



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

Projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví

Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné

SITUAČNÍ ANALÝZA

PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ NA ÚZEMÍ HL. M. PRAHY

Autoři:

MUDr. Ondřej Pěč
MUDr. Jan Pfeiffer
Mgr. Barbora Wenigová
Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD.
MUDr. Jan Stuchlík
MUDr. Alena Šteflová
MUDr. Mgr. Petr Struk

© Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
Řehořova 10, 130 00 Praha 3
Tel./Fax: 222 811 122, www.cmhcd.cz

Obsah:

1. Úvod
2. Situace v zahraničí
3. Situace v ČR
4. Situace v Praze
5. Zadání k tvorbě modelu

1 Úvod

Situační analýza je přípravou pro vytvoření modelů transformace psychiatrické péče v Praze. Má 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.

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 léčeбен.

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.

2 Situace v zahraničí

2.1 Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví

Duševní choroby představují v rozvinutých státech dle údajů Světové zdravotnické organizace a Světové banky největší společensko-ekonomickou zátěž (22,0 % ztrát, kardiovaskulární choroby 20,4 %, nádorová onemocnění 13,7 %). Počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí 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 těmito 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 duševního zdraví pro Evropu (Příloha č. 1) zavázali k realizaci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu (Příloha č. 2) v souladu s potřebami a zdroji každé z jednotlivých členských zemí. Svými podpisy ministři požádali Regionální úřadovnu SZO pro Evropu, aby podnikla nezbytné kroky a zajistila, že se plně podpoří příprava a realizace politiky duševního zdraví, a že aktivity a programy budou mít odpovídající prioritu a zdroje ke splnění požadavků této Deklarace.

Výzva je formulována tak, že v průběhu příštích pěti až deseti let 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 WHO Mental Health Atlas – 2005, navazující na další již vydané publikace Mental Health Resources in the World 2001; Country Profiles on Mental Health Resources 2001. Kapitola týkající se České republiky byla vytvořena se supervizí prof. Hoschla, který je zároveň odborným zástupcem České republiky pro tuto oblast pro spolupráci s WHO.

Ministerstvo zdravotnictví ČR podepsalo v roce 2004 s Regionální Evropskou kanceláří WHO smlouvu o spolupráci na období 2004 – 2005 týkající se evropských priorit WHO. Pro ČR 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 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 v České republice na základě zpracovaných dokumentů a jejich vyhodnocení domácími a zahraničními oponenty prof. Höschem, prof. Libigerem a prof. Thornicroftem z Velké Británie.

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

Závěr: I přes výše uvedená a na ministerské úrovni odsouhlasená mezinárodní doporučení není akceptace šířeji pojatého přístupu péče o duševní zdraví v ČR 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 (Příloha č. 3), obsahující strategie duševního zdraví pro Evropskou unii. Předtím již v lednu 2005 se naše ministryně zdravotnictví připojila k Akčnímu plánu a Deklaraci duševního zdraví pro Evropu, obsahující obdobné principy.

Nepříznivou situaci nevyřeší podle Zelené knihy jen lékařská péče, ale jde o komplexní přístup, na kterém by se měly podílet organizace pacientů a občanská společnost. Členské státy se dosti liší jak ve zdravotních charakteristikách duševního zdraví, tak i ve výdajích na duševní zdraví. Alarmující zprávou je, že v podílu finančních prostředků

vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví jsme na předposledním místě v EU: u nás jde asi o 3,5 %, přičemž v ostatních členských zemích se tyto prostředky pohybují většinou mezi 5 až 10 %.

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

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 (J. 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.

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 odlišných 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.

Vyhodnocení deinstitutionalizace

Pětileté sledování 670 propuštěných dlouhodobých pacientů (hospitalizace delší než 1 rok) bez demence, propuštěných ze 2 psychiatrických léčeben v severním Londýně, které proběhlo v rámci projektu **The Team for the Assessment of Psychiatric Services – TAPS Project, 1985 – 1988 (Leff a kol. 2000)**, přineslo následující výsledky:

- 80 % pacientů bylo propuštěno do komunitních rezidenčních zařízení, po 5 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 1 rok, ke konci 5letého 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 5 letech mohlo být přemístěno do běžných chráněných bydlení.
- U schizofrenních pacientů starších 70 let se po 3 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 a kol., 1996 – TAPS project 28).
- Přímé finanční náklady na komunitní péči nepřevyšovaly původní náklady na péči v léčebně.

