

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Martina Vlasáková

**Možnosti péče o duševně nemocné
na komunitní úrovni**

Bakalářská práce

Praha 2009

Autor práce: **Martina Vlasáková**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2009**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

VLASÁKOVÁ, Martina. *Možnosti péče o duševně nemocné na komunitní úrovni*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2009. 70 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Anotace

Bakalářská práce „Možnosti péče o duševně nemocné na komunitní úrovni“ se zabývá procesem modernizace péče o duševně nemocné v České republice. Ve vyspělých zemích se těžiště péče přesouvá z institucí do komunity, v níž jsou pacientovi poskytovány takové služby a podpora, které reagují na jeho potřeby a umožňují mu dosáhnout co nejvyšší možné nezávislosti. V České republice ovšem proces modernizace postupuje pomalu. Snižuje se počet lůžek v psychiatrických léčebnách, avšak nedochází k rozvoji komunitních služeb. Psychiatrické léčebny neprošly dostatečnou modernizací. Stále se potýkají se špatnými ubytovacími podmínkami a s nedostatkem personálu. Institucionální péče představuje riziko pro dodržování lidských práv. Komunitní péče lidská práva posiluje. Ovšem současné možnosti péče na komunitní úrovni jsou nedostačující. Zařízení poskytujících komunitní péči je málo, převažují ve velkých městech. Rozvoji komunitní péče brání především nízké financování péče o duševně nemocné. Modernizace péče se bez navýšení finančních prostředků neobejde. Kromě financování představuje překážku také názorová nejednotnost psychiatrické obce a malý zájem o duševní zdraví ze strany veřejnosti a politických představitelů.

Annotation

The Bachelor thesis “Care options for people with mental disorders in the community“ deals with the process of modernization of mental health care in the Czech Republic. The mental health care is shifting from institutions to communities in advanced countries. Community care provides the right level of intervention and support to enable people to achieve maximum independence. The process of modernization has been slow in the Czech Republic. The number of psychiatric beds is reducing, but facilities of community care haven't been enough evolved yet. Psychiatric

hospitals haven't been sufficiently modernized. They face bad accommodation conditions and lack of staff. Institutional care is high-risk for abuse of human rights. Community care respects and empowers the rights. However, present care options for people with mental disorders in the community are insufficient. Facilities that provide community care are concentrated in the large cities. The low financing obstructs further development of community care. The development isn't possible without more financing. In addition, the diverse attitudes to mental health care of psychiatrists and little interest of public and politicians in mental health are the barriers.

Klíčová slova

Duševní zdraví, duševní nemoc, péče o duševní zdraví, politika duševního zdraví, deinstitucionalizace, komunitní péče, institucionální péče

Keywords

Mental health, mental disorder, mental health care, mental health policy, deinstitutionalization, community care, institutional care

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 21.května 2009

Martina Vlasáková

Poděkování

Děkuji MUDr. Petru Hávovi, CSc. za odborné vedení této práce, za cenné rady a vstřícný přístup.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| OBSAH | 7 |
| 1. ÚVOD..... | 8 |
| 2. CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A METODY | 10 |
| 3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA | 12 |
| 3.1 ZDRAVÍ A DETERMINANTY ZDRAVÍ | 12 |
| 3.1.1 <i>Duševní zdraví</i> | 13 |
| 3.1.2 <i>Duševní nemoc</i> | 16 |
| 3.2 TEORIE ORGANIZACE..... | 17 |
| 3.2.1 <i>Modely organizace služeb péče o duševní zdraví</i> | 18 |
| 3.3 TEORIE LIDSKÝCH PRÁV | 20 |
| 3.4 VEŘEJNÁ POLITIKA..... | 23 |
| 4. PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ – Z INSTITUCÍ KE KOMUNITĚ | 25 |
| 4.1 DUŠEVNÍ NEMOCI V EVROPĚ | 27 |
| 4.2 PŘÍSTUP K DUŠEVNÍMU ZDRAVÍ V EVROPĚ | 28 |
| 4.3 DUŠEVNÍ NEMOCI V ČESKÉ REPUBLICE | 31 |
| 4.4 MODERNIZACE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V ČESKÉ REPUBLICE | 32 |
| 4.4.1 <i>Postavení psychiatrie</i> | 34 |
| 4.4.2 <i>Síť služeb</i> | 35 |
| 4.4.3 <i>Lidské zdroje</i> | 39 |
| 4.4.4 <i>Politika péče o duševní zdraví</i> | 40 |
| 4.4.5 <i>Platná právní úprava péče o duševní zdraví a lidská práva</i> | 42 |
| 4.4.6 <i>Financování péče o duševní zdraví</i> | 44 |
| 5. ZÁVĚR | 48 |
| 6. POUŽITÁ LITERATURA..... | 50 |
| 7. PŘÍLOHY..... | 59 |

1. Úvod

Duševní, fyzická a sociální pohoda hrají v lidském životě neoddiskutovatelnou roli. Jakmile došlo k rozpoznání tohoto vzájemně provázaného vztahu, stalo se duševní zdraví zásadním prvkem zdraví celkového. Navzdory tomu však v mnoha částech světa není duševnímu zdraví přikládána taková důležitost jako zdraví fyzickému. Ačkoli má zkušenost s duševní nemocí během svého života jeden ze čtyř lidí, zůstává téma duševních nemocí mnohde upozaděno a spojeno s předsudky (WHO, 2001).

Duševně nemocní byli v průběhu historie vystavováni mnoha krutostem. Byli upalováni, obviňováni z čarodějnictví, ukazováni pro pobavení ostatním. Teprve 20. století, spolu s rozvojem lidských práv, přineslo duševně nemocným uplatňování humanistických principů (Baudiš, Libiger, 2002). To se projevilo ve snahách modernizovat péči o duševně nemocné. Dosavadní péče poskytovaná převážně v institucích byla rozpoznána jako nevhodná a také jako vysoce riziková právě s ohledem na lidská práva.

Ve vyspělých zemích se péče o duševně nemocné ubírá směrem z institucí k péči komunitní. Komunitní péče je kombinací podpory a služeb, které reagují na potřeby duševně nemocných (Meredith, 1995). Ukázala se jako ta, jež poskytuje vyšší kvalitu života a větší spokojenost uživatelů služeb. Respektuje lidská práva, napomáhá odstraňování stigmatu, přibližuje péči lidem s duševní nemocí k jejich domovu.

Moderní péče o duševně nemocné preferuje služby poskytované v komunitě, ovšem nevyklučuje ani hospitalizaci. Ta by měla trvat co nejkratší dobu a neměla by probíhat ve vzdálených a izolovaných institucích. Každá země se musí na základě potřeb svých obyvatel a rozvinutosti zdrojů sama rozhodnout, jak konkrétně bude služby organizovat. Ovšem existují principy, které by měly při organizování služeb být aplikovány ve všech zemích, jako je respektování lidských práv, dostupnost služeb a jejich prokazatelná efektivita (McDaid, Thornicroft, 2005).

V Evropě sice klesá počet lůžek ve velikých psychiatrických zařízeních, avšak k rozvoji komunitní péče probíhá napříč regionem nerovnoměrně. (*Green Paper*, 2005). Česká republika se řadí mezi ty země Evropy, v nichž modernizace péče probíhá velmi pomalu. Dlouhodobě se sice redukuje počet lůžek v psychiatrických léčebnách, avšak v posledních deseti letech téměř nedochází k rozvoji péče komunitní. Těžiště péče nadále zůstává v institucích, v nichž jsou lidská práva duševně nemocných často porušována či

obcházena. Komunitní péče je poskytována jen ojediněle, převažuje ve větších městech. Většině duševně nemocných zůstává nedostupná.

Ačkoli se spotřeba péče o duševní zdraví v České republice neustále zvyšuje, u afektivních poruch, mezi něž patří deprese, se za posledních 7 let zvýšila téměř o 50% (ÚZIS, 2008), není duševnímu zdraví věnována přílišná pozornost, a to jak ze strany veřejnosti, tak ze strany politických představitelů. Důsledkem nezájmu je neuspokojivý stav péče o duševně nemocné, která nereaguje na lidské potřeby. Duševně nemocnému v mnoha případech nepostačuje jen péče zdravotní, její úspěchy mu dovolí zhodnotit péče sociální. Toto je moderní přístup k péči o duševně nemocné, který v České republice stále chybí (Scheffler, Potůček, 2005).

Z výše naznačených problémů dotýkajících se oblasti péče o duševní zdraví vyplývá i cíl bakalářské práce, a sice zhodnotit proces modernizace péče o duševně nemocné v České republice, jakožto jedné z možných cest vedoucích ke zlepšování duševního zdraví obyvatel.

2. Cíl práce, výzkumné otázky a metody

Cíl

Cílem této práce je zhodnotit proces modernizace péče o duševně nemocné v České republice.

Výzkumné otázky

- 1) Kam dospěla modernizace péče o duševně nemocné v České republice?
- 2) Jaké jsou v České republice současné možnosti péče o duševně nemocné na komunitní úrovni?
- 3) Jaké faktory/aktéři jsou v podmínkách ČR významné pro další rozvoj péče o duševně nemocné na komunitní úrovni?
- 4) Co může především přispět k rozvoji péče o duševně nemocné na komunitní úrovni?

Metody a zdroje dat

Tato práce využívá metodu morfologické analýzy, která je vhodná pro zkoumání vztahů, jež mají multidimenzionální povahu a většinou nejsou kvantifikovatelné (Ritchey, 1999). Jednotlivé dimenze procesu politiky péče o duševní zdraví tvoří koncepty, právní normy, organizace péče, její financování a výsledky. Tyto dimenze podávají přehled o celkovém vývoji v této oblasti v České republice za posledních 19 let (příloha č. 1).

Pro dílčí doplnění kontextu využívá práce také metodu polostrukturovaných rozhovorů a metodu zúčastněného pozorování. Polostrukturované rozhovory byly vedeny se zástupcem tradičních poskytovatelů péče i se zástupcem těch, kteří prosazují moderní pojetí péče o duševní zdraví. Zúčastněné pozorování na Mezinárodním kongresu o organizaci psychiatrické péče (ICOPC) umožnilo získat poznatky o psychiatrické komunitě a také představu o neutěšeném stavu péče o duševně nemocné

v České republice, jelikož byla v rámci kongresu umožněna prohlídka nejlepšího a nejhoršího oddělení v Psychiatrické léčebně v Bohnicích.

Zdroji dat využívaných v této práci jsou mezinárodní i národní dokumenty věnující se problematice duševního zdraví (Deklarace o duševním zdraví pro Evropu, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii, Koncepce oboru psychiatrie, Politika péče o duševní zdraví v ČR, Revize koncepce oboru psychiatrie), dále převážně publikace WHO, jakožto důležitého mezinárodního aktéra na poli politiky péče o duševní zdraví, internetové stránky národních aktérů (MZ, MPSV, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Česká asociace pro psychické zdraví a další), statistiky Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, výsledky výzkumů věnujících se výskytu duševních nemocí a příspěvky přednesené v rámci Mezinárodního kongresu o organizaci psychiatrické péče.

3. Teoretická východiska

Využití teoretické koncepty odráží skutečnost, že duševní pohoda je důležitou součástí zdraví. Duševní nemoci jako projevy nepohody jsou rozmanité. Každá duševní nemoc a každý duševně nemocný si vyžaduje individuální přístup. Na tyto potřeby reaguje organizace služeb péče o duševně nemocné, jejíž hlavním principem je ochrana lidských práv (McDaid, Thornicroft, 2005), která by se měla stát také základem pro tvorbu politiky duševního zdraví (Knapp et al., 2007).

3.1 Zdraví a determinanty zdraví

Koncept zdraví prošel historickým vývojem. Pojem zdraví nebylo a není lehké definovat. Dnes nejrozšířenější definice zdraví, kterou nabídla v roce 1948 Světová zdravotnická organizace, hovoří o zdraví jako o stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze o nepřítomnosti nemoci¹. Ovšem ne všechny přístupy ke zdraví v sobě zahrnovaly tyto tři složky zdraví.

