

# Model péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Prahy

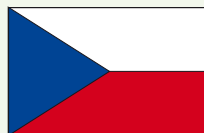
Záznam jednání závěrečné konference projektu  
**„Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy  
v oblasti transformace institucionální péče  
o duševně nemocné“**

Praha, 22. listopadu 2007

Konferenci uspořádaly  
Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví,  
Kancelář WHO (SZO) v České republice,  
Občanské sdružení Občan

Záštitu nad konferencí převzal  
primátor hl. m. Prahy MUDr. Pavel Bém

Projekt financují  
Evropský sociální fond,  
státní rozpočet České republiky,  
rozpočet hl. m. Prahy





## Obsah

## Východiska a cíle projektu

Mgr. Barbora Wenigová,  
ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví 4

## Péče o duševní zdraví na území hl. m. Prahy

MUDr. Pavel Bém, primátor hl. m. Prahy 5

## Model psychiatrické péče v regionu hlavního města – odborná analýza

MUDr. Ondřej Pěč, vedoucí expertního týmu projektu 7

## Model psychiatrické péče v regionu hlavního města – ekonomická analýza

Doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, MSc., PhD.,  
katedra ekonometrie VŠE 10

## Diskuse 13

## Jednání konference se zúčastnili (v abecedním pořadí) mj.:

Mgr. Michal Balabán, patientská organizace Kolumbus o.s.; MUDr. Michaela Bartáková, předsedkyně zdravotního výboru Zastupitelstva hl. m. Prahy; MUDr. Pavel Baudiš, člen výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP; MUDr. Pavel Bém, primátor hl. m. Prahy; PhDr. Pavla Doležalová, vedoucí odboru sociálních věcí Středočeského kraje; JUDr. Eva Dundáčková, poslankyně Parlamentu ČR; Mgr. Petr Hanuš, vedoucí odd. koncepce sociálních služeb MPSV ČR; MUDr. Kamil Kalina, vedoucí Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Úřad vlády ČR; MUDr. Stanislava Pánová, ředitelka odboru zdravotních služeb MZ ČR; Mgr. Milan Pešák, radní hlavního města Prahy; MUDr. Ludmila Plšková, ředitelka Oborové zdravotní pojišťovny; MUDr. Alena Šteflová, vedoucí Kanceláře SZO v ČR; MUDr. Pavel Vepřek, ředitel odboru strategie a plánování VZP; MUDr. Milada Tománová, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra; PhDr. Tomáš Vyhnaněk, ředitel odboru hospodaření přímo řízených organizací MZ ČR

## Grafická úprava, zlom, tisk:

Nakladatelství MEDICAL TRIBUNE CZ, s. r. o.,  
Na Moráni 5, 12800 Praha 2

## Úvodem

Nejméně 115 000, čili zhruba jedna desetina Pražanů, trpí psychickou poruchou. Tolik jich alespoň je v evidenci některé z 95 soukromých psychiatrických ambulancí a sedmi ambulancí ve státních zdravotnických zařízeních, v péči některého z osmi denních stacionářů nebo v hospitalizaci na některém ze dvou tisíců lůžek určených pro péči o osoby s psychickými onemocněními. Kromě toho slouží Pražanům i další zařízení, jako jsou např. krizová centra či tísňové linky. Celkem je během jediného roku alespoň jednou ošetřeno v pražských psychiatrických ambulancích nebo hospitalizováno v Psychiatrické léčebně Bohnice na 98 000 osob.

Nepoměr je zřejmý – nabídka služeb psychiatrů nestačí poptávce ani kvantitativně, ani kvalitativně či spíše strukturálně. Na jedné straně chybí akutní lůžka, na straně druhé je výrazně nedostatečná i péče následná a komunitní, které by napomáhaly nemocným zůstat co nejdéle a co nejvíce integrováni v běžném životě. Na otázku, co a jak je třeba změnit, měl odpovědět projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, jehož cílem bylo vypracovat situační analýzu péče o duševně nemocné na území hl. m. Prahy a na jejím základě pak připravit nový model této péče. Tvorba modelu je současně využita k informování a vzdělávání pracovníků veřejné správy v oblasti komunitní péče.

Projekt zkoumal, jaké služby jsou pro pacienty na území Prahy dostupné a po kterých je poptávka. Diskusí a dotazováním mezi téměř 200 odborníky z oboru a zástupci pacientů se ukázalo, že v Praze chybí nejvíce právě takové služby, po kterých pacienti i odborníci volají. Závěry projektu ukázaly, že převážná část psychiatrické péče se odehrává ve velkých psychiatrických léčebnách, zatímco alternativní služby chybí. Největší poptávka je po komunitní péči, lepším propojení všech segmentů psychiatrické péče (ústavní, ambulantní a komunitní) i kooperaci s praktickými lékaři, dále po zkvalitnění akutní ambulantní a nemocniční péče, po denních sanatoriích a krizových centrech, po podporovaném bydlení a centrech pracovní rehabilitace a po zkvalitnění ambulantní péče v nemocnicích. Průzkum tedy potvrdil, že systém potřebuje řadu změn. Společným jmenovatelem je potřeba přesunu služeb z institucí směrem k udržení nemocných v jejich přirozeném prostředí nebo k návratu do něj a ke zkracování hospitalizace na nezbytně nutnou dobu, ovšem za předpokladu existence alternativních služeb vně institucí. Ukázalo se tedy, že potřeby odborníků a pacientů jsou ve shodě s evropskými trendy. Získané výsledky by měly být východiskem k zásadním změnám v péči o duševně nemocné v metropoli, především k redukci počtu lůžek v psychiatrických léčebnách a k rozvoji alternativních služeb, které přiblíží péči co nejvíce k domácímu prostředí. Reforma v Praze by měla proběhnout v průběhu šesti až deseti let. Postupně by se měl redukovat počet lůžek v léčebnách a namísto nich by měly vznikat nové alternativní služby. Služby, které jsou dnes k dispozici jen desítkám či stovkám pacientů, by se v budoucnu měly poskytovat tisícům. Podle propočtů by v závěrečné fázi měly výdaje na tuto péči stoupnout ze současných 1,5 miliardy korun na více než dvojnásobek. Ačkoli to zní hrozně, dostali bychom se tím jen na spodní průměr současného stavu západních zemí Evropy. Tato péče je v Česku z hlediska mezinárodního kontextu totiž dlouhodobě podfinancována. ■

# Východiska a cíle projektu



V úvodním sdělení představila projekt a charakterizovala jeho hlavní východiska, cíle a výsledky Mgr. Barbora Wenigová, ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. Uvedla mj.:

Tato konference uzavírá dvouletý projekt nazvaný „Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné“, jehož cílem bylo zjistit skutečný stav péče o duševně nemocné na území hlavního města, analyzovat nedostatky, které bude třeba napravit, a před-

nosti, na nichž bude možno dále stavět, a navrhnout potřebné změny i realizační kroky a ekonomické zajištění k jejich dosažení. Řešitelem projektu je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které se od roku 1995 zabývá problematikou péče o duševně nemocné v České republice, a jeho financování zajistily Evropský sociální fond a rozpočty ČR a hlavního města Prahy. Na jeho realizaci se podíleli jednak přední představitelé odborné psychiatrické veřejnosti, jednak představitelé státní správy a samosprávy, a samozřejmě i zástupci pacientů či jejich rodičů a blízkých. Ti všichni byli zastoupeni jak v expertním týmu, tak v Radě projektu. Partnery projektu jsou Sdružení Občan, Asociace komunitních služeb a celonárodní organizace rodičů Sympatheia.

Projekt má dva cíle:

- 1) vytvořit model psychiatrické péče na základě zmapování názorů a potřeb odborníků i pacientů, včetně návrhu realizačních opatření a ekonomického zajištění, a předložit jej k široké diskusi;
- 2) informovat o problematice péče o duševní zdraví v regionu hlavního města příslušné odborníky veřejné správy, zapojit je do diskuse o potřebné transformaci této péče a zjišťovat jejich názory na připravený model.

Vypracování nového modelu péče o duševně nemocné v regionu hlavního města bylo až druhou etapou projektu; předcházela ji etapa první, věnovaná situační analýze této péče. Výsledky analýzy ukázaly, jaká je výchozí situace projektu. Tu určují jednak mezinárodní, jednak 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 Evropské komise a Evropské úřadovny Světové zdravotnické organizace.

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

- k rozvoji psychiatrických služeb s důrazem na přesun těžiště z institucí do komunity;
- k dostatečnému financování oboru psychiatrie;
- k zapojení jedinců s psychickými problémy a jejich rodin do plánované péče;
- k 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, a jako nedílnou součást zlep-

šení 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 Konceptci oboru psychiatrie vypracovanou Psychiatrickou společností. Tato koncepce, jakož i Národní psychiatrický plán vypracovaný v roce 2007, stanovily tyto hlavní priority:

- budování komunitní psychiatrie;
- zajištění kooperace ústavní, nemocniční, ambulantní a komunitní péče;
- zabezpečení akutní péče v oblasti ambulantní nemocniční péče;
- restrukturalizace 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).

O současné situaci péče o duševně nemocné v hlavním městě, o výsledcích a dalším pokračování projektu i jeho ekonomickém zajištění budou informovat další řečníci dnešní konference. Zde proto postačí uvést alespoň hlavní závěry, jež vyplynuly z odpovědí cca 200 odborníků a uživatelů z Prahy:

- celkově se u všech druhů služeb (s výjimkou následné lůžkové péče) odhaduje větší potřeba než v současné době;
- největší potřebný nárůst služeb vidí dotázaní v oblasti případového vedení, krizových služeb, denních stacionářů, podporovaném bydlení a center pracovní rehabilitace; zvýšit je třeba i kapacitu ambulantních služeb a akutních lůžek na odděleních nemocnic;
- je nezbytné zlepšit podmínky pro léčbu v psychiatrických ambulancích;
- nutno je lépe propojit všechny segmenty psychiatrické péče (a to i s praktickými lékaři);
- služby se musejí koncentrovat na udržení nebo návrat člověka s psychickou poruchou do přirozeného prostředí;
- hospitalizace je třeba (ovšem za předpokladu existence alternativních služeb vně institucí) zkrátit na nezbytně nutnou dobu.

