašeho názoru mělo službu užívat. Pokud s některými diagnózami nemáte zkušenost, zvolte v posledním sloupci odpověď NEVÍM.

(Pokyn: V každém řádku proveďte jeden záznam. Buď zatrhněte uvedený podíl, nebo navrhněte jiný podíl, nebo označte „nevím“.)

SKUPINA DIAGNÓZ	Ano, souhlasím s podílem	Navrhuji jiný podíl: doplňte	Nevím
Pacienti s organickými psychickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s alkoholovou závislostí	20 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s nealkoholovou závislostí	50 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu	22 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s afektivními poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s neurotickými poruchami	0 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s poruchami osobnosti	3 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>
Pacienti s vývojovými, emočními a behaviorálními poruchami v dětství a adolescenci	40 % <input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>

SOCIODEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

Všechny vaše odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Pro potřeby statistického vyhodnocení prosím uveďte pouze vaše sociodemografické charakteristiky.

S1. Jste muž nebo žena?

Muž

Žena

S2. Uveďte, prosím, do jaké patříte věkové kategorie:

16 – 20 let

21 – 30 let

31 – 40 let

41 – 50 let

51 – 65 let

66 a více let

S3. Uveďte délku vaší praxe v psychiatrii:

méně než 5 let

5 – 15 let

více než 15 let

S4. Uveďte vaši profesi:

psychiatr

sociální pracovník

střední zdravotní pracovník

klinický psycholog

vyšší zdravotní pracovník (Bc., Mgr. Dis)

jiné (vypište)

praktický lékař

S5. Typ psychiatrické praxe, ve které nyní působíte.

(Pokud působíte ve více typech praxe, uveďte převažující typ.)

psychiatrická ambulance

denní stacionář

následná lůžková péče

krizové centrum

akutní lůžková péče

psychosociální rehabilitační služby

jiné (vypište)

Děkujeme Vám za čas a vynaložené úsilí při vyplňování tohoto dotazníku. Údaje budou využity pro zlepšení kvality péče o duševně nemocné pacienty.

Zkontrolujte prosím, zda jste odpověděl/a všechny otázky, které se vás týkaly.

Odešlete nám, prosím, dotazník co nejdříve.

Příloha č. 4: Rozbor současného způsobu úhrad péče a potřebné změny

ZDRAVOTNÍ SLUŽBY							
Činnost	situace/problémy/potřeby	současné/navrhované výkony	personální obsazení	Pmat	přistr.	režie	pozn.
ambulantní a intermediární služby							
ambulantní psychiatrická péče	Nedostatečná koordinace a spolupráce s ostatními službami, nedostatečný prostor pro vytváření terapeutické aliance s pacientem, nedostatek času na řešení těžších případů.	komplexní vyšetření 1 (2)	psychiatr L2 (L3) 120 min.	8 Kč	0	minut	
		cílené vyšetření 1 (2)	psychiatr L2 (L3) 50 min.	8 Kč	0	minut.	OF 1/1d.
		kontrolní vyšetření 1 (2)	psychiatr L2 (L3) 25 min.	4 Kč	0	minut.	OF 1/1d.
		telefonická konzultace	psychiatr L2 10 min.	0 Kč	0	minut.	OF 2/1d.
		sociální šetření a obj. anamnéza	SZP nást. praxe 30 min.		0	minut.	
		rozhovor s rodinou	psychiatr L3 30 min.		0	minut.	OF 1/1d.
		elektrokonvulze	psychiatr L3 30 min.		15.8 Kč	minut.	OF 5/tý
	RTMS	psychiatr L2 60 min.		205 Kč	minut.	OF 1/1d. 30/r	
ambulantní psychiatrická péče - potřebné změny		ošetření pac. se závaž. poruchou (F0 - 3, ID, OL), nutná sestra	psychiatr L3 40 min., SZP S2 20 min.	8 Kč	0	minut.	OF 1/měs.
		konzultace v týmu (psychiatr. sestra, ergoterapie, rhb a soc.sloužby) - F0 - 3, ID, OL	psychiatr L3 15 min.	8 Kč	0	minut.	OF 1/měs.
		ITAREPS					
ambulantní dětská a dorostová psychiatrie	Nedostatečná kapacita pedopsychiatrů (upřednostnění méně časově náročné dospělé klientely), nedostatečná spolupráce a koordinace.	komplexní vyšetření dět. psych.	pedopsychiatr L3 120 min.	8 Kč	0	minut.	OF 1/1d.
		cílené vyšetření dět. psych.	pedopsychiatr L3 50 min.	8 Kč	0	minut.	OF 1/1d.
		kontrolní vyšetření dět. psych.	pedopsychiatr L3 30 min.	4 Kč	0	minut.	OF 1-2/1d.
ambulantní dětská a dorostová psychiatrie – potřebné změny		komplexní vyšetření dět. psych.	pedopsychiatr L3 150 min.	8 Kč	0	minut.	OF 1/1d.
		cílené vyšetření dět. psych.	pedopsychiatr L3 70 min.	8 Kč	0	minut.	OF 1/1d.
		konzultace v týmu (psychiat. sestra, ergoterapie, pedagogické, rhb a soc. služby) – F0 -3, ID, OL	psychiatr L3 15 min.	8 Kč	0	minut.	OF 1/měs.