Biomedicínský model zdraví vycházel právě z nepřítomnosti nemoci. Pakliže nebyla nemoc u pacienta prokázána na základě symptomů a diagnostických kritérií, hovořilo se o stavu zdraví. Zdraví tedy bylo vymezeno jako protiklad nemoci, nikoli jako samostatný koncept. Ovšem 30. léta 20. století přinesla změnu. Objevilo se mnoho nemocí, které nebylo možné na základě tohoto přístupu léčit, jako např. civilizační či chronická onemocnění. U těchto nemocí nebylo možné určit kauzálního činitele. Nejednalo se o vnějšího činitele, vliv nemohl být přisouzen ani dědičnosti. Model nebral v úvahu vliv psychologických a sociálních faktorů na zdraví. Na druhou stranu je třeba říci, že tento model se díky svému poznání zasloužil o snižování úmrtnosti (Holčík, 2004).

S rozvojem humanitních věd došlo k rozšíření biomedicínského modelu. Postupně se jako rozhodující začaly ukazovat nejen proměnné biologické, ale i psychologické, později i sociální. Zdraví se začalo zasazovat do širších ekologických a sociálních souvislostí. Takový model zdraví bývá nazýván modelem **ekologicko-sociálním**. Klade důraz na sociální prostředí člověka, i na celkové prostředí, ve kterém člověk žije (Holčík, 2004).

¹< <http://en.wikipedia.org/wiki/Health>>

Ekologicko-sociální model využívá konceptu **determinant zdraví**, jakožto faktorů, které zdraví ovlivňují. Determinanty se obvykle dělí do čtyř základních skupin:

- Životní styl
- Genetický základ
- Péče o zdraví a zdravotnictví
- Životní prostředí

Ačkoli byly tyto představy o determinantách zformulovány poměrně nedávno, již dnes se do nich začínají promítat nové aspekty. Dochází ke změnám v základním vztahu utvářejícím lidské zdraví – vztah prostředí a lidského organismu. Mění se dimenze času a prostoru. Jednotlivé komponenty prostředí se v důsledku větší rychlosti lidských aktivit mění natolik, že lidský organismus je stále méně schopen adaptace na tyto změny – a to jak ve sféře somatické, tak psychické. Procesy a jevy, které měly po dlouhá staletí jen lokální charakter, se dnes stávají záležitostmi celé planety (Drbal, 2005).

Sociální determinanty reflektují změny způsobu života. Jejich vliv vzrůstá. Wilkinson a Marmot uvádějí, že zdraví je ovlivňováno podmínkami, ve kterých člověk žije a pracuje. Významnou roli hrají vztahy v rodině již od dětství, ekonomické a sociální postavení člověka ve společnosti, pracovní podmínky, způsob života (závislosti, stravování, doprava) a sociální opora (Wilkinson, Marmot, 2003).

V roce 2005 Světová zdravotnická organizace založila komisi pro sociální determinanty zdraví. Ta upozorňuje na nerovnosti ve zdraví, které sociální determinanty zapříčiňují, a to jak na národní, tak i na mezinárodní úrovni, a uvádí doporučení, jak je možné tyto determinanty ovlivňovat².

3.1.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví, fyzické zdraví a sociální pohoda byly rozpoznány jako důležité faktory ovlivňující zdraví celkové. Všechny tyto složky zdraví jsou dávány naroveň, avšak ve skutečnosti bývá význam duševního zdraví ve společnosti stále podceňován (WHO Report, 2001).

Duševní zdraví stejně jako zdraví celkové není možné nahlížet jen jako nepřítomnost nemoci, v tomto případě nemoci duševní. Duševní zdraví v sobě skrývá

² <http://www.who.int/social_determinants/en/>

mnohé charakteristiky, také proto nemá jednoznačnou definici. Jak upozorňuje Světová zdravotnická organizace, definice se mohou lišit napříč kulturami. Sama Světová zdravotnická organizace pracuje s širším pojetím duševního zdraví, kdy o duševním zdraví hovoří jako o stavu takové pohody, která individuu umožňuje realizovat své schopnosti, vyrovnávat se s běžnými stresovými situacemi života, pracovat produktivně a plodně a přispívat tak vlastní společnosti. Tato definice zdůrazňuje pozitivní význam duševního zdraví jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost³.

Psychiatrie se konceptem duševního zdraví začala zabývat teprve v posledních 30 letech. Do té doby se zabývala pouze duševními nemocemi a duševní zdraví chápala jako jejich antonymum. Postupem času byl tento přístup překonán a začaly se rozvíjet různé modely duševního zdraví. Vaillant uvádí šest takových modelů, ovšem upozorňuje, že každý z nich na duševní zdraví nahlíží jen z určitého aspektu a že k lepšímu uchopení duševního zdraví přispěje další výzkum (Vaillant, 2003).

1) duševní zdraví jako běžná součást života

Již v roce 1835 se Quetelet zaměřil na statistickou analýzu zdravých lidí. Došel k závěru, že existují jistá pravidla, podle nichž lidé přichází na svět, žijí a umírají. Tato pravidla by měla být zkoumána. Do 2. světové války ovšem jeho přístup zůstal bez povšimnutí. Pováleční psychiatři začali na duševní zdraví nahlížet jako na ideální fikci. Jahodová spojovala duševní zdraví se schopností pracovat, užívat si a milovat, s orientací na budoucnost, s psychickou odolností a se schopností empatie a autonomie. V 60. letech se duševní zdraví začalo studovat empiricky, zejména ve spojení s kosmonautikou. Kosmonauti museli být schopni nejen vlastní práce, ale i života v izolaci, trpělivosti a vyhýbání se konfliktům.

2) duševní zdraví jako pozitivní psychologie

V 19. století bylo duševní zdraví vnímáno ve spojitosti s morálkou, ve 20. století ovšem převládl směr zaměřující se spíše na nemocnost. Pouze psychologie nahlížela na duševní zdraví jako na ctnost. Pozitivní psychologie si přeje nejen poznat kvality, které pomáhají individuu a společnosti přežít, chce se zaměřit právě na ty, které umožňují život plně prožít. Pozitivní vlastnosti individua zahrnují odvahu, trpělivost, jedinečnost, moudrost, schopnost milovat, odpouštět, pracovat a vnímat krásu.

³ <<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>>

3) duševní zdraví jako zralost

Duševní zdraví do jisté míry souvisí s neustálým procesem stárnutí. Není pravdou, že čím je člověk starší, tím jeho mozek pracuje hůře. Je dokázáno, že mozek pracuje dobře, samozřejmě bez přítomnosti nějaké nemoci, až do věku 80 let. To, že duševní zdraví souvisí s určitou vyzrálostí, je dokazováno také na vývoji emocionální a sociální inteligence. Erikson takový vývoj označuje jako „rozšiřující se sociální rádius“, který spočívá v schopnosti jedince odtrhnout se od rodičů a vytvořit si vlastní identitu, udržovat intimní vztah a zaměstnání a také přesunout těžiště zájmu mimo svou osobu.

4) duševní zdraví jako emocionální a sociální inteligence

Socio-emocionální inteligence znamená adekvátní vnímání a schopnost kontroly vlastních emocí, jejich modifikaci do vhodných projevů, adekvátní odpověď na emoce ostatních, vyjednávání s ostatními a schopnost motivace k dosahování cílů.

5) duševní zdraví jako pocit subjektivní pohody

Duševní zdraví nezahrnuje pouze to, že působíme pozitivně a šťastně na své okolí, sami se šťastně musíme cítit. V 60. letech byli za šťastné považováni jedinci mladí, zdraví, vzdělaní, dobře placení, extrovertní, sebevědomí, optimističtí, bezstarostní, věřící a žijící v manželství. V následujících 30 letech bylo ovšem prokázáno, že některé z těchto přívlastků neplatí (mladí, zdraví, vzdělaní, dobře placení, bezstarostní). Subjektivní pocit pohody je ovlivněn spíše faktory dědičnými, než faktory sociálními, avšak i ty k duševnímu zdraví přispívají.

6) duševní zdraví jako odolnost

Existují 3 mechanismy, kterými lidský organismus reaguje na stres. První spočívá ve vyhledávání pomoci u jiných, druhý v záměrném používání strategií pro překonání stresu a třetí jsou mechanismy nedobrovolné, které mohou vyústit v úzkost či depresi. V 70. letech byl koncept obranných mechanismů upozaděn, ovšem o 30 let později se jím opět začala zabývat psychologie.

Duševní zdraví je ovlivňováno širokou škálou faktorů, mezi něž patří faktory biologické, psychologické a sociální. Chudoba, nezaměstnanost, nízké vzdělání, deprivace či bezdomovectví jsou právě ty faktory, které působí na duševní zdraví

negativně. Bylo prokázáno, že duševní nemoci se častěji objevují u chudých než u bohatých. Naopak se duševnímu zdraví daří ve společnostech, které respektují a chrání práva občanská, politická, sociálně-ekonomická a kulturní. Bez pocitu jistoty v těchto právech je obtížné udržet vysokou úroveň duševního zdraví (WHO, 2009).

3.1.2 Duševní nemoc

Duševní nemoci jsou chápány jako významné abnormality v myšlení, v emocích či v chování, které jsou spojeny se stavem osobní úzkosti nebo se sníženými funkcemi v jedné či více sférách života (WHO Report, 2001).

Jeden výskyt abnormálního chování či emocí ovšem neznamená duševní nemoc. Ta je charakterizována určitými symptomy. Každá duševní nemoc je odhalována na základě metod, jež vycházejí z dlouhodobého sběru informací o jedinci, jeho rodině, z vyšetření duševního statusu a dalších speciálních testů. V tomto směru došlo k velikým pokrokům v poznání, které umožnily duševní nemoci klasifikovat (WHO Report, 2001).

Klasifikaci duševních nemocí nalezneme v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů. Mezinárodní klasifikace nemocí pracuje s termíny duševní porucha a porucha chování, nikoli s termíny duševní nemoc či duševní onemocnění. Termín duševní porucha odkazuje k existenci klinicky rozpoznatelného souboru příznaků, které jsou ve většině případů spojené s abnormálními myšlenkami, emocemi, chováním a vztahy s ostatními (MKN-10, 2008). Duševní poruchy jsou rozděleny do jedenácti skupin.

První skupinu tvoří tzv. organické duševní poruchy, jejichž příčinou je nemoc, poranění či poškození mozku, nebo je mozek poškozen spolu s dalšími orgány. Příkladem takového typu poruchy je demence.

Druhou skupinu tvoří duševní poruchy či poruchy chování, které jsou zapříčiněny užíváním psychoaktivních substancí. Ty mohou či nemusí být předepisovány lékařem.

Do třetí skupiny poruch je řazena schizofrenie, charakteristická deformacemi myšlení a vnímání.

Čtvrtá skupina obsahuje poruchy afektivní, neboli poruchy nálad. Pro tyto poruchy je typické narušení afektivity nebo nálady směrem k depresi či k euforii. Mezi tuto skupinu je tedy zařazena mánie, bipolární afektivní porucha či deprese.

Pátá skupina zastřešuje poruchy neurotické, stresové a somatoformní. Do této skupiny jsou řazeny fobie, obsese či posttraumatický stres, který se dá identifikovat nejen na základě symptomů, ale i na základě prožití těžké životní události.

Do šesté skupiny spadají syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, např. poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a sexuální poruchy.

Poruchy osobnosti a chování dospělých tvoří sedmou skupinu. Typické pro ně jsou vzorce chování, které jsou významně odchýleny od vzorců chování průměrného člověka dané kultury. Příkladem takového chování může být patologické hráčství, úmyslné zakládání požárů, transvestitismus nebo pedofilie.

Další skupinu představují mentální retardace, které vyjadřují stav zabrzděného či neukončeného duševního vývoje všech složek osobnosti, a sice poznávací, řečové, motorické a sociální. Tento stav je měřitelný pomocí testů inteligence, případně jinými škálami.