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 je 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. Podmínkou k tomu, aby se nám podařilo společně cíle splnit, je shoda mezi organizátory, plátcí, poskytovateli a konzumenty péče. Takto nalezená shoda může být kvalitním předpokladem pro budoucí výhodnější distribuci financí pro psychiatrii z celkových výdajů na zdravotnictví. Proto nabízíme tento projekt jako východisko k hledání této shody. ■

# Péče o duševní zdraví na území hl. m. Prahy



Nejen jako primátor, ale i jako stále praktikující psychiatr a jeden ze členů prvního týmu, který vznikl hned krátce po roce 1989 s cílem transformovat českou psychiatrii, a především jako ten, jehož úkolem je garantovat fungování systému na území hlavního města, vystoupil dále MUDr. Pavel Bém. Ve svém sdělení se soustředil na charakteristiku současného stavu a potřeb systému péče o duševní zdraví na území hlavního města Prahy.

Podle posledního sčítání obyvatelstva žije v hlavním městě 1 158 800 lidí a přibližně 14% z nich trpí některou z psychiatrických diagnóz a 10% se léčí. V péči o ně představuje největší problém – stejně jako v celé České republice – nedostatečné financování. Navíc neexistují žádné výzkumy, které by mapovaly efektivnost těchto služeb.

zdravotnických zařízení je na území Prahy registrováno celkem 196 a jejich distribuce je patrná z tabulky. Podle odhadů poskytuje průměrná psychiatrická ambulance péči asi tisíci pacientům ročně, celkem se tedy jedná cca o 100 000 pacientů léčených v psychiatrických ambulancích. Spektrum diagnóz je široké – od demencí přes závislosti, psychózy, neurotické poruchy a adaptační reakce až po poruchy osobnosti a další.

V psychiatrických zařízeních je v Praze k dispozici 1 784 lůžek, z toho je 1 428 lůžek v psychiatrické léčebně a pouze 256 v psychiatrických odděleních fakultních nemocnic. Z celkového počtu lůžek v léčebně je jich 108 na interním oddělení a LDN. Dále je k dispozici 124 dětských lůžek a 352 lůžek gerontopsychiatrie, 210 na AT, 40 lůžek sexuologických a 12 lůžek pro léčbu poruch příjmu potravy.

Denních stacionářů existuje v Praze osm a mají celkovou kapacitu 127 míst. Tři jsou samostatnými zdravotnickými zařízeními, tři fungují jako součást větších zdravotnických zařízení a dva jsou součástí neziskových organizací, které poskytují i nezádravotnické služby. Příkladem může být denní sanatorium FOKUS:

### SOUČASNÁ STRUKTURA PÉČE V HMP

**PÉČE AMBULANTNÍ**  
psychiatrické ambulance specializované ambulance

Na území HMP je registrováno 196 nestátních zdravotnických zařízení

Počet úvazků ve smluvních zařízeních (info VZP, data k 3. 4. 2007)

| Pražský obvod | Správní obvod               | úvazky     |
|---------------|-----------------------------|------------|
| Praha 1       | Praha 1                     | 17         |
| Praha 2       | Praha 2                     | 16         |
| Praha 3       | Praha 3                     | 13         |
| Praha 4       | Praha 4, 11, 12             | 41         |
| Praha 5       | Praha 5, 13, 16, 17         | 29         |
| Praha 6       | Praha 6                     | 22         |
| Praha 7       | Praha 7                     | 10         |
| Praha 8       | Praha 8                     | 14         |
| Praha 9       | Praha 9, 14, 18, 19, 20, 21 | 14         |
| Praha 10      | Praha 10, 15, 22            | 30         |
| <b>CELKEM</b> |                             | <b>196</b> |

### Fokus Praha, o.s.

Denní sanatorium a terénní služby pro lidi s duševní nemocí

- Účelová nememoveční dotace (granty MČ, m. Prahy) pro rok 2007 v oblasti zdravotnictví
- Na projekt „Denní sanatorium a terénní služby pro lidi s duševní nemocí“ 280 tis. Kč – účelová nememoveční dotace v oblasti sociálních služeb pro rok 2007
- Typ služby – chráněné bydlení – sociální rehabilitace – celkem 19,208 místů Kč, včetně dotace, navýšení o 11 % proti 2006
- Praha podpořila sociální služby dvěma způsoby
- 1) podalo na MPSV návrh na jejich podpoře ze státního rozpočtu, kde MPSV návrhu HMP vyhovělo (Fokus obdržel státní dotaci ve výši 19 208 tis. Kč)
- 2) v rámci vyřadovaného programu I. grantového řízení v oblasti sociálních služeb bylo potřeba služby dofinancovat z rozpočtu HMP

Jak vypadá současné spektrum psychiatrických služeb na území hlavního města, ukazují následující tabulky:

Akutní i dlouhodobou péči o cca 90% osob spádové oblasti hlavního města zabezpečuje 95 soukromých ambulantních psychiatrů a sedm ambulancí ve státních zdravotnických zařízeních; nestátních

Chráněných dílen nebo chráněných míst s možností práce je v Praze 24 a poskytují dohromady 194 pracovních míst. Celkem je v Praze jen 232 míst pro chráněnou práci.

Pokud jde o chráněné bydlení, je v Praze k dispozici 43 míst komunitního bydlení, z toho 35 časově neomezeno, osm na dobu jednoho

### SOUČASNÁ STRUKTURA PÉČE V HMP II.

PÉČE LŮŽKOVÁ – akutní lůžka – 307 + 94 pro děti 2007 (bez CA)

| oddělení    | počet | lůžek | v % vytiženost | průměrná doba |
|-------------|-------|-------|----------------|---------------|
| psychiatrie | 3     | 256   | 84,1           | 25,3          |

Hospitalizovaní na lůžkách jednotlivých oddělení nemocnic HMP za rok 2006: 2 928 tj. 2,47/průměr na 1000 obyvatel

| Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN<br>Počet lůžek: 145, počet oddělení: 7, počet ambulancí: 1                | Lůžka národné péče  |
|--|---|
| Psychiatrické centrum Praha<br>Počet lůžek: 51, počet oddělení: 1, ambulancie: a 2 denní sanatoria             | Psychiatrická léčebna Bohemia<br>1 318 lůžek  |
| Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF BFM<br>Počet lůžek: 31, počet oddělení: 1                                | Gerontopsychiatrické centrum v Praze 8,<br>46 lůžek, pro dlouhodobou péči i pro pacienty s demencí            |
| Fakultní Thomayerova nemocnice a poliklinika<br>Městská psychiatrická klinika                                  | Denní psychoterapeutické sanatorium – krizové centrum s vyřadovací službou a denní péčí pro nemocné psychicky |
| Nemocnice s lůžkovými ústavy sv. Karla Bolestivých v Praze<br>Dětská a dětské psychiatrické centrum – 14 lůžek |   |

### Krizové centrum RIAPS

Centrum sociálních služeb Praha, příspěvková organizace HMP

- Motivace a cíle:**
  - komplexní péče o člověka v obtížných životních situacích, které ohrožují jeho psychické zdraví
  - akutní konzultace u psychologem nebo psychiaterem 24 hodin denně
  - krátkodobá podpora při potřebe
  - doprovázení klienta směřující ke stabilizaci jeho stavu
  - krátkodobý pobyt na lůžkovém oddělení s překlenutí krizového období
- Cílová skupina:**
  - lidé, kteří se ocitnou v obtížných životních situacích
  - organizace a klienti pod vlivem psychosociálních látek (drogy, alkohol), dále s mentálními, manickými a/anebulantní psychiatrickou péčí
- Právní rámec poskytování služeb:**
  - veliká péče je plánována je zdravotnímu poskytnutí
  - pro akutních obtížích není potřeba žádné doporučení ani objednání
  - pobyt na lůžkovém oddělení indikuje pouze psychiatr RIAPS v rámci konzultace
  - právní hodiny nepřetržitě 24 hodin denně

Celkové náklady jsou cca 10 mil. Kč, z toho 8 mil. Kč z veřejného zdravotního pojištění  
členové zdravotníhospitálu a 2 mil. Kč dotace HMP dotaci.



roku. Dalších 48 míst se nachází v chráněných tréninkových bytech. K dispozici je také šestnáct sociálních bytů, které nabízejí trvalé bydlení klientům potřebujícím určitou míru pomoci či podpory.

Komplexní a bezbariérové krizové služby (linka důvěry, možnost osobní konzultace, možnost krátkodobého pobytu na lůžku) poskytují v Praze dvě centra – Krizové centrum RIAPS při Centru sociálních služeb Praha a prevence (viz schéma) a Centrum krizové intervence, které je součástí Psychiatrické léčebny v Praze – Bohnicích. Loňské rozhodnutí ředitele léčebny toto centrum radikálně omezit, protože z jeho rozpočtu ve výši 5,5 milionu pojišťovny hradily pouze dva miliony, zatímco zbytek musela doplácet léčebna, vzbudilo řadu sporů. Nyní dosáhl magistrát hl. m. Prahy s ministerstvem zdravotnictví dohody, že od začátku roku 2008 se provoz obnoví v plném rozsahu, a na financování se bude posílet jak MZ ČR, tak město Praha.

V Praze dále působí psychiatrické poradny, služba případového vedení (case management), centra denních služeb a denních aktivit, a několik svépomocných aktivit.