Činnost	situace/problémy/potřeby	současné/navrhované výkony	personální obsazení	Pmat	přístr.	režie	pozn.	
ambulance - návykové nemoci	Nedostatečná dostupnost (kapacita), potřeba anonymního poradenství a léčby.	vyšetření alkotestem	psychiatr - AT L3 5 min.	5 Kč		minut.	OF 2/1d.	
		antabus - alkoholová reakce	psychiatr - AT L3 90 min.	30 Kč		minut.	OF 1/r.	
ambulance - sexuologie		komplexní vyšetření sexuologem	sexuolog L3 120 min.	9 Kč		minut.	OF 1/r.	
		cílené vyšetření sexuologem	sexuolog L3 60 min.	9 Kč		minut.	OF 1/r.	
		kontrolní vyšetření sexuologem	sexuolog L3 60 min.	5 Kč		minut.	OF 1/r.	
		falometrie, vulvometrie	sexuolog L3 120 min.	3 Kč	25,20 Kč	minut.	OF 1/Q	
		nativní spermioqram	sexuolog L2 15 min.	3 Kč		minut.	OF 2/m., 6/r.	
		kompletní spermioqram	laborant S2 /I 8/	25.50 Kč	1 Kč	minut.	OF 2/m., 6/r.	
ambulance klinického psychologa	V současnosti oproti lékařům nízké ohodnocení práce psychologa, psychologické vyšetření je "ztrátové" i oproti např. psychoterapii.	komplexní psychologické vyš. 1 (2)	klin. psycholog J1 (I3, resp.I5) 60 min.	8 Kč		minut.	OF 4/d., 8/r.	
		cílené psychologické vyš 1 (2)	klin. psycholog J1 (I3, resp.I5) 60 min.	8 Kč		minut.	OF 4/d., 6/m.	
		kontrolní psychologické vyš. 1 (2)	klin. psycholog J1 (I3, resp.I5) 30 min.	4 Kč		minut.	OF 6/d., 30/m.	
		specifická psychologická intervence (u somaticky nemocných)	klin. psycholog J1 (I3) 30 min.	0 Kč		0	minut.	OF 2/1d.
		intervence psychologa v terénu	klinický psycholog J1 (I3) 60 min.	0 Kč		0	minut.	OF 2/d., 4/r.
		krizová intervence	klinický psycholog J1 (I4) 30 min.	0 Kč		0	minut.	OF 6/d., 20/m.
		psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem	klinický psycholog J1 (I5) 30 min.	0 Kč		0	minut.	OF 2/d., 4/m.
		rozhovor s rodinou	L3 30 min.	?		0	minut.	OF 1/1d.
		telefonická konzultace	L2 10 min.	0 Kč		0	minut.	OF 2/1d.
potřebné změny	zvýšení ohodnocení práce u klinických psychologů							