Charakteristiky schizofrenních pacientů, kteří přes deinstitutionalizaci 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 a kol. 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 a kol 2001).

Doporučení pro deinstitutionalizaci

- 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).
- Je potřeba počítat s mírným nárůstem forezních lůžek a nedobrovolných přijetí (Priebe a kol. 2005).
- Možný je určitý „mediální tlak“ na reinstitucionalizaci.
- Nezapomenout na informativní kampaň mezi obyvatelstvem v místech komunitních rezidenčních zařízení.
- Je potřeba trénovat a dále vzdělávat personál.

Literatura:

- Franz M; Meyer T; Ehlers F; Gallhofer B: Schizophrenic patients, who still live in psychiatric hospitals despite decades of deinstitutionalization. Part 1 of the Hessian Deinstitutionalisation Study, Psychiatr Prax. 2002; 29(5):245-50
- Leff, J., Trieman, N., Knapp, M., Hallam, A.: The TAPS Project. A report on 13years of research 1985-1998. Psychiatric Bulletin, 2000, 24, 165-168
- Pijl YJ; Kluiters H; Wiersma D.: Deinstitutionalisation in the Netherlands, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001; 251(3):124-9
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D.: Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European Countries, British Medical Journal 2005; 330; 123-126
- Trieman N; Wills W; Leff J : TAPS project 28: does reprovision benefit elderly long-stay mental patients? Schizophr Res 1996 Sep 18;21(3):199-208

3 Situace v ČR

3.1 Úvod

Pokud se péče o duševně nemocné zredukuje jen na problematiku diagnostiky a farmakologické léčby, pak se může zdát, 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 ČR 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. Nyní se začínáme zabývat 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 ČR 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. V ČR je 80 % psychiatrických lůžek v psychiatrických léčebnách. 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 obložnost, 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, u nás 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, nepřičetnost 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)

Literatura:

Politika péče o duševní zdraví v ČR – Zpráva o současném stavu, CRPDZ, 2004

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 zátěž, kterou způsobují duševní nemoci rozpočtu každého státu v Evropské unii. Obecně lze říci, že stigma a jeho následky nejvíce zasahují lidi trpící schizofrenní poruchou.

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

V České republice jsou destigmatizační aktivity otázkou posledních několika let. Situaci vnímání schizofrenie širokou veřejností popisuje výzkum „Názory na schizofrenii“ (více na www.stopstigma.cz/Akce) na vzorku cca 700 dospělých osob v ČR. Jedním z 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*, 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 projektu *Změna* a jemu podobných projektů stojí víc na entuziasmu a ochotě jednotlivců, než na systematické podpoře ze strany státu. Většina odborníků v psychiatrii si v rámci své každodenní rutiny nestačí otázku 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, plánovaných aktivit. Na systematickou činnost se bohužel velmi obtížně shánějí finance, protože je vnímána jako nedůležitý nadstandard. Jedním z řešení do budoucna je zaměření, více než na stigma samotné, na důsledky, které způsobuje, tedy sociální 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.

Literatura:

1. Sartorius, N., Schulze, H. Reducing the Stigma of Mental Illness. University Press, Cambridge, 2005
2. DEMA (2004) : Názory na schizofrenii. Reprezentativní výzkum v ČR. Praha
3. Wenigová, B.: Stigma a psychiatrie (napříč časem). Sanquis 38, 2005