Na dalších dvou obrázcích je znázorněno, co může město udělat ve financování uvedených zařízení. Tyto možnosti jednak vyplývají z jeho role zřizovatele, jednak souvisejí z jeho podpory neziskového sektoru formou grantů.

| FINANCOVÁNÍ I.<br>Příspěvkové organizace   |              |
|--|--------------|
| POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB - zřizovatel hl. m. Praha<br>neinvestiční příspěvek HMP pro rok 2007 celkem 49,475 milionů Kč + státní dotace MPSV 31,245 milionů Kč   |              |
| DOTACE HMP (v tis. Kč):  |              |
| Domov se zvláštním režimem Kráská Lúpa:  | 14 823,70 Kč |
| Domov Světlava:  | 10 526,00 Kč |
| Domov se zvláštním režimem Terézín:  | 24 826,00 Kč |
| AMBULANTNÍ ZAŘÍZENÍ (NZZ)  |              |
| Krizové centrum RIAPS (Centrum sociálních služeb Praha, příspěvková organizace HMP)<br>Celkové roční náklady jsou cca 10 mil. Kč, z toho 4 mil. Kč z veřejného zdravotního pojištění (fondů zdravotních pojištění) a 6 mil. Kč dokrývá HMP dotací. |              |

| FINANCOVÁNÍ II.<br>Zdravotní, zdravotně-sociální, sociální služby v rámci grantových řízení                         |            |
|---|------------|
| Zdravotní - 12 jednotlivých grantů, celkem 1 252 000 Kč   |            |
| Například:  |            |
| - Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha:  | 280 000 Kč |
| - FORKUS PRAHA, o. s. - Denní sanatorium a terénní služby pro lidi s duševní nemocí:                                | 280 000 Kč |
| - Česká alzheimerovská společnost:  | 200 000 Kč |
| - Denní psychoterapeutická sanatorium:  | 200 000 Kč |
| Sociální, prevence dotací HMP i dotace MPSV na sociální služby - 9 typů služeb, celkem 2 072 000 Kč pro 22 projektů |            |
| Například:  |            |
| - BONA o. p. s. - podpora samostatného bydlení:   | 322 000 Kč |
| - Občanské sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimii:                                  | 265 000 Kč |

Hlavní nedostatky současného systému shrnuje tabulka vpravo nahoře.

Konečně závěrečná tabulka shrnuje hlavní cíle transformace pražské psychiatrie.

| NEDOSTATKY SOUČASNÉHO SYSTÉMU  |
|--|
| gřetvářející stereotypy pro lůžkovou péči – nevyhovující struktura psychiatrických lůžek pro akutní, následnou a chronickou péči   |
| nedostatečná nabídka komunitní péče, všech typů sociálních služeb včetně odlehčovačích   |
| malá provázanost a koordinace služeb zdravotních, zdravotně-sociálních, sociálních; nedostatečná návaznost lůžkové a ambulantní péče,                                      |
| nedostatečné kapacity služeb, nedostatečná struktura a rozložení služeb  |
| chybí návštěvní služba psychiatra, psychiatrický home care, různé formy chráněného bydlení, je nedostatek pobytových zařízení s psychiatrickou péčí (v gerontopsychiatrii) |
| podfinancování, absence finančních zdrojů na systémový rozvoj  |

Co říci závěrem? Ani téměř dvě desetiletí po roce 1989 není proces deinstitucionalizace psychiatrické péče a přesunu její zásadní části do komunity dokončen, a značné nedostatky jsou i v malé provázanosti a koordinaci lůžkové a ambulantní péče, jakož i zdravotnických a sociálních služeb. Co nejdříve by se proto měla podstatná část psychiatrické péče přesunout do komunitních služeb všech možných typů, včetně sociálních a psychosociálních. Stejně tak je nezbytné restrukturalizovat lůžkovou péči, zabezpečit širší variabilitu služeb, co nejrychleji vytvářet koncepční systém home care, účinné formy chráněného bydlení, chronických psychiatrických lůžek v oblasti gerontopsychiatrie atd. V každém případě je třeba hledat způsob lepšího provázání služeb na ose ambulantní – lůžková – krizová péče, i na ose zdravotnické (psychiatrické) – sociální – psychosociální služby. Při tom je nutno respektovat reálné potřeby a poptávku po jednotlivých službách a zajistit, aby investice a náklady byly v harmonii s dosahovanými výsledky a byly tedy vynakládány efektivně.

Ve srovnání se světem a Evropou je psychiatrická péče v České republice podfinancována, a to se – byť v poněkud menší míře – týká také Prahy. Právě zde je navíc vzhledem k vyšší incidenci i prevalenci duševních poruch mnohem vyšší naléhavost potřeby psychiatrické péče.

„Jsem proto velmi rád,“ uvedl závěrem dr. Bém, „že po mnoha letech máme k dispozici seriózní data a závěry, které nás mohou posunout vpřed v zaměření, ve spektru, v provázanosti i v efektivnosti psychiatrických služeb. A rád bych vás ujistil, že hlavní město Praha je odhodláno a připraveno všechny závěry odražející potřeby odborné i patientské veřejnosti co nejdříve realizovat.“

| CÍLE TRANSFORMACE  |
|--|
| zabezpečit dostatečné množství variabilních služeb (vytvoření chybějících služeb, posílení potřebných existujících služeb) |
| zkvalitnit služby samotné i jejich dostupnost pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním                                  |
| zajistit vyhovující systém financování služeb pro psychiatrické pacienty   |
| umožnit kontrolu financování a efektivitu finančních prostředků vynaložených na služby pro psychiatrické pacienty          |
| zajistit efektivní návaznost služeb  |

# Model psychiatrické péče v regionu hlavního města *Odborná analýza*



Vedoucí expertního týmu projektu MUDr. Ondřej Pěč ve svém vystoupení, zaměřeném na odbornou analýzu, znovu zdůraznil, že předkládané výsledky je třeba považovat nikoli za dogmatické tvrzení, nýbrž za východisko k diskusi, i když jsou podpořeny názory a stanovisky téměř dvou stovek respondentů z řad psychiatrů i jejich pacientů.

D. Pěč pak rekapituloval postup při realizaci projektu.

Nejprve byla provedena situační analýza, na jejímž základě bylo vypracováno zadání pro vytváření modelu.

Dalším krokem byla definice sledované skupiny respondentů; její strukturu a východisko k výběru ukazují graf a tabulka:

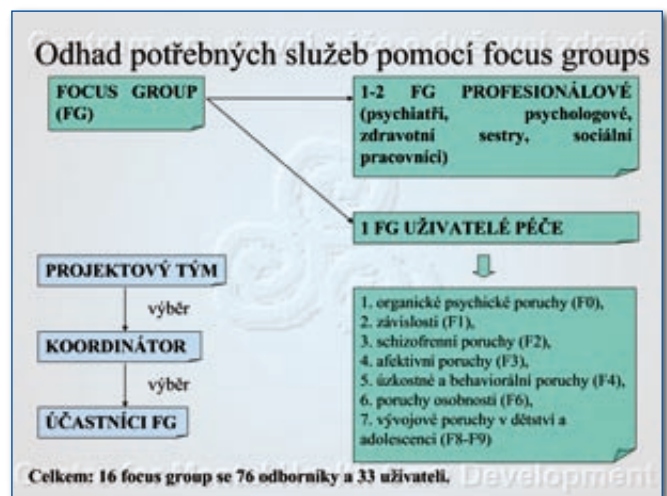


Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví  
**Sledovaná skupina**

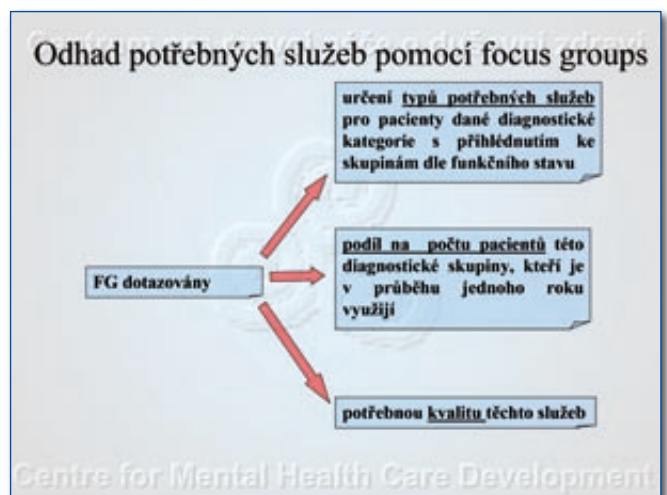
| Diagnostická kategorie                               |              |
|--|--------------|
| organické duševní poruchy F00-F09                    | 8698         |
| poruchy vyvolané alkoholem F10                       | 4086         |
| poruchy vyvolané ost.psychoaktivními látkami F11-F19 | 4487         |
| schizofrenie F20-F29                                 | 7128         |
| afektivní poruchy F30-F39                            | 20159        |
| neurotické poruchy F40-F48, F50-F59                  | 36247        |
| poruchy osobnosti F60-F63, F68-F69                   | 6289         |
| sexuální poruchy, deviace F64-F66                    | 802          |
| mentální retardace F70-F79                           | 1016         |
| vývojové poruchy v dětství a adolescenci F80-F98     | 3264         |
| neurč.duševní porucha F99                            | 894          |
| <b>CELKEM</b>  | <b>93070</b> |

Centre for Mental Health Care Development

Po přípravných fázích byl nejprve pomocí tzv. focus groups, složených jednak z profesionálů – poskytovatelů, jednak z pacientů – jejich uživatelů, proveden odhad potřebných služeb. Vytvořeno bylo celkem 16 focus groups, do nichž bylo zařazeno 76 odborníků a 33 uživatelů psychiatrických služeb:

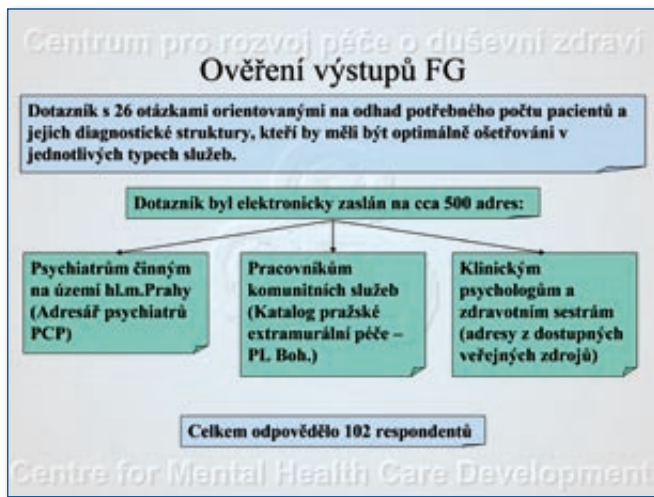


Úkolem focus groups bylo především zodpovědět tři základní otázky, shrnuté na následujícím grafu:



K ověření výstupů z focus groups pak mělo sloužit ještě dotazníkové šetření. Za tím účelem byl připraven dotazník, který pak byl elektronicky distribuován na cca 500 adres. Odpovědi byly získány od 102 respondentů.