Činnost	situace/problémy/potřeby	současné/navrhované výkony	personální obsazení	Pmat	přístr.	režie	pozn.
psychoterapie	Stále je malá nabídka různých forem psychoterapeutických programů (denní programy, večerní skup. programy), málo je praktikována rodinná psychoterapie, v běžných psychiatrických ambulancích je psychoterapie řídká, skupinová psychoterapie se v nich nevykonává téměř vůbec, arteterapie není zařazena v systému, do budoucna vyvstává otázka spolufinancování psychoterapie pacientem u méně závažných duševních poruch.	individuální systematická	psychiatr, kl. psychol., lék.s psth. kvalif. L3 30 min.	0	0	0 minut.	OF 4/d.
		skupinová, typ I. max 9.os. á 120 min.	psychiatr, kl. psychol., lék.s psth. kvalif. L3 20 min.	0	0	0 minut.	OF 2/d., 20/Q,DS 3/d.
		skupinová, typ II. 10-14.os. á 120 min.	psychiatr, kl. psychol., lék.s psth. kvalif. L3 10 min.	0	0	0 minut.	OF 2/d., 20/Q,DS 3/d.
		skupinová, typ III (komunita) nad 14 os. Á 30 min.	psychiatr, kl. psychol., lék.s psth. kvalif. L3 2 min.	0	0	0 minut.	OF 2/d., 20/Q,DS 2/d..
		rodinná systematická	psychiatr, kl. psychol., lék. s psth. kvalif. J1 (15) 30 min.	0	0	0 minut.	OF 4/d.
		skupinová psychoter. dětí do 8 let á 30 min.	psychiatr, kl. psychol., lék. s psth. kvalif. J1 (15) 30 min.	0	0	0 minut.	OF 4/d.
		emergentní psychoterapie á 60 min. nově od r. 2008	psychiatr, kl. psychol., lék.s psth. kvalif. L3 60 min.	0	0	0 minut.	OF 3/d., 9/r.
potřebné změny		arteterapie individuální	arteterapeut 30 min.	35 Kč	0	0 minut.	
		arteterapie skupinová 3-5 osob	arteterapeut 11 min.	12 Kč	0	0 minut.	
denní stacionář s psychoterap. programem	Programy denních stacionářů (DS) jsou nedostatečně rozvinuté, dosavadní konstrukce ošetrovacího dne DS je málo specifická, nejsou zahrnuty nezbytné náklady DS nad úroveň ambulantní péče, pro finanční nevýhodnost nové DS nevznikají, není definován frakcionovaný program (mj. umožňující nepřerušit během léčby zaměstnání u pacientů).	00041 - den pobytu pacienta v denním stacionáři, délka pobytu alespoň 6 hodin	2,0 úv. zdravotní sestry bez specializace na 15 míst	0	0	0	omezení: 3 měsíce, prodloužení RL u F0, F2, F3, F42, F.60.3, F1X.X2
potřebné změny	zavést výkony DS, které více odráží skutečné potřebné činnosti	OD v denním stacionáři s psychoterapeutickou péčí (6 hod.), 9 míst, obložnost 85 %	0,2 úv. psychiatra (L3) nebo klin. psychologa (J1-I5), 1,0 úv. zdravotní sestry (S2)	20 Kč	7.98 Kč	24.1 Kč	omezení: 3 měsíce, prodloužení RL u F0, F2, F3, F42, F.60.3, F1X.X2
		OD v denním stacionáři s psychoterapeutickou péčí frakcionovaný program, 9 míst, obložnost 85 %	0,05 úv. psychiatra (L3) nebo klin. psychologa (J1-I5), 0,3 úv. zdravotní sestry (S2)	10 Kč	3 Kč	12	omezení: 3 měsíce, prodloužení RL u F0, F2, F3, F42, F.60.3, F1X.X2