3.3 Výdaje na duševní zdraví v ČR a jeho financování

Výdaje na duševní zdraví v ČR

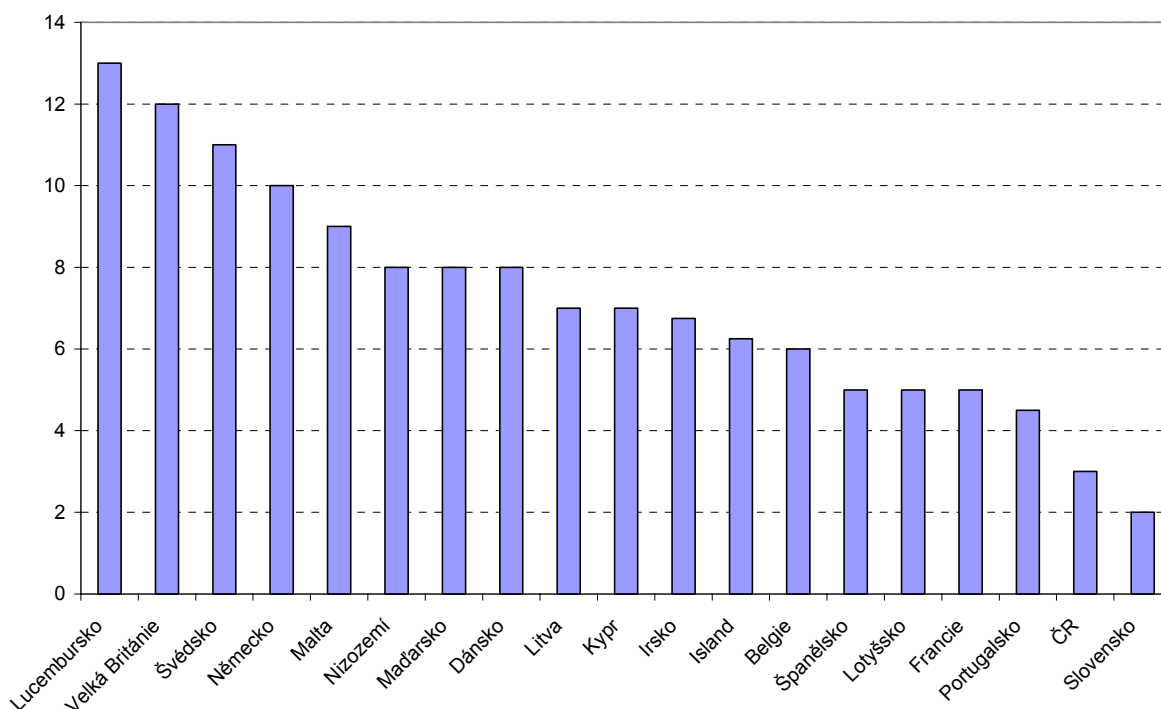
Zjištění výše výdajů na duševní zdraví a jejich struktury jsou důležité pro zvýšení pozornosti české společnosti na problematiku duševního zdraví. Dá se říci, že výše výdajů na duševní zdraví je základním indikátorem významu duševního zdraví pro společnost a její vládu. Podle odhadů tvořily celkové výdaje 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 ČR, přesto však nemáme k dispozici informace o výši těchto údajů a jejich struktuře. To ostatně platí pro ostatní druhy onemocnění: máme informace o výdajích podle druhu péče, podle zdroje financování, ale nikoliv podle skupin chorob. Tato mezera je občas vyplněna ad hoc studii z akademických pracovišť či zdravotních pojišťoven. Asi nejobsáhlejší v tomto směru byla publikace C. Škody a kol. (1998), podle které výdaje na duševní zdraví u VZP ČR činily 2,52 % výdajů pojišťovny v roce 1995. Z toho 18 % výdajů se týkalo ambulantní péče a 82 % výdajů směřovalo do ústavní péče. Tato studie však pojímala duševní zdraví velmi úzce (pouze psychiatrie a psychologie) a nezahrnovala například práci praktických lékařů nebo výdaje na léky. Z tohoto pohledu jde o určitý dolní odhad výdajů na duševní zdraví v rezortu zdravotnictví.

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. Složitá 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 jsem 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 bychom do celkových výdajů počítali další výdaje na duševní zdraví spojené s kriminalitou, bydlením a dalšími sociálními službami.