Složení účastníků jak focus groups, tak dotazníkového šetření, ukazuje tabulka:

### Složení účastníků FG a respondentů dotazníkového šetření

| PROFESE                     | FG         | Dotaz.šetření |
|-----------------------------|------------|---------------|
| Psychiatrii                 | 23         | 39            |
| Praktičtí lékaři a pediatři | 3          | 5             |
| Ostatní lékaři              | 5          | 8             |
| Psychologové                | 9          | 14            |
| Zdravotní sestry            | 2          | 14            |
| Sociální pracovníci         | 14         | 19            |
| Ostatní pracovníci          | 20         | 17            |
| Uživatelé a příbuzní        | 33         | 17            |
| <b>CELKEM</b>               | <b>109</b> | <b>102</b>    |

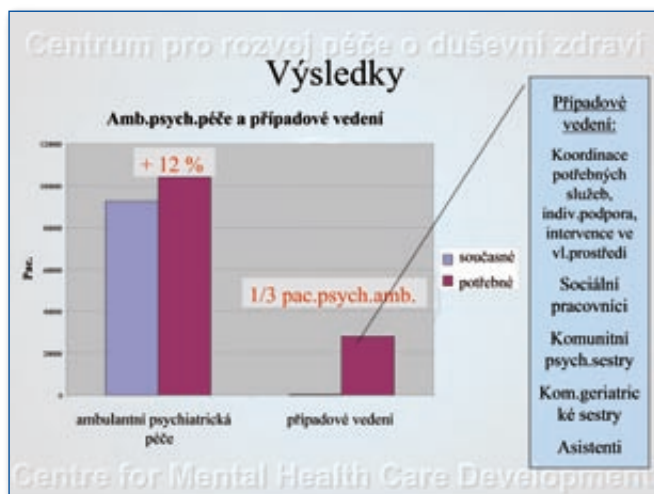
Centre for Mental Health Care Development

A jak lze charakterizovat hlavní výsledky a závěry šetření?

Z kvalitativní analýzy focus groups vyplynuly čtyři hlavní akcenty:

- 1) Propojenost všech segmentů péče (networking)
- 2) Orientace služeb do přirozeného prostředí pacientů
- 3) Rozvoj ambulantní psychiatrické péče se zdůrazněním terapeutického vztahu
- 4) Podpora krátkodobých hospitalizací, optimálních vzhledem k potřebám pacienta

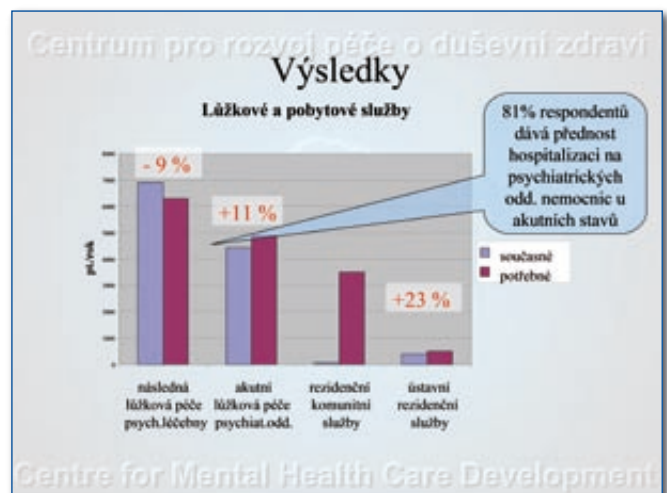
Respondenti považují za nezbytné zvýšení kapacity téměř ve všech typech péče, samozřejmě v různé míře – k nejvyššímu vzestupu by mělo dojít u ambulantní péče (+ 12%). Vytvořit je třeba službu případového vedení, potřebného asi u třetiny ambulantních pacientů.



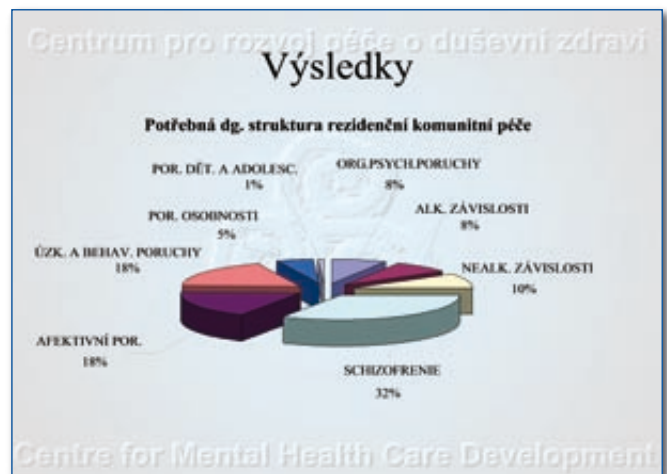
Jak by měla vypadat diagnostická struktura případového vedení, ukazuje následující graf:



Podle respondentů by bylo možno snížit kapacitu lůžkové následné péče, a naopak zvýšit kapacitu lůžkové péče akutní; 81% z nich přitom dává přednost hospitalizaci na psychiatrických odděleních nemocnic. K významnému vzestupu (o 23%) by mělo dojít v kapacitě rezidenčních komunitních služeb; ty dnes prakticky neexistují a je proto třeba začít s jejich budováním téměř od počátku.



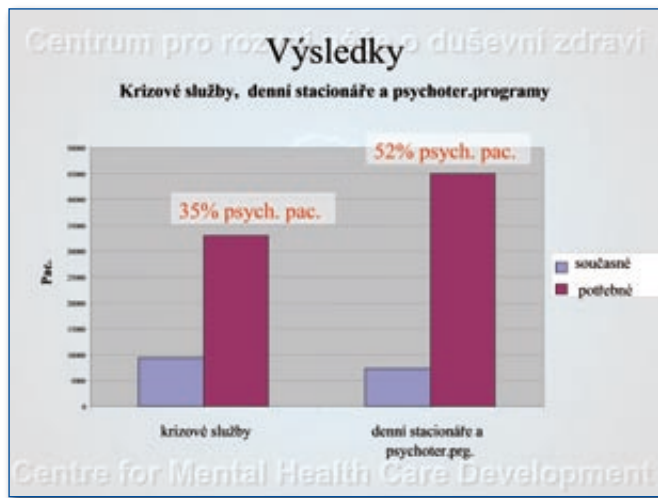
Jak ukazuje graf potřebné diagnostické struktury této rezidenční komunitní péče, nejedná se pouze o psychózy (schizofrenii), ale i další poruchy.



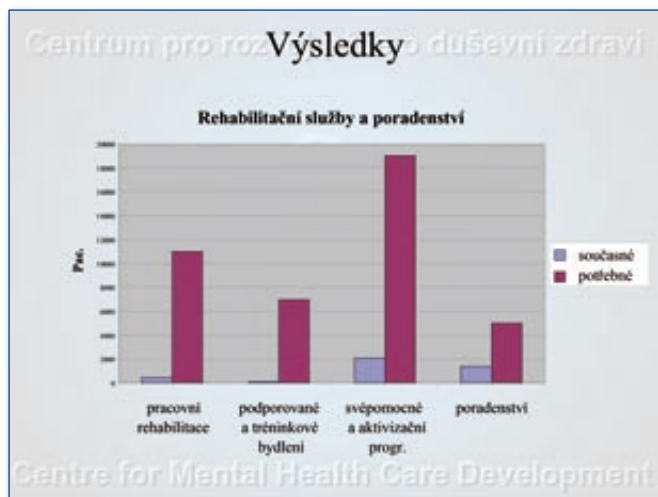
K výraznému navýšení oproti současnému stavu by mělo dojít u krizových služeb (na tříapůlnásobek) a u denních stacionářů a psy-



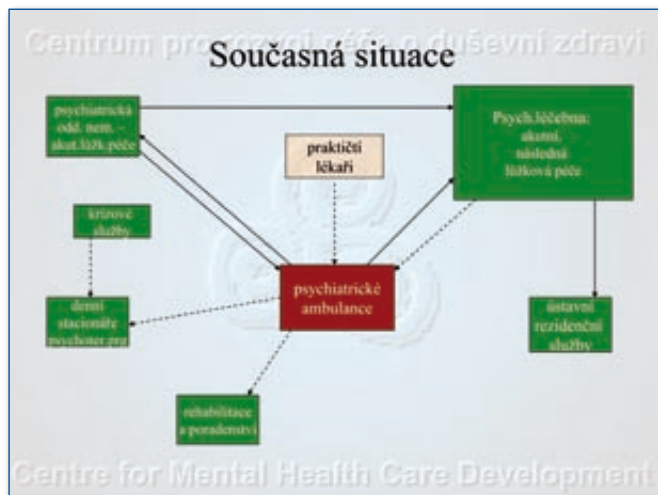
choterapeutických programů (na osminásobek) – předpokládá se, že první typ služeb by mělo využívat asi 35%, druhý pak 52% psychiatrických pacientů.