Činnost	situace/problémy/potřeby	současné/navrhované výkony	personální obsazení	Pmat	přístr.	režie	pozn.
Krizové centrum	Krizové služby jsou nedostatečně rozvinuté, krizové centrum je hrazeno zdravotními pojišťovkami jen jako ambulance nebo DS, dofinancovává kraj nebo větší psychiatrická instituce, v ČR existují jen 2 krizová centra s 24hod. službou a dostupností psychiatra.						
potřebné změny	zavést odpovídající výkon krizového centra	OD krizového centra, 8 lůžek, nepřetržitý provoz	0.3 úv. psychiatr (L3), 1,5 úv. lékař (L2), 0.5 úv. zdrav.sestra (S3), 5.5 úv. zdrav.sestra (S2),	PLP 34 Kč, Pmat 30 Kč	3,34 Kč	163	omezení: 10 dnů
psychiatrická sestra		zavedení/ukončení psych. rehabilitace, konzultace, administrativní činnost	psych. sestra (S3) 120 min.	0	0	minut.	OF 1/d., 6/Q, jen F2, F3, F42, max.12 měs.
		psychiatrická rehabilitace individuální	psych. sestra (S3) 90 min.	0	0	minut.	OF 1/d, 3/týd., 45/Q, jen F2, F3, F42, max.12 měs.
		terénní krizová intervence psychiatrickou sestrou	psych. sestra (S3) 60 min.	0	0	minut	OF 3/d., jen F2, F3, F42, max.7 dní
všeobecná sestra v sociálních službách		aplikace některých výkonů (0661, 06613, 06623, 06645, 06649) v rezidenčních komunitních službách					

Činnost										
lůžková péče										
	situace/problémy/potřeby									
akutní lůžková psychiatrická péče	Kalkulace ošetrovacího dne neodpovídá reálným činnostem, důsledkem je podhodnocení ošetrovacího dne vůči jiným oborům. Psychiatrická oddělení nemocnic nejsou proto finančně konkurenceschopná vůči jiným oddělením. Dochází k jejich redukci, zániku, nevznikají další.									
akutní lůžková psychiatrická péče - potřebné změny	nositel výkonu	L3	L2+VNP	L1+VNP	ÚPS	VNP J4	ZPBD spec.	ZPBD, ZPOD	ZPOD bez maturity	celkem
	úvazek nositele výkonu na 30 lůžek	0,5	1	1	0,3	0,1	1	6	7	
	léky									140
	speciální zdravotnický materiál									15
	hodnota potravin									65
	režijní náklady									430
	situace/problémy/potřeby									
následná lůžková psychiatrická péče	Chybí definice a přesnější kritéria, která by oddělovala následnou lůžkovou péči od péče akutní. Kalkulace ošetrovacího dne neodpovídá reálným činnostem.									
následná lůžková psychiatrická péče - potřebné změny	nositel výkonu	L3	L2+VNP	L1+VNP	ÚPS	VNP J4	ZPBD spec.	ZPBD, ZPOD	ZPOD bez maturity	celkem
	úvazek nositele výkonu na 30 lůžek	0,3	0,7	0,2	0,08	0,2	1	7	5,5	
	léky									90
	speciální zdravotnický materiál									30
	hodnota potravin									65
	režijní náklady									430

SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Činnost	Problém	Návrh řešení
Služby hrazené s účastí příspěvku od klienta		
	<p>Způsob posuzování handicapu - celkem 36 kritérií/úkonů, duševně nemocných se jich týká (obvykle) 8, k získání nejnižšího příspěvku je třeba splnění 12 kritérií. V sociálních komunitních službách pro lidi s duševním onemocněním je cca 90 % klientů, kteří mají přiznaný plný invalidní důchod (posuzovaný podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění) jako osoby těžce zdravotně postižené. V anamnéze obvykle mají mnohaletou psychiatrickou léčbu včetně velké četnosti a délky hospitalizace v psychiatrických léčebnách. Z těchto klientů má přiznaný příspěvek mezi 2 % - 5 %.</p> <p>Závisí na tom, zda byli ochotni požádat o příspěvek na péči, příp. zda čerpají placenou sociální službu, na kterou by mohli příspěvek využít.</p>	<p>Var.1: Změna způsobu posuzování u duševně nemocných. Jako nejjednodušší by bylo omezit počet posuzovaných úkonů, obdobně jako u osob do 18 let věku. To by znamenalo, že by nebylo potřeba příliš upravovat metodiku posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti. Viz Tabulka: Stanovení závislosti na pomoci jiné osoby pro duševně nemocné</p> <p>Var.2: Kompletní změna posuzování, která by vycházela z problematiky handicapu lidí s duševním onemocněním. To by však znamenalo výraznou změnu zákona o sociálních službách a mohlo by to vést k podobným požadavkům úpravy zákona také pro jinou cílovou skupinu. Navíc zpracování tohoto systému by vyžadovalo spolupráci expertů a ověření nastaveného systému, dále také zpracování metodiky posuzování a vzdělávání posudkových lékařů a sociálních pracovníků. V tom případě by již bylo možné uvažovat o nastavení kompletně jiného systému služeb v rámci speciálního zákona pro tuto cílovou skupinu (zákon o duševním zdraví).</p>
	<p>Výše příspěvku při stávajícím systému posuzování - duševně nemocný bez souběžného jiného postižení může reálně získat příspěvek stupně I (2.000 Kč/měsíc), výjimečně II (4.000 Kč/měsíc), což rozhodně neumožňuje financovat rezidenční služby ani např. službu podpory samostatného bydlení.</p>	<p>Problém by mohla řešit změna počtu posuzovaných úkonů, obdobně jako u osob do 18 let věku. To by de facto zrovnoprávnilo lidi s duševním onemocněním s lidmi s ostatním postižením. Viz Tabulka: Stanovení závislosti na pomoci jiné osoby pro duševně nemocné.</p> <p>Var.2: Vyčlenění služeb pro duševně nemocné ze skupiny služeb přímo hrazených klientem, to by však znamenalo souběžně jiný systém posuzování výše dotace než u ostatních cílových skupin. Výhledově pak uvažovat o zpracování a schválení nového zákona o duševním zdraví, ve kterém by bylo definováno financování těchto služeb pro lidi s duševním onemocněním, které by se vyčlenily mimo zákon o sociálních službách. To by poté umožnilo nastavení financování některých programů ze zdrojů sociálních i zdravotních.</p>
	<p>Maximální výše úhrad stanovené prováděcím předpisem - podporované bydlení – 85 Kč/hod, centra denních služeb – 85 Kč/hod. + 140 Kč za stravu (3 jídla denně), chráněné bydlení - 160 Kč/den (včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování) + 140 Kč za stravu. Reálná "kupní síla" lidí s duševním onemocněním je velmi nízká, pokud nemají přiznaný příspěvek na péči, je zde problém hrazení služeb. Nebo to vede k tomu, že uživatelé čerpají službu v minimálním rozsahu a služba přestává být vůči uživateli funkční, dochází ke zhoršení zdravotního stavu.</p>	<p>Var.1: Nastavení výše úhrad umožňující reálné financování služeb, tzn. uvolnění stávajících cenových stropů. Souběžně s tím však změnit posuzování míry závislosti a navýšit příspěvek na péči. Jako potřebné se pak pro tuto cílovou skupinu jeví použití voucheru místo příspěvku v hotovosti.</p> <p>Var.2: Systémová změna financování služeb. Zrušit úhrady u těchto služeb a financovat pouze z dotací. To by však znamenalo změnit dotační systém - viz výše.</p>