Předposlední skupina zahrnuje poruchy psychického vývoje, pro něž jsou společnými znaky počátek v dětství, vztah postižení k biologickému zrání centrální nervové soustavy a stálý průběh poruchy, který se projevuje vadou řeči, motoriky a prostorové orientace. K těmto poruchám patří např. autismus.

Rozdělení duševních poruch, které bylo možné klasifikovat, uzavírají poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství či v dospívání. Ať už se jedná o poruchy pozornosti, chování, které je asociální a agresivní, nebo o poruchy emoční, které vyúsťují v depresivní stavy.

Poslední kategorií, avšak blíže nespecifikovanou, zůstává neurčená duševní porucha.

3.2 Teorie organizace

Od počátku vývoje teorie organizace stojí v pozornosti teoretiků velké formální organizace, u nichž zkoumají procesy organizace a její strukturu. Vývoj teoretického zkoumání organizace lze rozdělit do 3 etap: období mechanistického pojetí (klasické teorie), období organistického pojetí a období systémového pojetí (Armstrong, 2007).

Klasické teorie organizace, rozvíjené od počátku 20. století zhruba do 20.-30. let a představované Weberem, Fordem či Tailorem, řešily především věcné uspořádání organizace a její formální strukturu, funkční nadřízenost a podřízenost útvarů a

koordinaci činností nejvhodnějšími způsoby řízení. Organizace v tomto pojetí fungují mechanicky, bez ohledu na vnější podmínky a člověk v nich hraje pasivní roli.

Teorie organistického pojetí řízení a fungování organizací, s počátky na sklonku 20. let a rozvíjející se až do 50. let, se naopak zaměřily jen na motivaci člověka, zkoumání skupinových norem a vztahů mezi lidmi v organizaci. Organizaci pojímaly jako živý organismus, ovšem ve shodě s teoriemi klasickými jako mechanismus nezávislý na vnějším prostředí.

Systémové pojetí dominovalo zejména v 60. letech a hovořilo o organizacích jako o otevřených systémech, které jsou trvale závislé na svém okolí a jsou jím soustavně ovlivňované.

Dnes je organizace definována jako sociální jev či útvar založený na plánovité koordinaci skupinových aktivit, kontinuálně fungující v důsledku dělby práce a hierarchie autority a směřující k dosažení společného cíle (Velký sociologický slovník, 1996).

Dvěma faktory, které rozhodují o tom, jak organizace funguje ve vztahu ke svému vnitřnímu a vnějšímu prostředí, jsou její struktura a procesy. Struktura organizace zahrnuje síť rolí a vztahů, které svou koordinací pomáhají k dosahování cílů. Mezi procesy, které v organizaci probíhají, jsou řazeny skupinové chování, týmová práce, vedení, moc, politika, konflikty (Armstrong, 2007).

3.2.1 Modely organizace služeb péče o duševní zdraví

Podle Světové zdravotnické organizace existují 3 způsoby, jak jsou organizovány služby zabývající se péčí o duševní zdraví (WHO, 2003):

1) služby zahrnuté do celkového zdravotnického systému

Tyto služby můžeme ještě dále rozdělit na služby poskytované v primární péči a na služby poskytované ve všeobecných nemocnicích. Služby poskytované v rámci primární péče zahrnují podporu duševního zdraví, prevenci i léčbu a jejími poskytovateli jsou praktičtí lékaři, sestry a jiní pracovníci primární péče, u nichž je vyžadována znalost problematiky duševního zdraví. Zároveň je nutný dostatečný časový prostor pro každého pacienta.

Služby, které jsou poskytovány ve všeobecných nemocnicích, zahrnují psychiatrická oddělení, psychiatrická lůžka v jiných odděleních, pohotovostní služby a

ambulantní kliniky. Mohou zde být specializované služby zaměřené na děti, mládež či starší pacienty. Poskytovateli jsou psychiatři, psychiatrické sestry, sociální pracovníci, psychologové a praktičtí lékaři, kteří mají speciální kurzy psychiatrie. Tento systém předpokládá vysoké množství odborných pracovníků a také vysoké množství zařízení, která je vzdělávají.

2) služby poskytované v komunitě

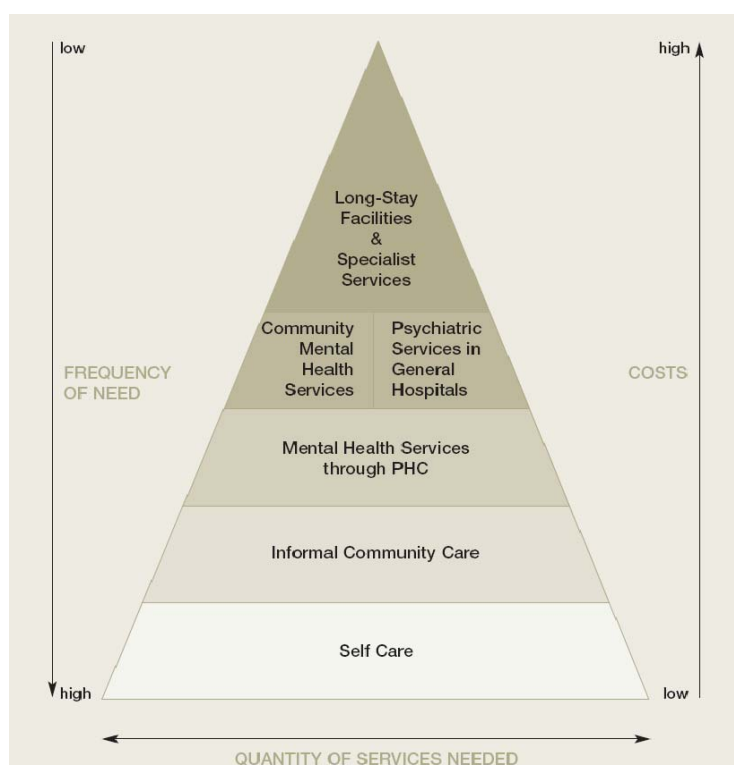
Služby poskytované v komunitě se dají rozdělit na formální a neformální. Formální zahrnují rehabilitaci, mobilní krizový tým, terapeutické a rezidenční služby, domácí péči a další podpůrné služby. Tyto služby fungují lépe, jsou-li napojeny na primární péči. Vyznačují se naprostou dostupností, redukcí stigma, podporují lidská práva. Neformální služby jsou poskytovány všemi lidmi, kteří v komunitě žijí. Ať už jsou to pacientova rodina, přátelé či svépomocná hnutí.

3) služby poskytované v institucích

První skupiny těchto služeb tvoří služby specializované, kterými jsou např. speciální kliniky pro děti a mládež nebo pro pacienty trpící Alzheimerovou chorobou. Takováto zařízení ovšem nejsou dobře dostupná, jsou často spojena se stigmatem. Druhou skupinu služeb poskytovaných v institucích představují psychiatrické léčebny. Psychiatrické léčebny jsou často spojovány s nízkou úrovní péče, s nedodržíváním lidských práv a nedostatkem aktivit, které by pacientovi umožnily návrat do společnosti.

Hlavní principy organizování služeb péče o duševní zdraví jsou dobrá dostupnost péče bez nutnosti delšího cestování, komplexita služeb, koordinace a kontinuita péče, efektivita, ekvita a důraz na lidská práva (WHO, 2003). Na základě těchto principů Světová zdravotnická organizace navrhuje model optimální organizace služeb, který má pyramidovou strukturu. Základem je péče jedince o vlastní duševní zdraví, následuje neformální komunitní péče, péče primární, formální komunitní služby v rovnováze se službami ve všeobecných nemocnicích a nejméně početně zastoupená je péče ve specializovaných zařízeních a v zařízeních pro dlouhodobý pobyt duševně nemocných (model č. 1).

Model č. 1: Optimální organizace služeb pro duševně nemocné



Zdroj: WHO, 2003

3.3 Teorie lidských práv

Lidská práva jsou souhrnem základních práv a svobod, které jsou přisuzovány každé lidské bytosti⁴. Jsou dělena na práva občanská a politická, kam je řazeno právo na svobodu a soukromí, právo na ochranu před mučením či jiným krutým, nelidským nebo ponižujícím zacházením, a na práva ekonomická, sociální a kulturní práva, která zahrnují právo na práci, vzdělání a také na co nejvyšší možný standard fyzického a duševního zdraví (Knapp et al., 2007).

Mezinárodní regulace lidských práv je datována od roku 1948, kdy byla přijata Všeobecná deklarace lidských práv. V České republice se stala součástí ústavního pořádku v roce 1993. K rozvoji konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví významně přispěla Organizace spojených národů, zejména v článku č. 12 v Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, v němž je zakotveno právo každého na dosažení co nejvyšší úrovně fyzického a duševního zdraví. Smluvní strany Paktu se

⁴ <http://en.wikipedia.org/wiki/Human_rights>

zavázaly, že učiní opatření, která budou zahrnovat prevenci, léčení a potírání chorob, a že zajistí takové podmínky, které zajistí všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci (*Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech*, 1966).

Postupně se začaly objevovat dokumenty, které se zaměřovaly na práva ohrožených skupin obyvatel, jako jsou ženy, děti nebo pracovníci. V 70. letech se poprvé v psané podobě objevila práva pacientů, jakožto skupiny, která může být ohrožena nedodržováním lidských práv. Ovšem teprve nedávno si mezinárodní právo začalo všimnout duševně nemocných jako zvláštní skupiny, která by potřebovala vyšší ochranu. V roce 1991 přijalo Generální shromáždění rezoluci *Zásady ochrany duševně nemocných*. Rezoluce uvádí 25 zásad (tabulka č. 1) (Scheffler, Potůček, 2008).

Rozvoj lidských práv včetně jejich ochrany a jejich teoretického diskurzu sehrál významnou roli v procesu modernizace péče o duševně nemocné. Respektování a ochrana lidských práv se staly hlavním principem komunitní péče, měly by se stát také základem pro tvorbu politiky duševního zdraví a pro související legislativu (Knapp et al., 2007, Blahož, 2005).

Tabulka č. 1: Zásady ochrany duševně nemocných

| | |
|--|---|
| <i>základní svobody a práva, ochrana menšin</i> | právo na uznání všech práv Všeobecné deklarace lidských práv, právo na co nejlepší dostupnou péči o duševní zdraví, právo na léčbu s ohledem na lidskou důstojnost, právo na ochranu před diskriminací a další |
| <i>stanovení duševní poruchy</i> | rozhodnutí, že osoba trpí duševní poruchou, musí být v souladu s mezinárodně uznávanými lékařskými standardy |
| <i>lékařské vyšetření</i> | nikdo nesmí být nucen podrobit se lékařskému vyšetření, jehož účelem je určit, zda osoba trpí duševní poruchou či nikoliv, jiným způsobem, než jaký je určen místním právem |
| <i>role komunity a kultury, život v komunitě</i> | právo na léčbu v komunitě, v níž pacient žije, právo na léčbu v zařízeních péče o duševní zdraví, která jsou v blízkosti domova, právo na co nejrychlejší návrat z těchto zařízení do komunity |
| <i>standarty péče</i> | právo na zdravotní a sociální péči, které odpovídají pacientovým potřebám |
| <i>léčba, přístup k informacím, důvěrnost informací</i> | právo na léčbu v co nejméně omezujícím prostředí a co nejméně omezujícím způsobem, léčba je s pacientem diskutována, pravidelně kontrolována a v případě potřeby upravována, je poskytována v souladu s vhodnými etickými standardy a směřuje k ochraně a posílení pacientovy osobní nezávislosti |
| <i>medikace</i> | medikace sleduje výhradně zdravotní potřeby pacienta |
| <i>souhlas s léčbou, seznámení s právy</i> | nikomu nelze podávat léčbu bez jeho informovaného souhlasu s výjimkou pacientů, u nichž hrozí sebepoškození či poškození jiných osob, léčba musí být zaznamenávána |
| <i>práva a podmínky v zařízeních péče o duševní zdraví</i> | právo na soukromí, právo na prostředí a podmínky, které jsou co nejvíce podobné těm, v nichž žijí zdraví lidé téhož věku |
| <i>prostředky pro zařízení péče o duševní zdraví</i> | právo na stejnou úroveň prostředků jako mají jiná zdravotnická zařízení |
| <i>přijetí k hospitalizaci</i> | předcházení nedobrovolné hospitalizaci, právo za určitých podmínek kdykoliv opustit zařízení péče o duševní zdraví, pakliže byl pacient přijat dobrovolně |
| <i>nedobrovolné přijetí</i> | s vážnou pravděpodobností hrozí okamžité či bezprostřední nebezpečí poškození pacienta nebo jiných osob |
| <i>dozorčí orgán</i> | nedobrovolné přijetí nařizuje nezávislý a nestranný orgán |
| <i>procedurální pojistky</i> | právo vybrat si poradce, který bude pacienta zastupovat v případě stížností a odvolání |
| <i>pachatelé trestných činů</i> | osoby odsouzené za trestný čin a vykonávající trest ve vězení musí dostávat nejlepší možnou péči o duševní zdraví |
| <i>stížnosti</i> | právo stěžovat si |
| <i>sledování a prostředky provádění</i> | státy mají povinnost zajistit mechanismy, které zajistí soulad s těmito zásadami |
| <i>implementace</i> | státy uvedou tyto zásady do praxe |
| <i>vztah zásad k zařízením péče o duševní zdraví</i> | zásady se vztahují na všechny osoby přijaté do zařízení péče o duševně nemocné |
| <i>ochrana existujících práv</i> | nelze rušit či omezit žádná existující práva pacientů |