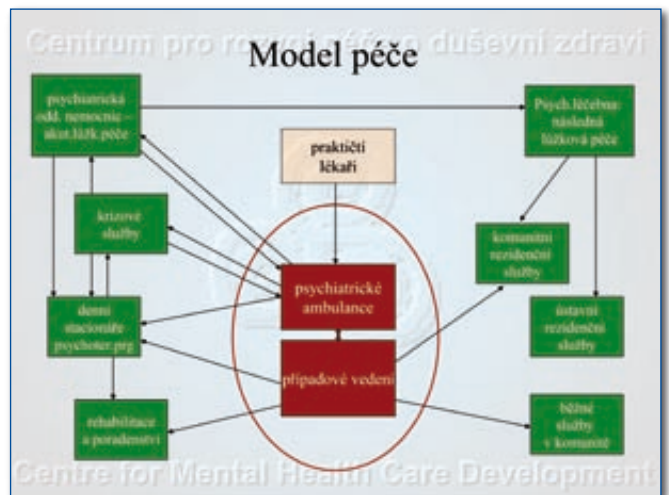
Výrazné vzestupy se však očekávají i v dalších oblastech, jako je pracovní rehabilitace, podporované a tréninkové bydlení, poradenství a především svépomocné a aktivizační programy.



Nakonec následovala ekonomická analýza (jíž je věnován další příspěvek) a byly navrženy realizační kroky. Řešitelé projektu přitom vycházeli ze srovnání současného stavu (následující graf):

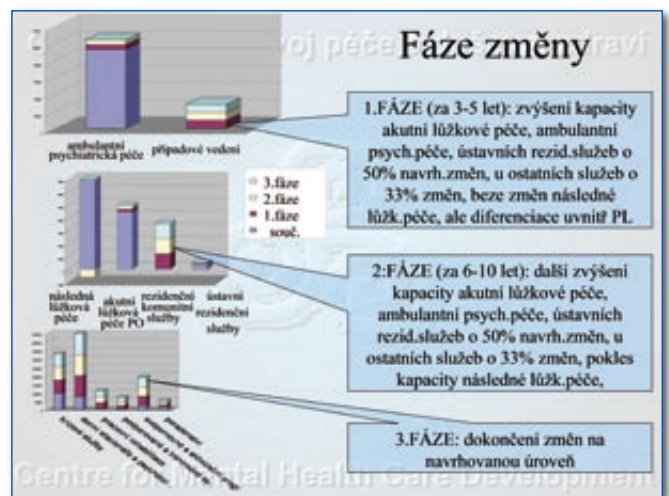


Současnou situaci pak porovnali s cílovou představou, jak ji znázorňuje následující schéma:



V této cílové představě tvoří základ a jádro spolupráce různých typů péče psychiatrická ambulance a případové vedení; na ně pak navazují a s nimi jsou koordinovány všechny další služby. Lůžková péče je v této cílové situaci diferencovaná, s akutní hospitalizací orientovanou na psychiatrická oddělení nemocnic a s následnou péčí orientovanou na psychiatrickou léčebnu.

Expertní tým si je vědom faktu, že všechny navrhované změny nelze provést ani zároveň, ani ihned – je na ně třeba času, prostoru, finančních prostředků. Dříve, než bude možno některé služby utlumit, je také nutno některé nové služby rozvinout. Proto rozdělují změny do tří fází, jak je popisuje následující schéma:



Součástí výstupů projektu je i popis činností v jednotlivých službách se specifikací, zda spadají do zdravotní či sociální oblasti, určují personální obsazení, úvazky a provozní náklady, i způsoby potřebného financování ze strany MZ ČR a zdravotních pojišťoven, MPSV ČR, Magistrátu hl. m. Prahy a evropských fondů.

# Model psychiatrické péče v regionu hlavního města *Ekonomická analýza*



Ekonomická analýza modelu a odhad ekonomických dopadů navrhovaných změn – to byl úkol a předmět sdělení doc. Mgr. Ing. Martina Dlouhého, MSc., PhD., z katedry ekonometrie VŠE.

Pro porovnání bylo třeba nejprve zjistit, kolik stojí péče za současného stavu, což nebylo jednoduché jednak proto, že pro různé služby jsou k dispozici data z různých let a z různých zdrojů, jednak pro další důvody:

- Oficiální údaje (ČSÚ, ÚZIS, pojišťovny) popisují zejména zdroje financování a typy poskytovatelů než výdaje (náklady) podle diagnóz.
- Údaje za zdravotně-sociální a sociální služby jsou méně dostupné než údaje za zdravotnictví.
- Financování se realizuje z mnoha rozdílných zdrojů, velmi různorodé služby.
- Ekonomická data jsou z let 2003–2007, nejčastěji za rok 2006.
- Počty pacientů jsou za roky 2005, výjimečně 2006.
- V případě některých, ještě nerozvinutých služeb jde o malá zařízení, proto nemusí jít o zcela reprezentativní údaje.
- Přednost je dáována nákladům před úhradami.

Pokud jde o realizaci nového modelu, je rozdělena – jak už bylo uvedeno výše – do tří fází. Stejně je posuzována i jeho ekonomická náročnost.

Průběh změn v průběhu tří fází transformace péče o duševní zdraví lze charakterizovat takto:

- ambulantní psychiatrická péče, akutní lůžková péče, ústavní rezidenční služby (50%, 50%, 0%),
- následná lůžková péče (0%, 100%, 0%),
- ostatní typy péče (33%, 33%, 33%).
- Nová kategorie „léky na předpis“, nejde o službu, ale o významnou nákladovou položku, ty však zatím v modelu nejsou zahrnuty.

V analýze ekonomické náročnosti se předpokládá lineární vztah: dvojnásobek služeb bude stát dvojnásobek prostředků.

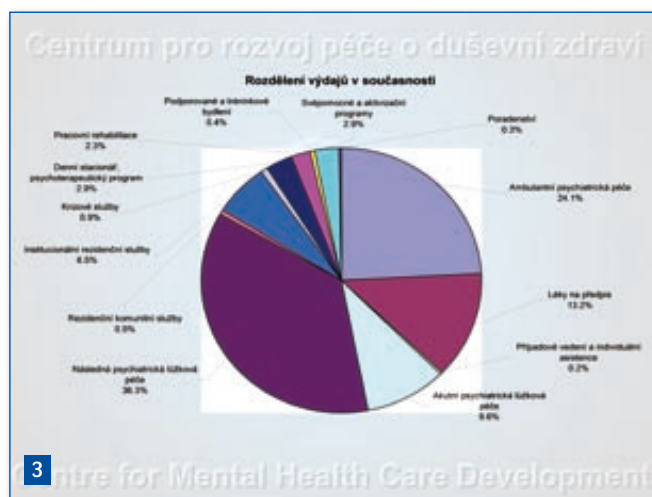
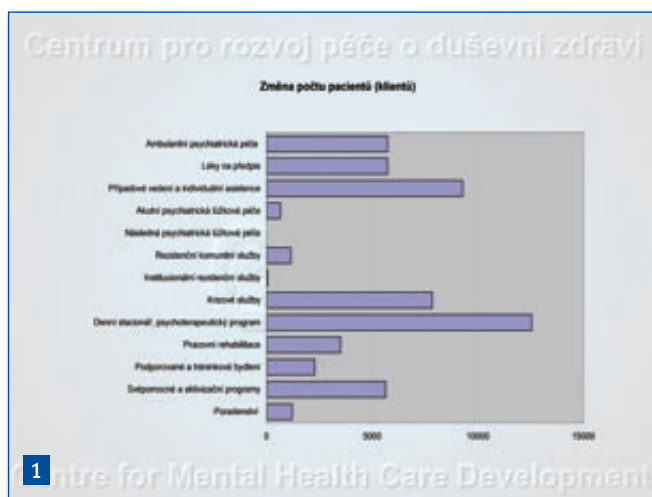
1. fáze transformace by se měla realizovat v horizontu 3-5 let.

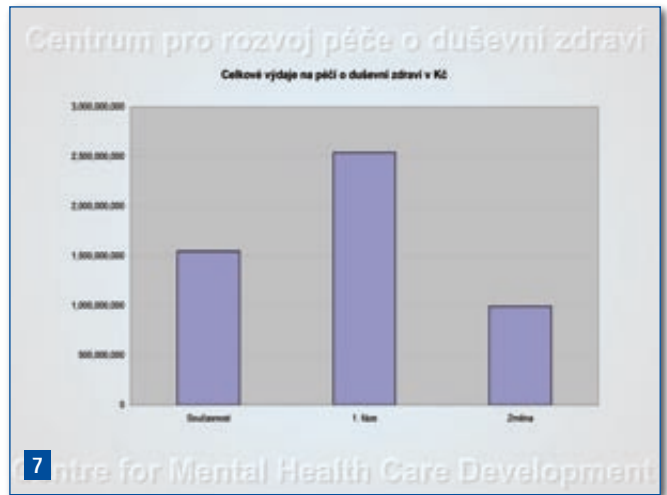
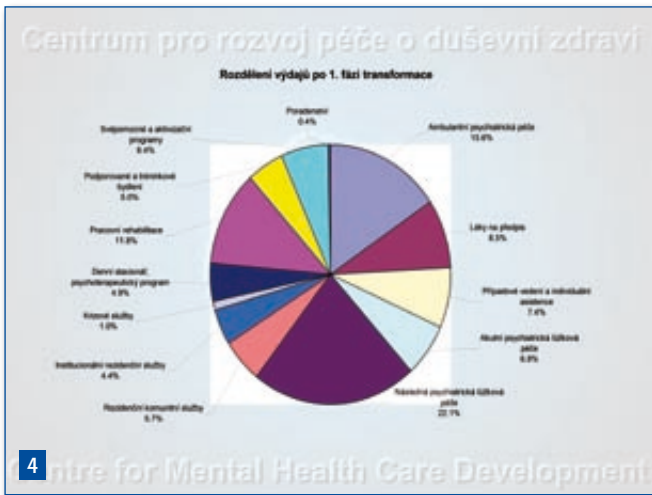
Při stanovování nákladů jsme vycházeli ze změn počtu pacientů (viz graf 1), které mohou být někdy značné – např. u denních stacionářů nebo u případového vedení se předpokládá navýšení v řádu až tisíců pacientů, což znamená i značné navýšení nákladů.

Dalším významným faktorem je, že u služeb dosud nerozvinutých, ale hodně žádaných, budou náklady značné, zatímco u služeb již etablovaných mohou být – aniž by to znamenalo jejich utlumování – přídatné náklady minimální – viz graf 2.