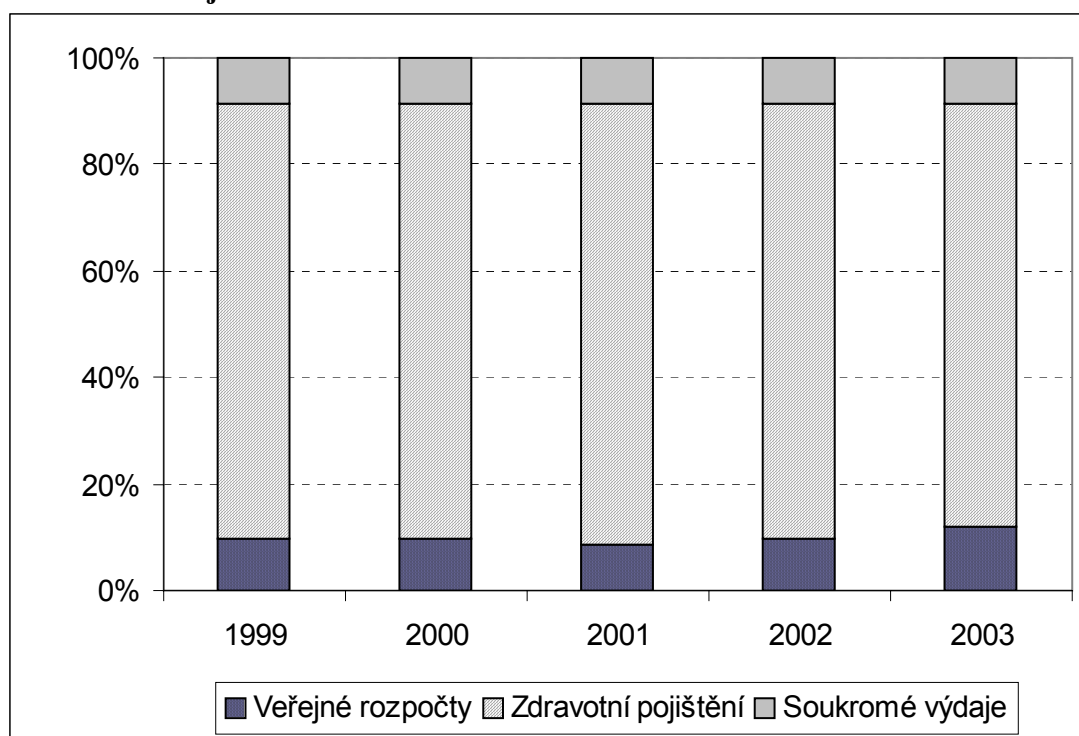
Tabulka č. 1: Odhad výdajů na duševní zdraví v roce 2003

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

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 nemáme dobré informace o tom, jaké služby se poskytují, z jakých zdrojů jsou tyto různé služby financovány a kdo jsou příjemci těchto služeb.

Úhrada zdravotní péče psychiatrů a psychologů je stejná jako u ostatních odborných ambulantních lékařů: platba za výkon, která je však regulována tak, že jde v podstatě o rozpočet. Nemocnice a psychiatrické léčebny jsou v podstatě financovány formou historicky vzniklých rozpočtů s určitým ročním procentním nárůstem, i když je třeba každý rok tento rozpočet „vyúčtovat“ trochu jiným způsobem (lůžkodny, výkony, rodné číslo). Je třeba

rozlišovat mezi výši úhrady a skutečnými náklady, což se projeví jinak u všeobecné nemocnice s psychiatrickým oddělením (možnost vzájemného přerozdělení mezi obory) a jinak u psychiatrické léčebny, kde přerozdělení mezi obory není možné. Praktičtí lékaři jsou placeni kombinací kapitační a výkonové platby. Léky na předpis jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění s určitou spoluúčástí pacienta, která se odvíjí od referenčních cen. V každé terapeutické kategorii by měl být k dispozici plně hrazený lék.

Shrnutí

- Údaje o výdajích na duševní zdraví a jejich struktuře nejsou v ČR rutinně přístupné.
- Porovnání výdajů na duševní zdraví ukazuje na 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 ČR.
- Existující pravidla financování zřejmě konzervují současný stav a brání tak reformám, které vyžadují změny v alokaci finančních prostředků.
- Úhrada zdravotní péče o duševní zdraví se neliší od ostatních typů zdravotní péče. Provázání zdravotnických služeb se sociálními službami je nedostačující.

Literatura:

- Dlouhý, M. Mental Health Care System and Mental Health Expenditures in the Czech Republic, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7 (4), 159–165., 2004
- European Commission. *Green Paper – Improving mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brusel, 2005.
- *Investing in Mental Health*. WHO, Ženeva, 2003.
- Pěč, O. Náklady péči o duševně nemocné v roce 2001. In: *Transformace oboru psychiatrie*, Anepra, 2003.
- Škoda, C. a kol. *Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR: Ekonomické aspekty*. Psychiatrické centrum, Praha, 1998.

3.4 Koncepce oboru psychiatrie

Koncepce oboru psychiatrie (Příloha č. 4) byla připravována již od roku 1994, v roce 1998 byla schválena valnou hromadou České psychiatrické společnosti a později i Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR. 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 má za úkol vytvořit konkrétní návrhy a postupy, jak uvést Koncepci do praxe. Centrum pro rozvoj

péče o duševní zdraví (CRPDZ) 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 stigmatu 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 CRPDZ 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 meziúřadní 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 stigmatu duševní nemoci a zvýšení povědomí o problematice duševních poruch je potřebné vést destigmatizační a medializační kampaně.