Zdroj: Scheffler, Potůček, 2008

3.4 Veřejná politika

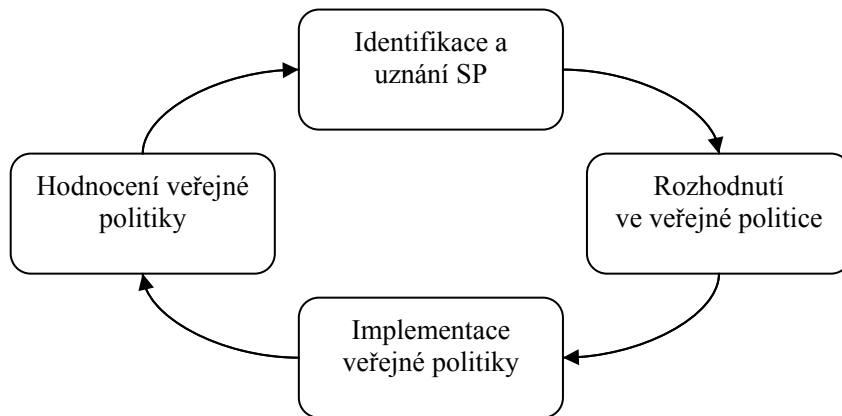
Veřejnou politiku chápeme jako vědní disciplínu či jako sociální praxi. Veřejná politika je průřezová vědní disciplína, která přesahuje hranice tradičních sociálních věd. Propracovává a aplikuje výkladové rámce sociologie, ekonomie, politických věd, práva a dalších věd (Potůček, 2005).

Veřejná politika jako sociální praxe je složitým procesem na sebe navazujících rozhodovacích kroků, jejichž předmětem je řešení společenských problémů. Modely politického procesu se liší, zjednodušený model sestává ze 4 složek (model č. 2): identifikace a uznání sociálního problému, rozhodnutí ve veřejné politice, implementace veřejné politiky a hodnocení veřejné politiky (Potůček, 2005).

Veřejná politika je oblastí, ve které se střetává veřejný zájem se zájmy individuálními, skupinovými a institucionálními. Objektem zájmu veřejné politiky není celá společnost, ale jen to, co se týká veřejného sektoru a veřejného zájmu. Veřejný zájem často pole veřejného sektoru přesahuje, ale nenahrazuje zájem soukromý. O soukromé zájmy se zajímá jen tehdy, mají-li společenský dosah. Veřejný zájem vyjadřuje potřeby, které se týkají větších společenských skupin či celé společnosti, vyjadřuje hodnoty, na něž společnost aspiruje, a vyjadřuje také ochranu před ohrožením těchto potřeb a hodnot. Předmětem veřejné politiky se ovšem veřejný zájem stává až tehdy, je-li jako takový uznán (Purkrábek, 1994).

Zdravotní politika je odvětvím politiky veřejné. Stejně jako ostatní veřejné politiky ji členíme na praxi a vědní disciplínu. Jako vědní obor je charakterizována multidisciplinárním přístupem a využíváním vývoje poznatků veřejné politiky. Jako praxi ji vymezujeme coby rozhodovací procesy, realizované příslušnými aktéry zdravotní politiky na různých úrovních zdravotnických systémů a jejich společenského kontextu. Předmětem rozhodování jsou právní normy a poté praktická realizace zdravotní politiky v každodenní praxi. Obsah zdravotní politiky lze vymezit zdravím a jeho determinantami, podporou zdraví, nemocemi, jejich diagnostikou, léčbou a rehabilitací, organizačním uspořádání zdravotnického systému, financováním, lidskými zdroji, jejich vzděláváním, výzkumem, sběrem a zpracováním statistických údajů, hodnocením dosahovaných výsledků (Potůček, 2005).

Model č. 2: Polický cyklus



Zdroj: POTŮČEK, 2005

4. Péče o duševně nemocné – z institucí ke komunitě

Duševně nemocní lidé byli v průběhu historie vnímání různým způsobem, stejně tak i způsob léčby prošel a stále prochází změnami. Duševně nemocní se těšili vysokému statusu ve společnostech, které na ně nahlížely jako na prostředníky mezi bohy a smrtí. Ve středověku byli mučeni a upalováni. V 19. století byli podrobováni různému zkoumání a byli od společnosti izolováni zavíráním do velkých institucí. Ve druhé polovině 20. století došlo k posunu vnímání duševních nemocí, a to na základě tří věcí. Psychofarmakologie zaznamenala obrovský posun ve vývinu léků, novým fenoménem se stala lidská práva a sociální a duševní faktory byly zahrnuty k faktorům fyzickým, jež tvoří obecné zdraví. Všechny tyto vlivy zapříčinily nový trend, a sice přesun péče o duševně nemocné pacienty z velikých institucí do více flexibilní formy péče, která je poskytována v komunitě (WHO, 2001).

Komunitní péče je kombinací podpory a služeb, která reaguje na potřeby duševně nemocných. Poskytuje přiměřenou míru intervence tak, aby duševně nemocní dosáhli maximální možné nezávislosti a kontroly nad svým životem (Means, Smith, 1994). Pomáhá duševně nemocným zůstat ve svých domovech či vytváří prostředí, které domov připomíná. Obecně se tedy dá říci, že komunitní péče preferuje život v komunitě před životem v institucích. Pomáhá lidem v integraci do společnosti (Meredith, 1995).

Komunitní péče poskytuje služby bez negativních aspektů péče institucionální, v níž jsou často lidé vystavováni nelidskému zacházení a kde je ignorováno právo na souhlas s hospitalizací a léčbou. Institucionální péče se potýká s izolací personálu a pacientů od okolní společnosti, s nedostatkem proškoleného personálu, se špatnými ubytovacími podmínkami a s nízkou efektivitou, která se projevuje opakovanými hospitalizacemi (WHO, 2005a).

Komunitní péče je naopak založena na posilování lidských práv. Světová zdravotnická organizace shrnuje principy komunitní péče takto: komunitní péče nespočívá jen v místní dostupnosti, ale i v uspokojování široké škály potřeb, jejím cílem je posilovat vlastní schopnosti pacienta. Správná léčba vyplývá z určení správné diagnózy, časně intervence, kontinuity péče, širokého množství služeb, zapojení pacienta, rodiny a komunity a v neposlední řadě v posílení primární péče (WHO, 2001).

Podíváme-li se na komunitní péči v celosvětovém měřítku, zjistíme, že nějaká zařízení komunitní péče existují pouze zhruba v 70% zemích. Mezi jednotlivými

zeměmi existují veliké rozdíly v přítomnosti zařízení komunitní péče. Téměř 98% zemí řazených mezi bohaté má zařízení komunitní péče. Naopak mezi zeměmi chudšími je to pouze 50% (*Atlas*, 2005).

McDaid a Thornicroft upozorňují, že neexistují přesvědčivé důkazy, které by podporovaly jen institucionální přístup, ovšem neexistují ani důkazy, které by ukazovaly, že samotná komunitní péče poskytuje vyčerpávající služby. Zapotřebí je přístup tzv. „vyvážené péče“, která má těžiště v komunitě a je podporována nemocnicemi, které poskytují akutní péči. Tento přístup nevyklučuje ani hospitalizaci, ovšem ta by měla být co nejkratší a neměla by být poskytována v izolovaných léčebnách (McDaid, Thornicroft, 2005).

Principy vyvážené péče spočívají v pacientově autonomii v rozhodování, v kontinuitě péče a v její efektivitě v kontextu se zamýšlenými výsledky péče. Samozřejmostí je dostupnost a komplexita péče, která vede k uspokojování specifických potřeb pacientů. Služby jsou koordinovány a je jasně dána odpovědnost za jejich poskytování (Thornicroft, Tansella, 2003).

Přechod od péče institucionální k péči komunitní je označován jako proces deinstitucionalizace. Deinstitucionalizace neznamena rychlé uzavření všech institucionálních zařízení, ale jedná se o komplexní proces, který vede k implementaci provázané sítě služeb v komunitě. Není možné uzavřít velká psychiatrická zařízení, aniž by byly připraveny alternativní možnosti péče. Poté je proces deinstitucionalizace neúspěšný, jako např. v USA. Jak zdůraznil Geller, který se mimo jiné zabývá historií americké psychiatrie a jejího vlivu na současnou praxi, ve Spojených státech neproběhla deinstitucionalizace, spíše transinstitucionalizace. Znamená to, že pacienti jsou pouze přesouváni z jedné do druhé instituce. Psychiatrickí pacienti, kteří dříve pobývali v psychiatrických léčebnách, se dnes ve Spojených státech nachází ve vězeních, ústavech, na ulici a někteří z nich v komunitě (ICOPC, 2009).

Aby se předcházelo podobným neúspěchům, je nutné, aby proces deinstitucionalizace obsahoval tři komponenty. První zdůrazňuje nahrazování nevhodných přijetí do psychiatrických nemocnic službami v rámci komunity. Druhý zdůrazňuje propouštění dlouhodobě léčených pacientů do komunity v okamžiku, kdy budou připraveni. A třetí komponent je představován zakládáním a podporou stávajících služeb, které jsou poskytovány pacientům, kteří nebyli podrobeni institucionální léčbě (WHO, 2001).

V některých zemích proces deinstitucionalizace probíhá pomalu, stále nedošlo k rozšíření spektra moderních psychiatrických služeb. Důvodem ovšem není nesplnitelnost cíle poskytovat služby především v komunitě, mnohé země jsou toho důkazem, důvodem je nedostatek politické vůle ke změně (Breakey, 1996).

4.1 Duševní nemoci v Evropě

Mnoho zemí Evropy rozpoznalo důležitost dobrého duševního zdraví, nejen v souvislosti s jeho dopady na životy jedinců, ale i s dopady na celou společnost. Duševní nemoci představují pro Evropu velikou zátěž. Z 870 milionů obyvatel, kteří v regionu žijí, trpí přibližně 100 milionů osob úzkostmi a depresí, přes 21 milionů obyvatel se potýká s nemocemi způsobenými závislostí na alkoholu, kolem 7 milionů Evropanů má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu či jinou demenci, 4 miliony Evropanů bojují se schizofrenií, 4 miliony s bipolární afektivní poruchou a další 4 miliony s poruchami panickými (WHO, 2005).