Následující kruhové grafy 3 a 4 umožňují porovnat, jak vypadá odhad rozdělení nákladů v současnosti a v budoucnosti, respektive po provedení první fáze transformace:

Ze srovnání současného a budoucího stavu vyplývá, že podíl tradičních služeb poklesne z 80 na 60%, a výsledkem bude pest-

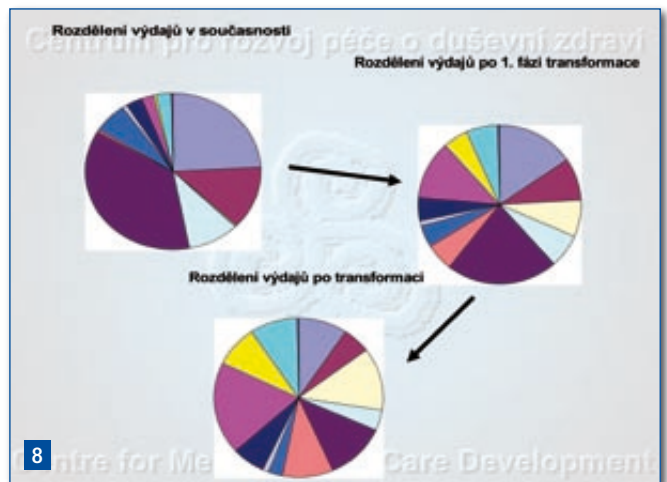
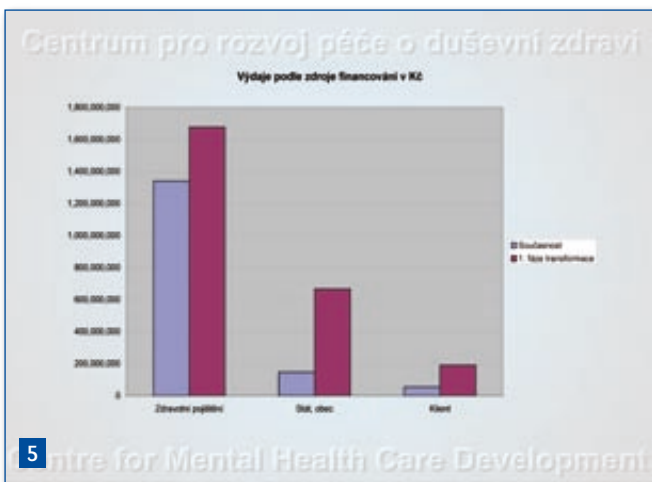




řejší nabídka služeb včetně řady zcela nových, především komunitních a rezidenčních.

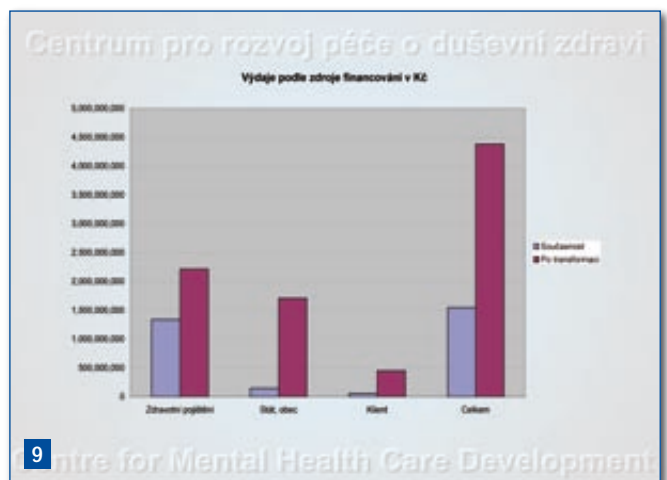
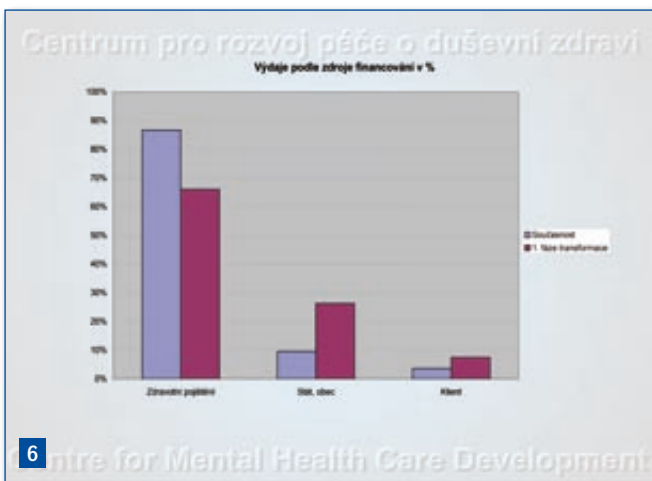
V dalším kroku jsme se pokusili připravit i orientační odhad zdrojů financování, které shrnuje následující graf 5. Vyplývá z něj, že nejmenší bude nárůst nároků na zdravotní pojištění, větší pak na stát a obce, ale také na klienty. Na ně se také podle nového zákona o sociálních službách přesune část dnešních nákladů státu a obce.

jak je patrné z následujícího grafu 8. Je třeba upozornit, že podíl tradičních služeb se vzhledem k tomu zmenšuje opticky, nikoli absolutně, protože zůstanou zachovány nebo u nich dokonce rovněž bude docházet k růstu, nikoli ovšem stejně rychlému jako u služeb nových.



Z procentuálního vyjádření (viz graf 6) je patrné, že podíl zdravotnictví se dlouhodobě bude relativně zmenšovat, naopak růst by měly výdaje za služby ve zdravotně-sociální sféře.

Z následujícího grafu 9 je patrné, že v horizontu deseti let by se mělo v regionu hlavního města Prahy vydávat na péči o duševní zdraví zhruba 2,5krát více než dnes



Další graf 7 porovnává výši současných a budoucích nákladů (po ukončení první fáze) a jejich poměr. Předpokládá se, že nárůst bude ve výši cca 1 mld Kč.

V následujících fázích transformace by pak mělo dojít k dalším změnám směrem k ještě širšímu portfoliu a větší pestrosti služeb,

Odpovědí na otázku, zda je to hodně či málo, ukazuje poslední graf 10, převzatý ze Zelené knihy péče o duševní zdraví v Evropské unii. Vyplývá z něj, že pokud jde o podíl výdajů na psychiatrickou péči z celkových výdajů na zdravotnictví, je Česká republika s 2,9% na předposledním místě.

Dva zelené sloupce pak ukazují předpokládaný stav po různých fázích reformy. I po první fázi, byt výdaje vzrostou cca o 25%,





bohužel zůstaneme na stejném místě. Teprve za deset let, na konci celé reformy a po nárůstu o 65%, bychom se mohli posunout před Portugalsko a dostat se na spodní hranici současného stavu vyspělých západních zemí, pokud ovšem mezitím i tam nedojde k dalšímu vzestupu. To svědčí o tom, jak výrazně je dnes u nás psychiatrická péče podfinancována, a že dokonce i navrhovanými reformními kroky se dostaneme spíše k žádoucímu minimu než optimu. ■

# Z diskuse



**MUDr. Michaela Bartáková, předsedkyně zdravotního výboru Zastupitelstva hl. m. Prahy,** která se rovněž zúčastnila práce v Radě projektu, upozornila na specifčnost Prahy – je to region s velkou kumulací vlastních obyvatel a navíc velkým počtem osob, které se dojíždějí za prací. Život a práce ve velkoměstě kladou větší nároky i na psychiku člověka a jeho duševní adaptabilitu. Proto se populace, jíž se navržený model týká, v mnoha ohledech liší od populace ostatních částí země.

I ze závěrů projektu proto vyplývá potřeba řady specifických přístupů a nutnost klást důraz především na preventivní péči, při současném zajištění péče akutní a následné. Preventivní péči mohou poskytovat nejen centra krizové intervence, ale i ambulance psychiatrických zařízení a ambulantní psychiatrii. Proto se jako nejdůležitější jeví potřeba nárůstu ambulantní psychiatrie. Velký význam má též zajištění center psychiatrické krizové intervence a nízkoprahových preventivních zařízení, trvale dostupných a zároveň nestigmatizujících. Proto hl. m. Praha věnuje těmto zařízením – ať už jde o centrum RIAPS, jehož je hlavní město provozovatelem, nebo Centrum krizové intervence při Psychiatrické léčebně v Bohnicích, jehož zřizovatelem je MZ ČR, ale které chce finančně podpořit i pražský magistrát – mimořádnou pozornost. A pokud jde o ekonomické hodnocení, je třeba mít při všech úvahách o dnešních nákladech na mysli především to, že v budoucnu se nám vrátí v podobě úspor za léčbu mnohem náročnějších stadií duševních chorob.



**Mgr. Petr Hanuš, vedoucí odd. koncepce sociálních služeb MPSV ČR,** konstatoval především připravenost MPSV k širší spolupráci s MZ ČR při zajišťování péče o osoby s duševními chorobami. Nový zákon o sociálních službách, který změnil celkovou situaci v poskytování sociálních služeb, přinesl mj. dva nástroje, jež by k tomu mohly přispět; k jejich plnému uplatnění je ovšem třeba určité doby.

Prvním je komunitní plánování čili příprava střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb. I do budoucna se předpokládá, že na ně bude vázáno financování – služby by tedy měly být plánovány tak, aby odpovídaly skutečným potřebám. Možnost komunitního plánování má tedy jak magistrát, tak i jednotlivé obvody Prahy.

Druhý nástroj spočívá v plánování směrem k uživatelům, tedy vytvoření individuálních plánů, protože i v rámci služeb daných zákonem by péče měla být co nejvíce individualizována a měla by co nejvíce odrážet různorodé potřeby. Také stávající rezidenční zařízení by měla být více terénního charakteru, aby se mohlo co nejvíce nemocných přesunout do přirozeného prostředí. Služby jako osobní asistence, podpora samostatného bydlení, denní a týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, terapeutické komunity – na všechny MPSV v systému státních dotací pamatuje a bude se je snažit podporovat tak, aby pro ně bylo k dispozici i více prostředků. Navíc je MPSV připraveno s MZ ČR i dalšími partnery ke spolupráci na jakémkoli projektu či aktivitě, které povedou k tomu, aby co nejvíce potřebných dostalo takovou péči, jako potřebují.