3.4. Cesty ke změně struktury psychiatrické péče v ČR

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 (CRPDZ 2005)** (viz Příloha č. 5).

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 lékařských 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.

3.5. 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 (CRPDZ)* 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 ČR. 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. Nejceněnější je k diskusi předložený návrh změny, který je konkrétní, je vyčíslen a popisuje potřebný rozvoj sítě služeb. Nabízí 3 varianty při změně sítě: 1. rozdělení péče v psychiatrických léčebnách, 2. zachování jen některých oddělení léčeben a 3. zachování jen některých psychiatrických léčeben. Tyto varianty jsou zřejmě úhelným kamenem diskusí o dalším postupu změny v organizaci péče o duševně nemocné u nás. 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.

Literatura:

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

4 Situace v Praze

4.1 Úvod

Česká republika má v současné době 10 230 060 obyvatel. 11,3 % z nich (1 158 800) žije v hlavním městě. Zatím nejucelenější popis psychiatrických služeb v Praze je obsažen v dokumentu *Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze*, vytvořeném v roce 2003 přípravnou skupinou zplnomocněnou k tomuto účelu Psychiatrickou společností ČLS JEP. Z něj čerpáme 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 (max.

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, příp. 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 8 denních stacionářů. Organizační uspořádání stacionářů je odlišné: 3 z nich jsou samostatná zdravotnická zařízení, 3 z nich jsou součástí větších zdravotnických zařízení (dva jsou přímo integrovány s lůžkovou péčí - Psychiatrická klinika VFN, Psychiatrické centrum Praha), 2 z nich jsou součástí neziskových organizací, poskytujících i nezdravotnické služby. V zaměření na specifické cílové skupiny služby pro pacienty

s psychózou poskytují DS 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. 2004 je plánována novela Sazebníku zdravotních výkonů s novou odborností „psychiatrická sestra“ a 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 2 zdravotnická krizová centra: Krizové centrum RIAPS při Městském centru sociálních služeb a prevence 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 psychoterapeutického sanatoria Nad Ondřejovem v 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 2 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 Dolákově 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 2 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 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 sociálněrehabilitační 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 tzv. 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, příp. organizování konkrétní pomoci klientům či poskytovatelským organizacím.

Literatura:

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

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	<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 roztržena.• 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

<p>služby, krizové služby).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systém financování sociálně- - zdravotních služeb neziskových organizací je nestabilní (jednoleté granty). • Nehodnotí se efektivita vložených nákladů a kvalita poskytované péče. 	<p>konceptů péče).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mimonemocniční služby nemají určeny oblasti, jejichž obyvatele by závazně přijímaly do péče, aniž by bylo dotčeno právo na svobodnou volbu lékaře a zařízení. • 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. • Nezáměr 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"> • Změna vlády • 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 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 • Riziko dlouhých čekacích dob pro pacienty ohrožené sebevraždou (deprese atd.) 	<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 klientů (rozvojem komunitních služeb případně zvýšením kompetencí praktických lékařů v péči o duševně nemocné) zablokují proces přemýšlení o změně. • Obava psychiatrů ze snížení jejich mocenské pozice zajištěné v rámci současného klasického systému péče. • Boj o finanční zdroje (individuální a skupinové zájmy) zablokují dialog. • Přespřílišná koncentrace na tady a teď znemožní dosáhnout dlouhodobější vize služeb. • Nezájem 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 (WHO). Svědčí o tom mj. i výstupy „Ministrial conference“ – konference ministrů zdravotnictví v Helsinkách z ledna 2006, 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 5 případech z 10 u osob ve věku mezi 15 a 44 lety – měřeno indikátorem DALY (WHO 2001). Česká republika je podle údajů WHO 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 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 léčení. Závěrečné zprávy byly postoupeny hodnocení našich i zahraničních předních psychiatrů (Höschl, Libiger, Thornicroft) a Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie při Ministerstvu zdravotnictví. Jedním doporučením bylo podrobně rozpracovat jednu z variant změn, doplnit o analýzu zahraničních zkušeností s transformací, ekonomickou analýzu a iniciovat širší diskusi.

4. Z výsledků studie Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a agentury STEM/MARK (12/2004) 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 stigma, 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

Datum: 27. 11 .2006

Náměty a připomínky k situační analýze laskavě adresujete na e-mail sistkova@cmhcd.cz.