Zátěž duševními nemocemi odhaluje koncept Global Burden of Disease, který byl poprvé použit roku 1990. Zkoumal u sta nemocí a zranění jejich zátěž pro populaci. Jedná se o ukazatel, jenž je složený. Využívá ukazatelů nemocnosti, úmrtnosti a dalších důsledků omezených schopností obyvatel, nazývaných jako disabilita. Studie také představila koeficient DALY (The Disability – Adjusted Life Years), který vyjadřuje počet ztracených let předčasným úmrtím a počet let strávených v neúplném zdraví⁵. Neuropsychiatrická onemocnění představují příčinu 20% ze všech let strávených v disabilitě. Jsou na druhém místě, hned po kardiovaskulárních onemocněních. Samotná deprese byla v roce 1990 na čtvrtém místě, co se týče zátěže pro populaci. Ovšem podle Světové zdravotnické organizace to bude právě deprese, která v roce 2020 zaujme vedoucí pozici (WHO, 2001).

Jedním z důsledků duševních nemocí jsou sebevraždy. Sebevražda má každoročně na svědomí více než milion lidských životů po celém světě. Z 90% těchto případů trpí dotyčná osoba některým typem duševní nemoci (CMHCD, 2006). Evropa je místem nejvyššího výskytu sebevražd na světě. Devět z deseti zemí s nejvyšší mírou sebevražednosti se nachází v Evropě. Smutné prvenství patří Litvě. V popředí jsou i další státy východní Evropy a státy severské. Naopak nejméně sebevražd je na jihu Evropy (aktuálně.cz, 2008).

⁵< http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/index.html>

4.2 Přístup k duševnímu zdraví v Evropě

Již velmi dlouhou dobu se problematice duševního zdraví věnuje Světová zdravotnická organizace. V r. 2001 se téma duševního zdraví stalo politickou prioritou. Výsledkem byla publikace **Zprávy o duševním zdraví 2001**, v níž je kladen důraz na zodpovědnost jednotlivých vlád za duševní zdraví obyvatel. Zpráva zdůrazňuje důležitost mezinárodní podpory, která může vést k založení vlastního národního programu v oblasti duševního zdraví. Na závěr této zprávy se uvádí deset doporučení, která pomohou zlepšit situaci v oblasti duševního zdraví:

- poskytování péče již na primární úrovni
- dostupnost základních léků na všech stupních péče
- poskytování péče v komunitě
- edukace veřejnosti
- účast komunit, rodin a konzumentů péče v rozhodovacím procesu a v procesu rozvoje služeb
- ustavení národní politiky, programů a právních norem
- rozvoj lidských zdrojů
- propojení péče o duševní zdraví s ostatními sektory
- monitorování duševního zdraví
- podpora dalších výzkumů

Světová zdravotnická organizace si uvědomuje, že některé země nemohou kvůli svým zdrojům splnit všechna tato doporučení, proto navrhla plán na základě rozdělení zemí právě dle stupně rozvinutosti zdrojů.

Scénář A je pro země s nízkým stupněm rozvinutosti zdrojů. Tyto země nemají politiku duševního zdraví, programy a právní normy, nebo u nich nedošlo k efektivní implementaci. Na duševní zdraví vynakládají méně než 0,1% celkového rozpočtu, který plyne do zdravotnictví, trpí nedostatkem personálu, nemají rozvinuté komunitní služby. Tyto země mají nízkou přístupnost služeb a také nízkou informovanost obyvatel. Přesto se tyto země mohou pokusit uzнат duševní zdraví jako nedílnou součást zdraví celkového a mohou začít organizovat služby jakožto součást péče primární.

Scénář B pro země se středně rozvinutými zdroji, které se vyznačují tím, že mají politiku duševního zdraví nebo nějaké programy zabývající se duševním zdravím, avšak

tyto nebyly dostatečně implementovány. Rozpočet na péči o duševní zdraví je menší než 1% celkového zdravotního rozpočtu, počet personálu není dostatečný, poskytovatelé primární péče nejsou vzděláni v oblasti duševního zdraví, zařízení pro specializovanou péči je nedostatek. Tyto země by se měly snažit služby rozšířit tak, aby pokryly potřeby celé populace. Měly by začít postupně redukovat péči ve velkých psychiatrických zařízeních a přesouvat ji do komunity. V neposlední řadě by měly podporovat neustálé vzdělávání personálu. K těmto zemím patří podle Pfeiffera Česká republika (Pfeiffer, 2005).

Scénář C pro země s vysoce rozvinutými zdroji, jež implementovaly politiku duševního zdraví, investují do něj více než 1% celkového zdravotního rozpočtu a mají optimální počet personálu. Primární péče hraje v léčbě duševních nemocí důležitou roli. Speciální zařízení jsou přístupná všem. Přesto i tyto země naráží na překážky jako je stigma a diskriminace. Proto by se měly zaměřit na zvyšování povědomí veřejnosti, zlepšování dostupnosti nových léků a postupů, měly by vyvinout informační systém o duševním zdraví a provádět výzkumy.

V roce 2005 se v Helsinkách konala Ministerská konference, jejímž cílem bylo přispět k realizaci výše uvedených doporučení ze Zprávy o duševním zdraví 2001. Dvěma nejvýznamnějšími výsledky této konference jsou **Deklarace o duševním zdraví pro Evropu a Akční plán duševního zdraví pro Evropu**.

V Deklaraci o duševním zdraví ministři uznávají, že duševní zdraví a pocit duševní pohody jsou podstatné pro kvalitu života a produktivitu jedinců, rodin, komunit i národů. Z toho důvodu bude v příštím desetiletí neustále připomínána důležitost duševního zdraví, budou navrhovány komplexní systémy péče o duševní zdraví zahrnující podporu, prevenci, léčbu a rehabilitaci. Bude řešena otázka pracovních sil a pro rozvoj služeb péče o duševní zdraví bude využíváno zkušeností jejich uživatelů.

Ministři členských států, mezi nimi i Česká republika, se mimo jiné zavázali v Deklaraci k podpoře duševního zdraví, k odpovědnosti za zavádění koncepcí v oblasti duševního zdraví, k zajišťování možností volby léčby psychiatrických pacientů, k rozvíjení komunitních služeb, k posilování role primární zdravotní péče či k omezování rizikových faktorů působících na duševní zdraví.

Akční plán podporují ministři v deklaraci. Akční plán zmiňuje 12 výzev, kterým země v souvislosti s duševním zdravím čelí a jejichž řešení by země měly nalézat. Tyto výzvy jsou doplněny předpokládanými kroky řešení.

Na aktivitu Světové zdravotnické organizace navazuje i Evropská Unie, která v témže roce (2005) publikuje **Zelenou knihu Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii**. Zelená kniha pojímá duševní zdraví jakožto prostředek k dosažení strategických cílů Evropské Unie, jimiž jsou dlouhodobá prosperita Evropy, udržování solidarity a sociální spravedlnosti a zlepšování kvality života občanů (*Green Paper*, 2005). Zelená kniha nastartovala proces konzultací na evropské úrovni.

Komise obdržela v rámci otevřené konzultace celkem 237 příspěvků. Tyto příspěvky Zelenou knihu vítaly a zároveň volaly po větší pozornosti, která by měla duševnímu zdraví být věnována. Zdůrazňovaly jak podporu duševního zdraví a prevence, tak zlepšování situace těch, kteří duševními nemocemi trpí. Nejvíce příspěvků poskytli zástupci zdravotních sektorů a nevládních organizací, reakce poskytly i přímo samotné vlády u třinácti zemí, mezi nimi nebyla vláda České republiky. Nejaktivnější co do počtu příspěvků byly Spojené království a Německo (dohromady 109 příspěvků), Česká republika měla příspěvek jeden.

Názory na to, jakou roli by v oblasti duševního zdraví měla Evropská unie hrát, se lišily. Některé státy zastávaly názor, že by organizace péče o duševní zdraví měla zůstat v jejich národní kompetenci, role Evropské unie by tedy měla spočívat především ve vyměňování informací, znalostí a dobrých praxí a v podpoře jednotlivých členských států v rozvoji péče o duševní zdraví.

Všichni souhlasili s návrhy Komise, na co by se měla strategie zaměřovat (podpora zdraví, prevence nemocí, zlepšování kvality života a výzkum), každý ovšem jednotlivým zaměřením přikládal jinou váhu. Vlády souhlasily s rozšířením práce na poli duševního zdraví na úrovni Evropské Unie. Také upozorňovaly na to, že proces deinstitucionalizace určitě přispěje k sociálnímu začleňování duševně nemocných, ovšem deinstitucionalizace musí jít ruku v ruce s rozvojem komunitních služeb. Dá se tedy říci, že Evropská komise na obecné úrovni deinstitucionalizaci a transformaci péče o duševně nemocné podporuje. Ovšem země „Staré“ Evropy již péče o duševně nemocné transformovaly, a proto se nyní zajímají spíše o prevenci a zlepšování duševního zdraví. Naopak u zemí, které přistoupily do Evropské unie nedávno, probíhá modernizace péče o duševní zdraví pomaleji (*Responses to the Green Paper*, 2006).

Na konzultace k Zelené knize navazuje **Evropský pakt za duševní zdraví a pohodu** z roku 2008. Pakt je výzvou ke spolupráci. Navrhuje shromáždění poznatků z celé Evropy, na základě kterých by se společně vytvořila doporučení pro kroky v pěti klíčových oblastech: předcházení sebevraždám a depresi, duševní zdraví mládeže a vzdělávání, duševní zdraví na pracovišti, duševní zdraví u starších lidí, boj proti stigmatizaci a sociálnímu vyloučení⁶.

4.3 Duševní nemoci v České republice

V České republice můžeme pozorovat nárůst spotřeby péče o duševní zdraví. Porovnáme-li statistické ukazatele z roku 2000 a z roku 2007, pak u všech duševních nemocí je znatelné zvýšení spotřeby péče. Nejčastějšími léčenými poruchami, které se v České republice vyskytují, jsou poruchy neurotické a poruchy afektivní (ÚZIS, 2008).

Mezi neurotické poruchy patří fobické úzkostné poruchy, u nichž je úzkost vyvolávána v určitých situacích, které nejsou za běžných podmínek považovány za nebezpečné, příkladem může být strach z veřejných prostranství. Dalšími neurotickými poruchami jsou obsedantně-nutkavé poruchy, jejichž rysem jsou vtíravé myšlenky, kterých se lidé snaží zbavit pomocí opakujících se rituálů. Od roku 2000 do roku 2007 se počet léčených neurotických poruch zvýšil téměř o 38 %, ze 133 079 případů v roce 2000 na 182 911 případů v roce 2007.

Druhou nejčastěji se vyskytující skupinou duševních nemocí jsou afektivní poruchy. Pro ně je typická porucha nálady směrem k depresi nebo k euforii. Deprese je charakterizována opakováním epizod chorobného smutku, je doprovázena sníženým sebevědomím, pesimistickými výhledy do budoucna a sebevražednými myšlenkami (Švestka, 2000). Počet léčených afektivních poruch se za 7 sledovaných let zvýšil téměř o 50%. V roce 2000 bylo evidováno 62 532 výskytů, v roce 2007 již 93 277.

Na odděleních a pracovištích psychiatrie bylo v roce 2007 ošetřeno 464 836 pacientů, proti předešlému roku došlo k jejich nepatrnému nárůstu o více než 1 %. V porovnání s rokem 2000 došlo k nárůstu o 28%. Rychleji roste počet žen než mužů. Podíl žen na celkovém počtu vyšetření je přibližně 60 % (ÚZIS, 2008).