**MUDr. Stanislava Pánová, ředitelka odboru zdravotních služeb MZ ČR, spolu s PhDr. Tomášem Vyhnánkem, ředitelem odboru hospodaření přímo řízených organizací MZ ČR,** připomněli, že stes-



ky na nedostatečné financování, neracionální rozložení spektra služeb, absenci některých a naopak nadměrnost jiných, se opakují již delší dobu. Proto vítají, že konečně existuje model směřující k řešení problémů a k ověření řady hypotéz v reálné praxi. Je to o to cennější, že vše bude probíhat v kontextu mnoha proměnných – mění se legislativa, přijímání páteřních zákonů zdravotnictví atd. Z tohoto hlediska je ovšem třeba konstatovat i to, že nebyla včas připravena a jednomyslně celou psychiatrickou obcí prosazována jednotná koncepce oboru. Jedině ta totiž může říci, kolik a jakých pacientů dnes je, a jakou péči a za kolik potřebují. A jediné ta může být východiskem k jednání se zdravotními pojišťovnami o tom, co a jak je třeba hradit. V psychiatrii je navíc nutné i jednání na nadresortní úrovni, tzn. v koordinaci zdravotnických a sociálních služeb. To jistě není jednoduché, ministerstvo zdravotnictví je však na to připraveno.



**MUDr. Pavel Baudiš, člen výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP,** rovněž nejprve ocenil skutečnost, že nový model představuje nikoli ideologická prohlášení, nýbrž přehled založený na faktech a datech. Upozornil sice na některé metodické problémy (možnost zkrácení jak v důsledku velikosti a složení focus groups i dotazníkového souboru, nedostatečné zastoupení zejména praktických lékařů, do jejichž péče se rovněž dostává řada duševně nemocných atd.), v zásadě však své připomínky formuloval jako snahu o další zlepšení připraveného modelu, který chápe jako mimořádně hodnotné východisko k dalším diskusím.



**MUDr. Pavel Vepřek, ředitel odboru strategie a plánování VZP,** především deklaroval ochotu a snahu VZP zajišťovat osobám s duševními chorobami tu nejlepší péči, samozřejmě diferencovaně podle reálných potřeb. Současně však uvedl, že proces, jak zajistit správnou péči správnému pacientu na správném místě a ve správném čase správným způsobem, je procesem trvalým a nikdy nekončícím. Je to výsledek složitých interakcí mezi

pacienty a jejich rodinami, organizátory, plátcí a poskytovateli péče, a samozřejmě také politiky. Proto ani od tohoto modelu nelze očekávat, že vstoupí do života automaticky a okamžitě. Čeká nás transformace jeho myšlenek do řeči sazebníků, smluv, výchovy specialistů i úředníků, a výsledná podoba bude odrážet interakce s reálnými postoji a přínosy řady účastníků. Jako jeden z praktických výstupů ze strany VZP dr. Vepřek uvedl, že pojišťovna od poloviny roku 2007 uzavírá smlouvy na psychiatrickou domácí péči a hodná v tom pokračovat i nadále.

Nářky nad nedostatečným financováním psychiatrie lze komentovat takto: psychiatrická péče rozhodně nedostane žádné peníze navíc automaticky, má ale plnou možnost si tyto peníze vydělat, pokud nabídne a bude poskytovat skutečně potřebné služby našim pojištěncům. Nicméně v psychiatrii se blýská na časy i v jiných směrech. Za přelomové je třeba považovat rozhodnutí Nejvyššího soudu, podle něhož neplatí regulační význam maximální ceny bodu v případě, že zařízení je placeno paušálem; VZP proto nyní proplácí navíc 3% za roky 2005 a 2006 a rovněž platby za rok 2007 navyšuje o stej-

né procento. Zatím sice nevíme, jak bude vypadat vyhláška pro rok 2008, nicméně probíhají jednání mezi VZP a Psychiatrickou společností o navýšení lékového paušálu.

Za významný považují problém, že v psychiatrických léčebnách je stále řada pacientů z víceméně sociální indikace, aniž tomu odpovídají toky financí. Zatímco VZP zaplatila zařízením MPSV již více než půl miliardy korun, opačně to tak neprobíhá.



**Mgr. Michal Balabán z pacientské organizace Kolumbus o.s.**, se ve svém vystoupení zaměřil z hlediska reformy péče o duševně nemocné na postoje a chování úředníků státní správy a samosprávy. Za rozhodující v tomto smyslu považuje především boj se stále přetrvávající stigmatizací. Upozornil, že duševně nemocní mají kromě běžných problémů, společných všem, také problémy odlišné, zcela specifické. Mohou se také poněkud odlišně chovat.

Nic z toho by však nemělo znamenat, že by se k nim úředníci měli chovat jinak, než ke komukoli jinému. V určitém smyslu by dokonce byla na místě „pozitivní diskriminace,“ což neznamená je v čemkoli upřednostňovat, jen se k nim chovat a komunikovat s nimi tak, aby si řekli „sem znovu rád přijdu.“ Duševně nemocní lidé trpí krom mnoha problémů také, či spíše hlavně, sociálním vyloučením, což pak dále zhoršuje jejich stav i komunikaci s okolím. Je proto třeba si stále znovu klást otázku, do jaké míry jsme ochotni a schopni přistupovat k nim bez předsudků. Často se o tom mluví, v praxi se ale na to velmi často zapomíná. Berme proto nastávající rok jako východisko k tomu, že tento problém začneme skutečně brát vážně a pro jeho řešení něco skutečně uděláme.



**MUDr. Alena Šteřlová, vedoucí Kanceláře Světové zdravotnické organizace v ČR**, se rovněž podílela na práci Rady projektu a od počátku do něj vnášela principy a požadavky SZO. Východiskem jsou samozřejmě údaje o významném a trvalém nárůstu počtu duševních onemocnění a zvyšující se socioekonomické zátěži, kterou to představuje pro všechny vyspělé země současného světa. Nejvýznamnější dokument zabývající se problematikou duševně nemocných a péčí o ně na mezinárodní úrovni byl přijat na Evropské konferenci ministrů zdravotnictví v roce 2005 v Helsinkách. Ministři zdravotnictví evropských zemí – včetně ČR – se zde svým podpisem Deklarace zavázali k realizaci akčního plánu péče o duševní zdraví, který konkrétně formuloval nejen zásady a principy této péče, ale i jednotlivé konkrétní kroky, které je třeba realizovat. První zpráva o tom, jak se daří vytčené cíle uskutečňovat, bude muset být podána na mezinárodním zasedání již v roce 2010.

Ještě cílenější pomoc ze strany SZO přichází do jednotlivých zemí včetně ČR prostřednictvím spolupráce na smluvním základě; mezi regionální úřadovnou SZO a MZ ČR jsou podepisovány vždy dvouleté smlouvy. Téma duševní zdraví se dostalo již do první smlouvy o spolupráci v roce 2004, a na základě toho byla provedena analýza, zmapování a mezinárodní oponentura psychiatrické péče, národní politiky a existujících koncepcí. V další dvouleté smlouvě pak byla zakotvena tvorba Národního psychiatrického programu; ten připravila Psychiatrická společnost a byl prezentován a oponentura na nedávném senátním semináři „Česká psychiatrie ve 21. století“ (březen 2007) za přítomnosti reprezentanta SZO prof. Matta Muijena.

Je však bohužel nutno konstatovat, že přes tyto podpůrné aktivity na mezinárodní úrovni a všeobecně akceptovaná mezinárodní doporučení není zatím v České republice šíře pojatý přístup k péči o duševní zdraví dostatečně akceptován a podporován. Podle názorů zahraničních expertů máme sice vysoce erudované odborníky na

všech úrovních psychiatrické péče a kladně lze hodnotit i snahy řady nevládních i pacientských organizací, nicméně proces přeměny zde probíhá snad nejpomaleji ze všech evropských zemí. Pozornost příští dvouleté smlouvy mezi MZ ČR a regionální úřadovnou SZO v oblasti psychiatrie by proto měla být zaměřena na regiony a na komunitní péči. Je proto dobře, že právě tomuto odpovídá i zde projednávaný model psychiatrické péče v regionu hl. m. Prahy.



**Doc. MUDr. Ján Praško, CSc., z Psychiatrického centra Praha** uvedl, že v hodnocení stavu české psychiatrie jsou možné dva pohledy. Podle prvního můžeme být vzhledem k podfinancování oboru vlastně hrdi na to, jak dobře je v takových podmínkách profese na všech úrovních vykonávána. Je však možný i druhý pohled (k němuž se kloní i doc. Praško, který pracuje jako psychiatr v ambulanci, v lůžkové

péči i jako vedoucí sanatoria), že bychom se za to, za jakých podmínek pracujeme a jak pomalu postupujeme vpřed, měli spíše stydět. Situace dnes je totiž následující. Pokud odléčíme pacienta na lůžku a on hledá ambulantního psychiatra, nejspíše ho nenajde, ačkoli tvrdíme, že v Praze je ambulantních psychiatrů příliš mnoho – většina z nich má totiž plno. Tak se nakonec obrátí třeba na naše sanatorium, ale my ho do ambulantní péče přijmout nemůžeme, protože při naší kapacitě musí čekat půl až tři čtvrtě roku. Platí tedy, že i když jsou k dispozici kvalitní léky a sofistikovaná struktura zdravotnictví, pacient většinou léčbu, kterou by potřeboval, nedostane. Není na tom tedy ani zdaleka tak dobře, jak bychom si třeba chtěli namalovat.