Činnost	Problém	Návrh řešení
	Vágní a nekontrolované stanovení účelu příspěvku na péči nemotivuje klienty, kterým byl příspěvek přiznán, využívat sociální služby a hradit úhrady z příspěvku na péči, de facto neumožňuje často potřebný asertivní přístup péče k této cílové skupině.	Zavedení voucheru a stanovení podmínek jeho využití.
	Velká část lidí s duševním onemocněním odmítá požádat o příspěvek na péči. Z průzkumu, který prováděla Asociace komunitních služeb spolu s organizacemi Fokus vyplývají důvody nepožádání o příspěvek: 1) dozívají se špatné zkušenosti jiných uživatelů ze šetření (např. provádění nikoliv individuálně, ale dotazování ve skupině klientů, úředníci nejednou sami výslovně před klienty uvádí, že dotazník je pro tělesně nemocné), 2) opakované případy, kdy je úředníci upozorňují předem, že žádat nemají, že nebudou mít nárok, 3) nemají o příspěvek zájem, necítí se být závislí na péči, 4) bojí se, že pokud nebude příspěvek přiznán, bude to mít negativní dopad na přiznaný ID, 5) jsou fyzicky soběstační a mají pocit, že na příspěvek nemají nárok, 6) nechutí k úředním procedurám, nechutí vystavovat se dalšímu posuzování, strach z jednání na úřadech, špatné zkušenosti se zacházením ze strany LPK atp. 7) neporozuměli důvodům, proč by si měli žádat, 8) nevyužívají placených služeb a tak nemají motivaci o příspěvek žádat, 9) předchozí zkušenost ze žádosti ZTP, že přiznáno jen duševně nemocným, kteří měli i fyzický handicap. To se týká 90 % klientů, kteří mají přiznaný plný ID.	Osvěta mezi lidmi s duševním onemocněním a také na úřadech, v jejichž kompetenci je posuzování a rozhodování o příspěvku na péči.
podporované bydlení	Pouze několik málo poskytovatelů v ČR.	Zohlednit tyto služby při tvorbě komunitních plánů obcí a krajských střednědobých plánů.
	Dle zákona o sociálních službách by mělo být převážně hrazeno z příspěvků klientů, ti však nesplňují kritéria pro jejich získání.	Upravit posuzování duševně nemocných nebo zařadit podporované bydlení mezi služby nehrazené přímo klientem.
	Nedostatek obecních bytů pro uživatele brzdí rozvoj tohoto typu služeb.	Zařadit jako součást obecní politiky, motivovat obce pro financování výstavby těchto bytů z programu MMR na zřizování podporovaných bytů.
komunitní rezidenční péče (chráněná bydlení)	Minimální rozvoj (de facto saturováno "sociálním pobytem" v léčebnách), finančně náročná služba, hrazená dotacemi ze sociální oblasti, dle zákona o sociálních službách by měla být převážně hrazena z příspěvků klientů, ti však nesplňují kritéria pro jejich získání.	Upravit posuzování duševně nemocných nebo zařadit chráněná bydlení mezi služby nehrazené přímo klientem.
	Není zabezpečeno financování zdravotních služeb v tomto typu.	Rozlišit zdravotnickou a sociální část péče (potřebnosti a druhů pracovníků), zavést výkony pro zdravotnickou část, novelizovat v tomto duchu zákon o sociálních službách.
institucionální sociální rezidenční péče v ÚSP	Financování - dotace krajské (+ MPSV) – nevyrovnané (chybí systém posuzování potřebnosti výše dotace) a nestabilní (roční dotace nedává jasnou perspektivu), úhrady od uživatelů (s využitím příspěvků na péči) závislé na systému posuzování soběstačnosti a schopnosti péče o sebe.	Změnit dotační systém a posuzování příspěvků na péči pro tuto cílovou skupinu.
	Financování nemá vztah ke kvalitě, v budoucím trendu ani k efektivitě.	Kýžený je výhledový přechod ke komunitní rezidenční péči, potřeba důsledné kontroly plnění standardů kvality v sociálních službách.

Činnost	Problém	Návrh řešení
centra denních aktivit	Tyto programy se obtížně zařazují do typologie sociálních služeb definované v zákoně o sociálních službách (centra denních služeb, aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP, socioterapeutické dílny). Všechny tyto druhy služeb jsou určeny de facto pro jinou cílovou skupinu (bezdomovci, senioři) a tím zaměřené spíše na základní životní potřeby (hygiena, jídlo), či jiné činnosti. Z definice tak nevyplývá potřeba vysoké odborné způsobilosti pracovníků - to vede k nižšímu posuzování potřeby finančních prostředků.	Úprava typologie v zákoně o sociálních službách a prováděcí vyhlášce, zpracování podrobného standardu personálního obsazení (včetně kvalifikačních požadavků) dané služby.
	Programy jsou legislativně definovány výhradně jako sociální, je obtížné je propojit se zdravotními službami	Možnost programů spojujících roli denního stacionáře a centra denních aktivit, financování z obou zdrojů.