Jedním z důsledků duševních nemocí je ztráta pracovní schopnosti. V roce 2007 bylo zaznamenáno 48 552 případů pracovní neschopnosti s psychiatrickou diagnózou, z téhož důvodu bylo přiznáno 2 816 částečných a 3 226 plných invalidních důchodů

⁶ <http://ec.europa.eu/ceskarepublika/press/press_releases/0808933_cs.htm>

(ÚZIS, 2008). Nejzávažnějším důsledkem duševních nemocí je sebevražda. Počet sebevražd se v České republice dlouhodobě snižuje. V roce 2007 byl nejnižší za posledních 130 let. Sebevraždu spáchalo 1375 lidí. Mezi příčinami tohoto snižování bývá jmenována lepší zdravotní a sociální péče a také zvýšená spotřeba antidepresiv. Přesto sebevražda u mladých lidí ve věku od 19 do 25 let představuje druhou nejčastější příčinu úmrtí po automobilových nehodách (Skálová, 2008).

Psychiatrie se ve větší míře než všeobecná medicína potýká s tzv. „skrytou nemocností“. Příznaky duševních nemocí nejsou často správně rozpoznávány a léčeny (Koncepte oboru psychiatrie, 2001). Sami lidé také často pomoc ani nevyhledávají, bojí se odsouzení ze strany společnosti. Proto je třeba brát na vědomí, že uváděná čísla jsou ve skutečnosti v populaci vyšší.

K představě o skutečném výskytu duševních nemocí mohou přispět výzkumy prováděné v rámci celé populace. Výzkum výskytu duševních nemocí prováděný na dospělé populaci v letech 1998 a 1999 se zaměřil na socioekonomické souvislosti duševních nemocí. Odhalil, že 27% Čechů alespoň jednou během svého života trpělo duševní nemocí. Duševními nemocemi trpí více ženy a lidé z velkých měst. Ženy s nižším stupněm vzdělání a ženy, které jsou rozvedené nebo nebyly nikdy vdané, trpí duševními poruchami častěji. Stejně tak nezaměstnaní muži a muži pracující jako samostatní podnikatelé (Scheffler, Potůček, 2008).

Pocitem duševní pohody se zabývalo také Výběrové šetření o zdravotním stavu populace v roce 2002. Otázky byly zpracovány na základě podkladu Světové zdravotnické organizace Well Being Index a zaměřily se na respondentův pocit duševní pohody v posledních 2 týdnech. Duševní nepohoda byla zaznamenána u 17 % mužů a 25 % žen (ÚZIS, 2003).

4.4 Modernizace péče o duševně nemocné v České republice

Ačkoli se péče o duševně nemocné ve vyspělých zemích ubírá směrem z institucí k péči poskytované v komunitě, proces deinstitutionalizace v České republice postupuje velmi pomalu (Pfeiffer, 2005). Péče zůstává značně nevyvážená. Počet lůžek v psychiatrických léčebnách se sice snižuje (příloha č. 2 a 3), ovšem téměř nedochází k rozvoji služeb komunitních. Zařízení a služeb komunitní péče je velmi málo, nejsou rovnoměrně rozmístěny na celém území republiky. Převažují ve velkých městech. Nesplňují tedy princip snadné dostupnosti.

Institucionální péče kromě snižování počtu lůžek nezaznamenala výraznější změny, které by přispěly k její modernizaci. Stále se potýká s nízkým počtem středních zdravotnických pracovníků a pomocného personálu, se špatnými ubytovacími podmínkami. Psychiatrické léčebny jsou umístěny v historických budovách, jejichž rekonstrukce vyžaduje nemalé investice. Finanční prostředky pro to ovšem chybí.

Principy moderní péče o duševní zdraví zůstávají často nepochopeny. Zaznívají názory, že komunitní péče nemůže nahradit péči lůžkovou. Komunitní péče se ovšem nevymezuje vůči péči lůžkové, přesahuje dělení na ambulantní, lůžkovou, intermediární a meziresortní péči. Je poskytována na všech těchto úrovních. Její těžiště by mělo být v komunitě tak, aby byl pacient co nejbližší svému přirozenému prostředí, nepřetrhl si sociální vazby, naučil se či zdokonalil si určité dovednosti, ovšem komunitní péče nevylučuje hospitalizaci. Péče se musí odvíjet od potřeb pacientů (McDaid, Thornicroft, 2005).

Porovnáme-li výhody a nevýhody institucionální a komunitní péče, pak nevýhodou péče poskytované v komunitě podle Jarolímka je, že nestačí na akutní stavy pacientů, u nichž hrozí agresivní či sebevražedné chování. Některým pacientům může více vyhovovat hospitalizace. Existují lidé, kteří si ji sami vyžádají, jelikož cítí azyl před stresujícím prostředím. Jistá výhoda by se u péče v léčebnách dala spatřovat také v přítomnosti jiných lékařů než psychiatrů. Pacientům je k dispozici oční lékař, zubař, neurolog a další. Naproti tomu může být duševně nemocného pacienta v komunitě těžší přesvědčit k návštěvě těchto specialistů. Určitý, ovšem nevyužitý potenciál psychiatrických léčeben spočívá také v přítomnosti vysokého počtu personálu v areálu. Pokud by léčebna měla plán profesního růstu pracovníků, mohla by snadněji školení organizovat (Gabriel, 2009a).

Péče o duševně nemocné v České republice zatím nedokáže reagovat na pacientovy potřeby. Vzhledem k nedostatku služeb komunitní péče nenabízí možnosti výběru. Současná institucionální péče není schopna podporovat pacienty v dosahování co nejvyšší možné míry autonomie. Příčiny současného neutěšeného stavu péče o duševně nemocné můžeme spatřovat v malém zájmu veřejnosti i politických představitelů o duševní zdraví, což může zapříčiňovat i specifické postavení psychiatrie a její nízká prestiž, ve špatném organizování služeb, v nedostatečném financování péče a v neposlední řadě i v nejednotnosti názorů uvnitř samotné psychiatrické obce.

4.4.1 Postavení psychiatrie

Psychiatrie měla mezi ostatními lékařskými obory vždy zvláštní postavení. V 18. století byla teoreticky rozvíjena jako součást filozofie, prakticky jako součást vnitřního lékařství. V prvním pražském ústavu pro choromyslné byl dozor nad péčí o duševně nemocné svěřen chirurgovi. V 19. století byly duševní nemoci chápány jako nemoci mozku nebo jako důsledky osobní slabosti. Psychiatrie se potýkala s otázkou své úlohy ve společnosti. Její hlavní role může být některými spatřována v ochraně společnosti před následky duševních nemocí, ovšem jejím nejdůležitějším zájmem je ochrana jedince před utrpením z nemoci, která vychází z lidských práv (Baudiš, Libiger, 2002).

Psychiatrie patří mezi vědy medicínské. Mezi ostatními vědami zaujímá místo u samotné hranice věd přírodních a společenských. Toto postavení ji odlišuje od ostatních lékařských oborů. Péče o duševně nemocné by neměla být poskytována jen v rámci zdravotní péče, ale měla by být doplněna péčí sociální.

Duševně nemocní se musí potýkat nejen s vlastní nemocí, ale také s jejím sociálním hodnocením. Nahlížení na duševně nemocné ve společnosti je spjato se stigmatem. Předsudky vůči skupině duševně nemocných převyšují nad vlastnostmi jednotlivce, a vedou tak k diskriminaci (Baudiš, Libiger, 2002). Duševně nemocní mají omezené možnosti v získávání zaměstnání či bydlení. Ve své diplomové práci se stigmatizací duševně nemocných zabývá Bodnár, který její významnou příčinu vidí v samotném systému péče o duševně nemocné (Bodnár, 2009).

Stigmatizovaní jsou nejen duševně nemocní, ale i samotní psychiatři. Opakované výzkumy ukazují, že se psychiatrie netěší vysoké prestiži, a to nejen mezi laickou veřejností, ale i mezi ostatními lékaři (Marková, Venglářová, Babiaková, 2005). V minulosti byla psychiatrie zneužívána ve prospěch jiných cílů, než bylo zdraví pacienta. Dnes ve společnosti plní kontrolní funkci, má moc nad deviantními jedinci, může je bez jejich souhlasu podrobit léčbě. Mediální obraz duševně nemocného je často spojen s násilím, což vyvolává pocit nízké úspěšnosti léčby (Baudiš, Libiger, 2002).

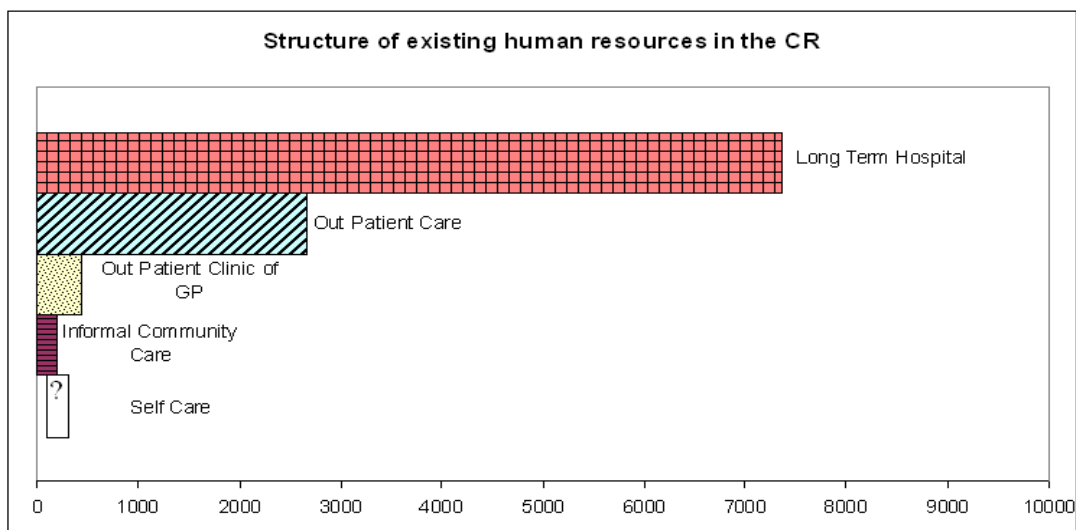
I z těchto důvodů nahlíží veřejnost na psychiatrii a na duševně nemocné s předsudky. Psychiatrie zůstává na okraji zájmu společnosti, což se projevuje i podceněním prostředků a zdrojů, které jsou nezbytné pro rozvoj moderní péče o duševně nemocné (Baudiš, Libiger, 2002).

4.4.2 Síť služeb

Světová zdravotnická organizace v roce 2003 zveřejnila model, který zachycuje optimální složení služeb péče o duševní zdraví. Péče má těžiště ve svépomoci, následuje neformální péče v komunitě, dále péče primární, formální komunitní péče v rámci denních stacionářů a zařízení podporujících bydlení a zaměstnání, na stejné úrovni s psychiatrickými odděleními ve všeobecných nemocnicích a poslední, nejméně početnou složku tvoří zařízení pro dlouhodobý pobyt, kam patří psychiatrické léčebny (WHO, 2003).

Srovnáme-li tento model se stávajícím stavem služeb v České republice, dostaneme strukturu naprosto opačnou (graf č. 1). Současný stav služeb popisuje Pfeiffer jako nevyhovující z mnoha důvodů. Charakteristikou stávající sítě péče je, že velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách, které neprošly dostatečnou modernizací. Pacienti jsou přijímáni do jednotlivých služeb bez zajištění návaznosti péče. Není jasně dána zodpovědnost za koordinaci komplexní péče o konkrétního pacienta (Pfeiffer, 2005).

Graf č. 1: Lidské zdroje v České republice



Zdroj: Scheffler, Potůček, 2008

V České republice je péče o duševně nemocné poskytována v různých formách – ambulantní, intermediární, lůžkové a meziresortní.

Ambulantní péče je označována jako základní článek péče o duševní zdraví. Je zajišťována ambulantním psychiatrem, označovaným za nositele primární psychiatrické péče, který by měl být obeznámen s pacientovým sociálním prostředím a měl by být koordinátorem pacientovy léčby. Úkolem ambulantní péče je prvotní diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence duševních poruch. Součástí ambulantní péče jsou i specializované ambulance, které zajišťují péči specifickým skupinám, např. dětem (*Koncepce oboru psychiatrie, 2001*).