Zjišťovali jsme také, za jak dlouho přichází průměrný pacient s panickou poruchou od vzniku onemocnění – je to sedm let! Mezitím navštíví každý rok patnáctkrát pohotovost, což stojí pojišťovnu mnohem více, než kdyby byl včas správně odléčen. U pacientů o obsedantně kompulsivní poruchou je tato doba dokonce ještě delší – až 12 let. A ještě další dva roky pak trvá, než se začne adekvátně léčit. Je tedy zřejmé, že spotřeba péče je mnohdy zcela neracionální a neúčelná, což je z velké části dáno bariérami vyplývajícími ze stigmatizace, a to nikoli z toho důvodu, co o tom píše media, ale proto, že navštívit psychiatra je samo o sobě bariérou – psychiatr má na mě nejvýše deset minut, takže mi jen napíše léky nebo mě pošle do léčebny.

Pro to všechno jsem rád, že – i když by bylo možno leccos vytknout – nový model existuje. A chtěl bych navíc oponovat i názoru MZ ČR, že neexistuje ucelená koncepce psychiatrie. Ta byla zpracována a předána MZ ČR již v roce 1998, ale od té doby dodnes se jí pro všechny ty časté změny v úřadě nikdo vážně nezabýval. Stejně marně se již od roku 1995 snažíme o lepší spolupráci s MPSV.

Nemyslím si tedy, že by Psychiatrická společnost udělala málo. Jsme snad jen příliš slušní, trpěliví, málo bojovní či agresivní, a možná také ne vždy zcela jednotní. Teď je však zbytečné pít se o to, zda by léčebny měly či neměly mít o 15 % lůžek méně. Já si např. myslím, nemají, protože nestačí potřebám stejně, jako jim nestačí ambulance.

Za hlavní potřebu proto považují navýšení celkových prostředků na psychiatrii, protože fakt, že u nás je to dvakrát až třikrát méně, než v ostatních vyspělých evropských zemích, je ostuda. A to je třeba dodat, že ve skutečnosti nejsme na předposledním, nýbrž na úplně posledním místě, protože Slovensko na rozdíl od nás získává značný podíl prostředků z rozpočtu nejen zdravotnického, ale i sociálního.

Nakonec ještě jedna poznámka – model by neměl vypovídat pouze o tom, kdo a na co dá prostředky. Měl by vypovídat také o tom, co se může vyvinout přirozeně, budou-li pro to existovat podmínky. Podle mého názoru by si až 30% psychiatrických pacientů bylo schopno péči zaplatit, ale nemají kde. Soukromých psychiatrických ambulancí je naprostý nedostatek a sotva lze počítat s jejich



rozšířením, dokud budou v boji o pronájmy muset konkurovat bankám, kasinům či obchodům.

**Primářka Psychiatrického centra Praha MUDr. Dagmar Seifertová, CSc.**, rovněž ocenila vykonanou práci projektového týmu, výsledky však označila za nedostatečně konkrétní a počet odborníků, kteří se k modelu vyjadřovali, za relativně malý. Doporučila doplnit elektronickou dotazníkovou metodu přímými rozhovory.



**MUDr. Ivan David, ředitel Psychiatrické léčebny v Praze Bohnicích**, upozornil rovněž na některé rysy projektu, které považuje za metodicky nesprávné, a na obtížnost vyvozování dalekosáhlých závěrů z takto získaných dat. Uvedl proto, že se k modelu vyjádří podrobněji v písemné formě. Vyjádřil souhlas se stanoviskem MZ ČR, podle něhož u nás nebyl proveden řádný census pacientů v ambulantní a lůžkové péči,

a také názor, že bez znalosti toho, kdo vlastně na lůžkách leží, mají i veškerá vyjádření tzv. expertů jen intuitivní a velmi omezený význam. Plány magistrátu na reformu označil za účelové a ideologické. Ostatně ani nevěří, že Praha se do změn pustí, a ty, kdo je prosazují, označuje za „postmoderní psychiatry“, kteří si jen tak filosofují, že lidi potřebují svobodu a že se o ně máme starat doma, ačkoli to u většiny z nich možné není. Omezovat institucionální péči a nechat nemocné napospas osudu je podle něj hanebné. Pokud by k tomuto došlo, řada z nich skončí jako bezdomovci, nebo ve vězení.



**MUDr. Zdeněk Bašný**, který dříve působil jako vedoucí pracovník lůžkové péče a nyní pracuje v neziskovém sektoru, reagoval jako jeden ze členů expertního týmu na některé připomínky z diskuse. Akceptoval samozřejmě některé metodické poznámky, zdůraznil však, že mnohem cennější by byla diskuse k zjištěným a vytyčovaným trendům.

**RNDr. Tomáš Raiter** z agentury STEM/MARK, která spolupracovala s expertním týmem, upozornil na omezenost prostředků k realizaci projektů – právě z toho vyplývají i určitá omezení studie. Metodika je vždy určitým kompromisem mezi cílem a prostředky, které jsou k dispozici, jakož i časem, v němž je třeba dospět k realizačním závěrům. Podle jeho názoru bylo v tomto kontextu dosaženo maxima.



**JUDr. Eva Dundáčková, poslankyně Parlamentu ČR**, se připojila k názoru o rozporu mezi vysokou profesionální úrovní českých psychiatrů a špatně nastaveným systémem péče a jednotlivých služeb. Systém se zatím příliš orientuje na ústavní služby, péče je roztržštěná a nekoordinovaná ve smyslu malé provázanosti služeb ve vztahu k pacientovi a zejména jeho okolí, s nímž často nepracuje vůbec. Pacient je často sociálně vyloučen, dochází u něj

k rozpadu pracovních a někdy dokonce i rodinných vztahů, nedostatečná je ochota a schopnost prostředí pochopit nemocného a jeho problémy a pomoci mu je řešit. Předkládaný model je pokusem tyto problémy řešit, a proto dr. Dundáčková vyjádřila dík jak jeho autorům, tak i magistrátu za odvahu prosadit jej do reality.

**MUDr. Jaroslav Vaněk jménem Sdružení ambulantních psychiatrů** v návaznosti na předchozí vystoupení zdůraznil, že základem psychiatrické péče musí být sféra ambulantní, nikoli lůžková. Čes-



kou republiku označil za výrazně „odpsychiatrizovanou“ – tak např. oproti Francii je u nás počet psychiatrů nižší než poloviční, a je dokonce nižší, než byl před rokem 1989 (6,5 versus 8/100 000 obyvatel). Ve velkoměstské aglomeraci, jakou je Praha, by tento počet měl být dokonce ještě vyšší, než v ostatních regionech.

I on podtrhl problém, na který upozornil doc. Praško – totiž že značná část prostředků, které by měly plynout do psychiatrie, končí jinde, jestliže případ úzkostných či panických poruch a depresí zůstávají řadu let nepoznány a jsou léčeny pod obrazem např. somatického onemocnění všeobecnými a jinými lékaři.

**Konečně MUDr. Jiří Švarc z Psychiatrické léčebny v Praze – Bohnicích** upozornil mj. na skutečnost, že v tomto zařízení je kolem 300 pacientů, kteří by byli schopni propuštění do ústavů bez psychiatrické péče, takové ústavy však k dispozici nejsou nebo se na umístění v nich čeká osm až devět let.

Doporučení, aby psychiatrické léčebny aktivně žádaly o statut sociální péče a vzdaly se statutu péče zdravotnické, označil za „špatný vtíp“ – peněz by bylo podstatně méně a nebyl by na ně ani právní nárok.

Především však upozornil na to, že v psychiatrické léčebně je stále hospitalizováno asi 100 pacientů bez souhlasu, protože jsou nebezpeční sobě nebo okolí – jsou paranoidní, nemají náhled na svou chorobu, nechtějí se léčit. Klást podobným pacientům otázky, jak by chtěli být léčeni, není jen metodicky špatně – je to zámena příčiny a následku. Upozornil, že dle západoevropských průzkumů a veřejnosti převládá podpora nedobrovolné léčby a hospitalizace, zatímco opačný názor mohou mít jen příjemci různých grantů a advokátní kanceláře.

K ostatním uváděným steskům přidal stesk nad nedostatečnou legislativou – MZ ČR zaslalo již v roce 2001 ředitelům léčeben dopis, podle něhož se dopouštějí trestného činu omezování osobní svobody v případech léčby bez rozhodnutí soudu. Naštěstí pacienti, nebezpeční sami sobě či okolí, propouštění nejsou, ale léčebny se potenciálně vystavují riziku žaloby.

## Co říci závěrem?

Lze říci, že hlavní problém nespočívá v dílčích metodických nedostacích, nýbrž spíše v nedostatku ochoty na otevřenými problémy otevřeně diskutovat, hledat shodu či kompromis a snažit se dospět k řešení. Často nad snahou posunout vpřed psychiatrii jako celek vítězí dílčí zájmy a třenice při jejich prosazování. Je samozřejmě jen logické a přirozené, když se diskutuje na odborné půdě, mnohem problematictější však je, když se spory vyhrtí až ve chvíli, kdy jsou závěry odborné studie prezentovány politikům a dalším rozhodujícím činitelům, kteří mají o doporučovaných změnách rozhodnout, prosadit je a věnovat na ně prostředky. To již poněkud zavání auto-destruktivním chováním a spotřebovává to zbytečně mnoho času a energie, které by bylo vhodnější vynaložit na lepší účely – např. na jednání s ministerstvy zdravotnictví a práce a sociálních věcí, bez jejichž součinnosti a nastavení potřebných pravidel pro čerpání prostředků na zajištění psychiatrické péče zůstane i nadále jen u krásných slov a prohlášení. Nesporně platí to, co zaznělo v průběhu konference: „Psychiatrie nedostane žádné peníze navíc, byť platby pojišťovny se navyšují o tři procenta a probíhají též jednání o zvýšení lékového paušálu. Psychiatrie však má možnost vydělat si podstatně více, bude-li poskytovat pojištěncům takové odborné služby, které potřebují a po jakých volají.“ Proto je třeba jasně definovat možné přínosy, jež mohou správně zaměřené a strukturované služby přinést, a nezbytné výdaje, které je za tím účelem nutno vynaložit. Model diskutovaný na této konferenci znamená první, ale mimořádně důležitý krok na cestě k tomuto cíli. ■



[www.cmhcd.cz](http://www.cmhcd.cz)