Činnost	Problém	Návrh řešení
Služby hrazené bez účasti příspěvku od klienta		
	Dotční financování neposuzuje odpovídajícím způsobem potřebnost služeb.	Vazba na komunitní plánování obcí a střednědobé plány krajů. Přesun rozhodování na kraje. Zpracování státní politiky péče o duševní zdraví, která by měla dát rámec pro rozvoj služeb pro lidi s duševním onemocněním a zároveň určité zadání obcím a krajům pro jejich plány.
	Dotční financování nezohledňuje odpovídajícím způsobem náklady služeb. Služby téhož typu a rozsahu mohou být financovány v zásadě odlišné výši.	Dokončení procesu standardizace sociálních služeb, stanovení finančních normativů pro druh služby a stanovenou cílovou skupinu, stanovení kritérií pro hodnocení efektivity služeb, vytvoření systému průměrných úhrad na klienta a den, případně na hodinu práce s klientem.
	Dotace na poskytování sociálních služeb není možné využít na financování programů svépomocných aktivit. Tyto aktivity nesplňují podmínky pro poskytovatele sociálních služeb dané zákonem o sociálních službách, zároveň jsou však důležitým a nezastupitelným segmentem služeb pro lidi s duševním onemocněním.	Zahrnout tyto programy do skupiny programů, které jsou důležité pro komunitu / obec, ale nejsou sociální službou dle zákona. Vypisovat grantové řízení pro tyto aktivity. V případě zákona o duševním zdraví zahrnout tyto služby mezi ostatní komunitní služby pro lidi s duševním onemocněním a financovat obdobným způsobem.
pracovní rehabilitace	Řada modelů financovaných zčásti úřady práce (chráněné dílny, sociální firmy), zčásti jako sociální služba - sociálně-terapeutické dílny, zčásti obtížně financované z jakéhokoli zdroje (podporované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání).	Vytvořit systémové zdroje financování, včetně financování rozvoje pro zatím nezařazené služby, nastavit vícezdrojové financování.
	Programy financované úřady práce jsou ohroženy novelou zákona o zaměstnanosti a zkrácením příspěvků na zaměstnávání osob se ZP, zároveň přísná pravidla úřadů práce neumožňují individuální nastavení rehabilitace podle aktuální potřeby uživatele a nezohledňují specifika cílové skupiny (časté a opakované nemoci, nižší výkonnost a často potřeba kratší pracovní doby).	Zohlednit specifika cílové skupiny při nastavení podmínek financování od úřadů práce, umožnit vícezdrojové financování.
	Neumožnění pracovní rehabilitace v době krátkodobé pracovní neschopnosti mimo zdravotnické zařízení.	Zakomponovat do návrhu zákona o ucelené rehabilitaci specifika cílové skupiny.
case management multiprofesním týmem	Nedostatečně rozšířená služba, vzhledem k nepříliš velké obecné známosti potřeby této služby je v dotačních programech nízkou finančně hodnocena.	Odborné vzdělávání hodnotitelů dotačních programů, zpracování výzkumu o potřebnosti a efektivitě tohoto typu služby, publikování výsledků a dobré praxe těchto služeb.
	Pokud existuje, pak jako sociální služba (sociální rehabilitace), problémem jsou vazby na další služby.	Mechanismy podporující vznik multiprofesních komunitních týmů financovaných zčásti zdravotními pojišťovnami, zčásti jako sociální služba.
podporované vzdělávání	Rozvojové programy, v ČR zatím jen několik málo poskytovatelů, není systematicky zařazeno mezi sociální služby.	Vytvořit definici a požadovaný standard sociální služby, zakotvit v zákoně o sociálních službách, zajistit financování v rámci systému soc. služeb.

Tabulka: Stanovení závislosti na pomoci jiné osoby pro duševně nemocné

	stanovení závislosti na pomoci jiné osoby				Počty úkonů / kritérií, kterých		
	počty potřebných splněných kritérií / úkonů				může maximálně dosáhnout	duševně nemocný určitě nemůže dosáhnout	je obvyklé, že duš. nemocný splňuje
	stupeň I	stupeň II	stupeň III	stupeň IV			
"běžná osoba"	12	18	24	30			
osoba do 18 let věku	5	10	15	20			
duševně nemocný – středně náročné posouzení (var.1)	6	9	12	15	18		
duševně nemocný – benevolentní posouzení (var.2)	8	12	16	20	24		
duševně nemocný						12	8

Příloha č. 5: Fotografie z akcí

Seminář pro odbornou veřejnost 26. září 2007.