V roce 2007 zajišťovalo ambulantní péči 933 ambulantních oddělení se 697 psychiatry, jejich počet každým rokem mírně stoupá. Stejně tak ovšem stoupá i počet pacientů v ambulancích. V roce 2007 jich bylo 464 836, vyšetření proběhlo 2 632 027 (ÚZIS, 2008). Ambulantní péče je perspektivní složkou sítě, jelikož vykazuje poměrně slušné regionální pokrytí, což je důležitá podmínka pro rozvoj péče v rámci komunity (*Revize koncepce, 2008*).

Zpráva o duševním zdraví však roli primární psychiatrické péče připisuje nejen ambulantním psychiatrům, ale také praktickým lékařům (WHO, 2001). Primární péče u praktického lékaře je místem prvního kontaktu se zdravotním systémem, který přináší zdravotní péči tak blízko k pacientovu domovu, jak jen je možné. Umožňuje nahlížet na pacienta v kontextu jeho somatických obtíží. Často ovšem nejsou duševní poruchy u praktického lékaře odhaleny. Příčinami tohoto jevu jsou pacientovy obavy ze stigmatizace, v jejichž důsledku se se svými problémy lékaři nesvěří, dále nedostatečné lékařské vzdělání v oblasti duševních poruch, časová náročnost vyšetření psychického stavu či fakt, že duševní onemocnění bývají často skrytá za somatickými potížemi. Lékaři tedy poté léčí nepsychiatrické problémy, místo psychiatrických a léčba se stává nákladnější a neefektivní (Sikora, 2003).

Intermediární péče pracuje na pomezí lůžkové a ambulantní péče. Mezi zařízení zajišťující tuto péči patří denní stacionáře, krizová centra, mobilní krizové týmy a komunitní psychiatrické sestry. Denní stacionáře slouží pro denní pobyt pacientů, poskytují léčebnou a rehabilitační pomoc. Jejich cílem je zamezit či zkrátit hospitalizaci či usnadnit přechod z hospitalizace do běžného života. Krizová intervence spočívá v rychlé psychosociální pomoci, jež je realizována buď v nepřetržitě dostupných centrech či přímo na místě krize mobilním krizovým týmem. Krizové centrum může poskytovat lůžkové oddělení, které umožní několikadenní pobyt. Intermediární péče

může být poskytována i v místě bydliště pacienta, především komunitními psychiatrickými sestrami (*Revize koncepce*, 2008).

V České republice začaly v 90. letech vznikat desítky pracovišť poskytujících krizovou pomoc. První krizové centrum vzniklo již v prosinci 1989 na psychiatrické klinice v Brně-Bohunicích. O dva roky později bylo založeno Centrum krizové intervence v areálu Psychiatrické léčebny v Bohnicích. Třetím nejstarším centrem je RIAPS, původně součást Záchrané služby Praha. Mnohá zařízení již ovšem zanikla nebo se transformovala (Gabriel, 2004). V současné době jsou v České republice pouze 3 krizová centra, z toho 2 v Praze, která nabízí nepřetržitou pomoc psychiatra. V roce 2007 využilo těchto služeb 10 059 obyvatel (Pěč, 2009).

Role krizových center je v systému moderní péče o duševní zdraví nezastupitelná, avšak ze strany Ministerstva zdravotnictví zůstává nepochopena: „Rozšíření sítě krizových center je sporné, neboť intenzita jejich využití je nízká, obložnost nedosahuje 30% a z hlediska financování za provedené výkony produkují asi 300% ztráty.“ (*Čtvrtá zpráva o naplňování programu Zdraví 21*, 2007: 71). Přitom již v roce 1944 Lindemann popsal vliv včasné intervence na psychiku člověka zasaženého neštěstím. Krizová intervence umožní vyhnout se dlouhodobým psychickým problémům (Breakey, 1996). V krátkodobé perspektivě mají sice krizová centra vysoké náklady, ovšem dlouhodobě přispívají ke snížení nákladů díky odvrácení hospitalizace.

Denní stacionáře jsou také nerovnoměrně zastoupeny (příloha č. 4). V rezortu zdravotnictví je jich evidováno 21, z toho 7 v Praze, 3 v Brně, 2 v Plzni. V roce 2007 se staraly o 7747 pacientů. Psychiatrické sestry poskytují své služby pouze v Praze a v Ostravě (Pěč, 2009).

Lůžková péče se odehrává v psychiatrických odděleních nemocnic, psychiatrických klinikách, psychiatrických léčebnách a ve specializovaných lůžkových zařízeních. Psychiatrická oddělení nemocnic jsou určena pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci pacientů v akutním stavu. Psychiatrické kliniky jsou součástí fakultních nemocnic, kromě zdravotní péče se zabývají výukovou a výzkumnou činností. Psychiatrické léčebny se mají věnovat dlouhodobé léčbě a rehabilitaci. Často je jejich péče označována za následnou, ačkoli plní i tu akutní. Kromě všeobecných psychiatrických léčeben existují i psychiatrické léčebny specializované. Ty jsou zaměřeny na specifické skupiny pacientů, jako jsou děti nebo osoby závislé na alkoholu (*Koncepce oboru psychiatrie*, 2001).

Lůžkovou péči zajišťuje 16 psychiatrických léčeben pro dospělé s 9307 lůžky, 3 psychiatrické léčebny pro děti s 320 lůžky a 32 psychiatrických oddělení nemocnic s 1419 lůžky. V obou typech zařízení se počty lůžek v posledních letech snižují (příloha č. 5 a 6), ačkoli počty lůžek v nemocnicích by se dle principů modernizace měly zvyšovat. V roce 2007 bylo zaznamenáno 16 616 hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic a 38 143 hospitalizací v psychiatrických léčebnách (ÚZIS, 2008).

Ministerstvo zdravotnictví se lůžkové péče zastává: „*Existovala určitá představa, že úkoly psychiatrických léčeben převezmou zařízení komunitní, což je však vzhledem ke struktuře pacientů v léčebnách nereálné. Komunitní péče může doplnit spektrum ambulantních služeb, ale nenahradí lůžkovou psychiatrickou péči.*“ (Čtvrtá zpráva o naplňování programu Zdraví 21, 2007: 67). Zde můžeme sledovat naprosté nepochopení principů moderní psychiatrické péče, která nemá za cíl zrušit lůžkovou péči (viz. McDaid, Thornicroft, 2005).

Systém péče o duševně nemocné uzavírá péče **meziřesortní**, zejména zdravotně-sociální péče. Je zaměřena na volnočasové aktivity, umožňuje klientům zlepšit své praktické, pracovní a sociální dovednosti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů zajišťují především centra denních aktivit a centra sociálních služeb. Praktické dovednosti v oblasti bydlení jsou zlepšovány pomocí služeb, které umožňují duševně nemocným žít samostatně a nezávisle v běžném prostředí. Sociální podpora může být poskytována jak v zařízeních s 24hodinovým dohledem, tak v těch, kde je dohled jen občasný. Pracovní pomoc je zajišťována s cílem obnovení, udržení a zlepšení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. Zařízení a programy, které se pracovní pomocí věnují, nabízejí jak podporované nebo přechodné zaměstnání, kde jsou pracovní podmínky podobné těm běžným, tak i chráněné dílny, v nichž jsou podmínky mírnější. Speciálními pracovištěm pro osoby s duševní poruchou jsou sociální firmy. Provoz v nich je zapojen do tržního prostředí (Revize koncepce, 2008).

Psychiatrické rehabilitaci se věnuje 29 neziskových organizací se 470 odborníky. V roce 2007 byla tato péče poskytnuta 4600 pacientům. 22 organizací se věnuje podpoře v oblasti bydlení, 27 v oblasti práce, 25 v oblasti denních aktivit, 16 v oblasti poradenství (Pěč, 2009).

Propojení sociální a zdravotní péče je v České republice dlouhodobým problémem. Zdravotně-sociální služby pro duševně nemocné u nás spadají pod rezort sociální. Zákon o sociálních službách, který vstoupil v platnost v roce 2007, definuje

jednotlivé služby a zavádí příspěvek na péči, který je určen přímo pro uživatele služby a má mu umožnit hradit většinou část nákladů za služby. Zákon se ovšem zaměřuje na služby pro osoby zdravotně znevýhodněné (SKOK, 2006). Sám ministr Nečas přiznal, že lidé trpící duševní nemocí ze systému sociálních služeb vypadli. Některé sociální služby pro duševně nemocné se nekryjí s definicemi služeb uváděnými v zákoně a jen malá část duševně nemocných dosahuje nároku na přiznání příspěvku na péči (Pěč, 2009). Gabriel k této problematice říká, že drahá farmakologická léčba dokáže většině duševně nemocných pacientů vrátit základní stabilitu, její výsledky jsou ale znehodnocovány naprostým nedostatkem následné rehabilitační a sociální péče (Gabriel, 2009b).

4.4.3 Lidské zdroje

Lidské zdroje jsou rozhodujícím faktorem zdravotnických služeb, realizace jakékoli strategie ve zdravotnictví záleží právě na nich (IZPE, 2003). Jedině dostatek kvalifikovaných pracovních sil dokáže efektivně bojovat se stále se rozšiřujícím výskytem duševních nemocí (WHO, 2005a).

Na mezinárodní úrovni existují doporučení, která zachycují optimální počty pracovníků. Podle WHO je v České republice 13,7 psychiatrů na 100 000 obyvatel. Průměr v EU15 je 12,9 (WHO, 2008). Co do počtu psychiatrů tedy nezaujímá Česká republika mezi ostatními zeměmi špatné místo. Ovšem středního zdravotnického personálu a sociálních pracovníků je nedostatek (Scheffler, Potůček, 2008).

Překážkou v modernizaci péče mohou také být konzervativní postoje některých tradičních poskytovatelů služeb, obavy z důsledků změn a ze znehodnocení jejich dosavadní práce. Nejen že psychiatrická obec není v prosazování zájmů příliš průbojná, některým dokonce současný stav může vyhovovat. Jak říká Gabriel, ambulantní psychiatři a představitelé psychiatrických léčeben si nemohou stěžovat na nedostatek klientů. Modernizaci péče by přišli o své privilegované postavení v poskytování péče (Gabriel, 2009b). Někteří nedůvěřují komunitní péči z důvodů nepochopení jejích principů. Zdůrazňují, že komunitní péče nemůže nahradit péči lůžkovou. Moderní péče o duševní zdraví si toto za cíl neklade. Jiní komunitní péči oceňují, ale nevěří v její realizaci: *„Dokud byla komunitní péče ještě ve stádiu zkoušení, tak to bylo dobré, pacientům to pomáhalo. Ale teď se narazilo na problémy. Kdo to bude platit a kdo to bude mít na starost?“* (ICOPC, 2009). A někteří vzdorují ze strachu ze znehodnocení

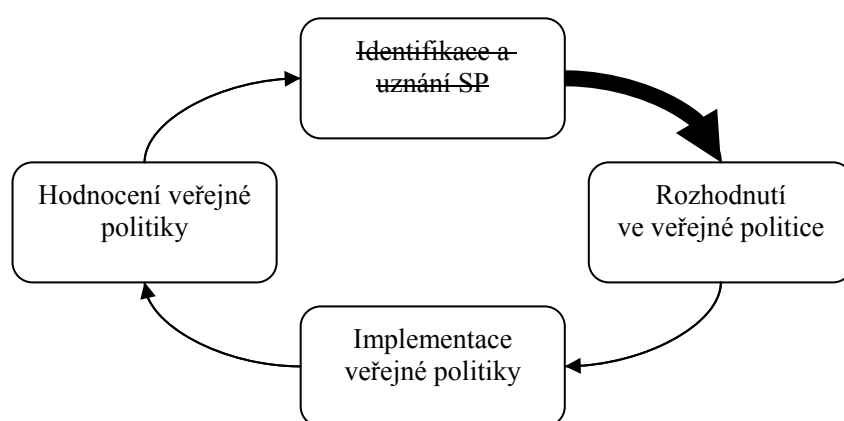
své dosavadní práce, což vystihuje následující výrok jednoho z tradičních poskytovatelů péče: „Říkají, že všichni v léčebnách škodíme. Je třeba někoho charismatického, kdo by nekonfliktním způsobem řekl: „Jste dobří, vážíme si Vaší práce. Ale co takhle to zkusit jinak?“ “ (ICOPC, 2009).