Zleva doprava: MUDr. Pavel Vepřek, předseda občanského sdružení Občan; MUDr. Pavel Bém, primátor hlavního města Prahy; MUDr. Zdeněk Bašný, ředitel BONA o. p. s.; MUDr. Pavel Tautermann, Sdružení ambulantních psychiatrů; MUDr. Michaela Bartáková, předsedkyně zdravotního výboru Zastupitelstva hl. m. Prahy

Seminář pro odbornou veřejnost 26. září 2007.



Vpředu: MUDr. Zdeněk Bašný, ředitel BONA, o. p. s., člen expertního týmu projektu



V popředí zleva doprava: MUDr. Jana Žmolíková, členka zastupitelstva MČ Praha 3; Mgr. Barbora Wenigová, ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví; Věra Šístková, manažerka projektu

*Tisková konference k ukončení projektu 22. listopadu 2007.
Nová radnice, Magistrát hlavního města Prahy.*



*Nahoře zleva doprava: Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD., katedra ekonometrie VŠE, člen expertního týmu projektu; MUDr. Ondřej Pěč, ředitel Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET, s.r.o.; vedoucí expertního týmu projektu
Na fotografii dole: MUDr. Pavel Bém, primátor hlavního města Prahy; Mgr. Barbora Wenigová, ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví*

*Tisková konference k ukončení projektu 22. listopadu 2007.
Nová radnice, Magistrát hlavního města Prahy.*



V plénu: zástupci tisku a televize



Zleva doprava: Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD., katedra ekonometrie VŠE, člen expertního týmu projektu; MUDr. Ondřej Pěč, ředitel Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET, s.r.o., vedoucí expertního týmu projektu; MUDr. Pavel Bém, primátor hlavního města Prahy

*Závěrečná konference k projektu 22. listopadu 2007.
Nová radnice, Magistrát hlavního města Prahy.*



Nahoře zleva doprava: Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD., katedra ekonometrie VŠE, člen expertního týmu projektu; Mgr. Barbora Wenigová, ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví; MUDr. Ondřej Pěč, ředitel Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET, s.r.o., vedoucí expertního týmu projektu; MUDr. Pavel Bém, primátor hlavního města Prahy, Mgr. Petra Horáková, členka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví.

*Závěrečná konference k projektu 22. listopadu 2007.
Nová radnice, Magistrát hlavního města Prahy.*



Nahoře zleva doprava: MUDr. Jaroslav Hořejší, moderátor konference, ředitel nakladatelství Medical Tribune; Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD., katedra ekonometrie VŠE, člen expertního týmu projektu; MUDr. Ondřej Pěč, ředitel Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET, s.r.o., vedoucí expertního týmu projektu; MUDr. Pavel Bém, primátor hlavního města Prahy.

*Závěrečná konference k projektu 22. listopadu 2007.
Nová radnice, Magistrát hlavního města Prahy.*



*MUDr. Pavel Bém,
primátor hlavního města Prahy*



*Mgr. Barbora Wenigová,
ředitelka Centra pro rozvoj péče o
duševní zdraví*



*MUDr. Ondřej Pěč,
ředitel občanského sdružení ESET,
vedoucí expertního týmu projektu*



*Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD.
katedra ekonometrie VŠE,
člen expertního týmu projektu*



*MUDr. Alena Šteflová,
vedoucí Kanceláře Světové zdravotnické
organizace v České republice*



*MUDr. Pavel Vepřek,
ředitel odboru strategie a plánování
Všeobecné zdravotní pojišťovny*

*Závěrečná konference k projektu 22. listopadu 2007.
Nová radnice, Magistrát hlavního města Prahy.*



*Mgr. Michal Balabán,
občanské sdružení Kolumbus*



*MUDr. Michaela Bartáková,
předsedkyně zdravotního výboru
Zastupitelstva hl. m. Prahy*



*JUDr. Eva Dundáčková,
poslankyně Parlamentu České republiky*



*RNDr. Tomáš Raiter,
agentura STEM/MARK,
člen expertního týmu projektu*



*MUDr. Zdeněk Bašný,
ředitel BONA, o. p. s.
člen expertního týmu projektu*



*MUDr. Pavel Baudiš,
člen výboru Psychiatrické společnosti
ČLS JEP*