Přesun těžiště péče o duševní zdraví z institucí do komunity s sebou pro pracovníky přináší přijímání nových rolí a nutnost rozvíjení dalších dovedností (WHO, 2005a). Jak upozorňuje Pfeiffer, někteří čeští pracovníci ovšem na změnu připraveni nejsou. Postoje, znalosti a praktické dovednosti profesionálů péče o duševně nemocné spíše udržují stereotypy klasické psychiatrické péče a neumožňují jejich zapojení do rozvoje moderního způsobu poskytování péče (Pfeiffer, 2005). V tomto ohledu je vhodné začít systematicky vzdělávat všechny pracovníky v přístupech komunitní péče.

4.4.4 Politika péče o duševní zdraví

Česká republika nemá rozvinutou národní politiku péče o duševní zdraví. Existují snahy situaci změnit, fáze politického procesu ovšem ustrnula na své první části, a sice na identifikaci a uznání problému. Opakovaně vznikají koncepce, ovšem k rozhodnutím ve veřejné politice ještě nedošlo (model č. 3).

Model č. 3: Politický cyklus – politika péče o duševní zdraví v ČR



Zdroj: autorka podle POTUČKA, 2005

V roce 1990, kdy byla prvně navrhována reforma péče o zdraví, byla péči o duševní zdraví věnována samostatná kapitola, která hovořila o nutnosti navýšení kapacit nelůžkových zařízení a celkovém propojení služeb, o humanizaci psychiatrie, roli primární péče a sociálních služeb. V 90. letech bylo založeno Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které iniciovalo vytváření nové koncepce oboru psychiatrie (Kalina, 2004).

Od roku 1995 probíhal v ČR proces formulace politiky péče o duševně nemocné, který vyvrcholil představením Koncepce oboru psychiatrie Českou psychiatrickou společností v roce 2001. Koncepce byla schválena Ministerstvem zdravotnictví v roce 2002 a byla ustavena komise k její implementaci. Koncepce se věnuje náplni oboru psychiatrie, charakterizuje síť služeb, navrhuje nové složení sítě služeb včetně návrhu personálního obsazení. Zmiňuje snižování počtu lůžek v psychiatrických léčebnách, avšak stále stojí na klasickém modelu psychiatrické péče. Lidská práva zůstávají na okraji zájmu (Pfeiffer, 2005).

Konkrétní návrhy změn ve smyslu Koncepce byly navrženy v dokumentu Politika péče o duševní zdraví v ČR. Transformační proces se zaměřuje na přeměnu funkce a využití stávajících kapacit psychiatrických léčeben. Nabízí 3 varianty při změně sítě: rozdělení péče v psychiatrických léčebnách, zachování jen některých oddělení léčeben nebo zachování jen některých psychiatrických léčeben. První varianta počítá se zachováním prostorových a personálních kapacit léčeben, ovšem se snížením počtu pacientů, čímž dojde k navýšení komfortu léčby. Druhá varianta spočívá ve zrušení některých oddělení v psychiatrických léčebnách, ovšem za předpokladu, že takto ušetřené finance budou podporovat péči komunitní. Třetí varianta se kloní k celkovému uzavření některých léčeben a přesunu pacientů do jiných forem péče (Pfeiffer, 2005).

V roce 2007 Česká psychiatrická společnost formulovala Národní psychiatrický program. Ten nenavazuje na dokument Politika péče o duševní zdraví. Má pouze jednu stranu, nenavrhuje konkrétní kroky pro dosažení vytyčených cílů - zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami, zajištění dostupnosti psychiatrické péče a redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění (*Národní psychiatrický program*, 2007).

Během roku 2006 a 2007 zrealizovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví projekt Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné. Navázalo tak na Politiku péče o duševní

zdraví v ČR a na základě zmapování názorů a potřeb odborníků i pacientů vytvořilo model péče o duševní zdraví na území hlavního města Prahy, včetně konkrétního návrhu realizačních opatření a ekonomického zajištění (CMHCD, 2008).

V roce 2008 také došlo k revizi Koncepce oboru psychiatrie s cílem vyhodnotit stávající síť služeb, upravit parametry Koncepce podle novějších poznatků a v rámci služeb péče o duševní zdraví definovat služby zdravotní a sociální. Revize koncepce poskytuje větší prostor službám intermediárním a mezirezortním a upozorňuje na roli péče ambulantní, ovšem konkrétní kroky, jak systém změnit, chybí (*Revize Koncepce*, 2008)

Problematické duševního zdraví se věnuje také národní varianta programu Zdraví 21. Jeho 6. cílem je zlepšení duševního zdraví obyvatel – do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb. Ze zpráv o naplňování programu ovšem není znát podpora modernizace péče o duševní zdraví.

Mezinárodní dokumenty věnující se problematice duševního zdraví zůstávají v České republice upozaděny, jejich cíle nejsou realizovány. Ministerstvo zdravotnictví se v roce 2005 v Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu přímo zavázalo k podpoře duševního zdraví a k rozvoji péče na komunitní úrovni. Za zavádění koncepcí v oblasti duševního zdraví přijalo odpovědnost. Dodnes však nebyla koncepce rozvinuta.

4.4.5 Platná právní úprava péče o duševní zdraví a lidská práva

Česká republika nerealizuje národní politiku péče o duševní zdraví, nemá ani žádný speciální zákon o duševním zdraví. Oblast péče a ochrany duševně nemocných osob je zakotvena v mnoha právních normách a dokumentech. Ripová shrnuje problematiku práv duševně nemocných takto: právní normy jsou roztráštěné, zastaralé a nevyhovující, přestože mají duševně nemocní stejná práva jako ostatní občané, nejsou schopni hájit si je, v průběhu hospitalizace či soudního řízení jsou jejich práva obcházena, či porušována, chybí mechanismy, které by jejich dodržování kontrolovaly (Ripová, 2002).

Nejrizikovějším faktorem pro dodržování lidských práv je institucionální léčba. Klíčovými body v oblasti práv duševně nemocných léčených v institucích se jeví zejména dobrovolné a nedobrovolné přijetí, informovaný souhlas s léčbou, právo na soukromí, přístup k zdravotnické dokumentaci a používání omezovacích prostředků.

První systematickou studii dodržování lidských práv v psychiatrických léčebnách zrealizovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví v letech 2002 a 2003. Závěrečná zpráva tohoto projektu upozorňuje na problémy s nerozlišováním souhlasu s hospitalizací a souhlasu s léčbou, s nedodržováním zákonem stanovené lhůty pro oznámení nedobrovolné hospitalizace, s omezováním pacientů, kteří se léčí dobrovolně, s neposkytnutím úplné zdravotnické dokumentace na žádost pacienta, s neexistencí statistiky evidující použití omezovacích prostředků (APEL, 2002). Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví se problematice práv věnuje doposud. V současnosti se podílí na mezinárodním projektu ITHACA, jehož cílem je vytvoření nástroje pro zjišťování úspěšných a efektivních přístupů v oblasti lidských práv a zdravotní péče v lůžkových zařízeních (CMHCD, 2009).

Od roku 2006 do roku 2008 prováděl systematické návštěvy psychiatrických léčeben za účelem zjištění stavu dodržování lidských práv Úřad veřejného ochránce práv. V zásadě došlo ke stejným zjištěním jako ve výzkumu v rámci projektu APEL. Vzhledem k tomu, že v případě nedobrovolné hospitalizace je léčebna povinna oznámit tuto skutečnost soudu a ten v tzv. detenčním řízení rozhodne o přípustnosti nedobrovolné hospitalizace, vyžaduje léčebna od přijímaných pacientů souhlas s dobrovolnou hospitalizací. Zároveň při příjmu pacient podepisuje také souhlas s prováděnou léčbou, což ovšem může být chápáno jako nerespektování práva na informování o postupech léčby. Chybí záznamy o používání omezovacích prostředků, pacienti jsou omezováni z důvodu neklidu či z důvodu nedostatku personálu, nikoli z důvodu ohrožení života či zdraví. V léčebnách není dostatečně zajištěno soukromí. Pacienti jsou ubytováni v ložnicích s mnoha lůžky, toalety a sprchové kouty jsou v některých léčebnách bez dveří, pacienti jsou bez souhlasu monitorováni kamerovým systémem (*Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben*, 2008).

Problematice lidských práv se od roku 1998 věnuje Rada vlády ČR pro lidská práva ČR. Každoročně vydává Zprávu o stavu lidských práv. V poslední zprávě je rozebírána problematika nedobrovolných hospitalizací. Přístup soudů je hodnocen jako formalistický. Poté, co soud obdrží informaci o nedobrovolném přijetí pacienta, rutinně rozhodne o zákonnosti hospitalizace. Pacientovi je přidělen advokát, který se s ním ani neseťká, pacient tedy zůstává nezastoupen. Podle údajů z roku 2006, bylo v této souvislosti zahájeno 10 957 řízení, v 8 628 případech byla hospitalizace uznána za zákonnou, pouze v 7 případech za nezákonnou. 78 osob se proti rozhodnutí odvolalo (*Zpráva o stavu lidských práv*, 2007).

Významně se na zlepšování lidských práv duševně nemocných podílí i další organizace, např. Liga lidských práv spolu s Centrem advokacie duševně nemocných, která poskytuje bezplatnou právní pomoc a snaží se ovlivnit nevyhovující právní úpravu, nebo Česká asociace pro psychické zdraví, která také poskytuje poradenství a publikovala pro duševně nemocné Právního rádce.

Jak bylo zmíněno výše, ani Zákon o sociálních službách nepřinesl duševně nemocným pozitivní změnu. I z toho důvodu se nyní Národní rada osob se zdravotním postižením začala zabývat vznikem samostatného zákona pro duševně nemocné, o jehož potřebnosti však nejsou přesvědčeni někteří psychiatři. Tvrdí, že vše důležité, už je českými zákony upraveno. (ČT24, 2008).

Ke zlepšení postavení duševně nemocných a dodržování jejich práv by takový zákon přispěl. Světová zdravotnická organizace upozorňuje, že některé platné zákony z důvodu zastaralosti nemusí zajišťovat respektování a ochranu lidských práv. Neexistují důkazy pro upřednostňování samostatného zákona, ani důkazy pro upřednostňování zahrnování práv duševně nemocných do více zákonů. K zachycení komplexity potřeb duševně nemocných přispívá kombinovaný přístup (WHO, 2005b).

4.4.6 Financování péče o duševní zdraví

Otázka financování psychiatrické péče se v souvislosti s modernizací péče o duševní zdraví jeví jako klíčová. Zjištění výše výdajů na duševní zdraví je důležité pro budoucí plánování financování.

Dle projektu Světové zdravotnické organizace Atlas, který proběhl ve 181 zemích, třetina zemí nemá speciální rozpočet pro duševní zdraví. Polovina zemí dává do duševního zdraví méně než 1% celkového veřejného zdravotního rozpočtu (Atlas, 2005). Ani Česká republika nemá speciální rozpočet pro duševní zdraví. Zdravotní péče o duševně nemocné je financována stejně jako ostatní typy péče ze společného rozpočtu. Proto je velmi těžké zjistit konkrétní údaje. Existují ovšem odhady. Zelená kniha Evropské komise hovoří zhruba o 3,6% z celkového zdravotního rozpočtu (příloha č. 7). To řadí Českou republiku na předposlední místo Evropy, těsně před Slovensko (*Green Paper*, 2005).

Dlouhý se pokusil odhadnout výdaje na péči o duševní zdraví v roce 2001. Došel k závěrům, že výdaje činily 5,6 mld. Kč, tzn. 3,54 % výdajů na zdravotnictví a 0,26 % HDP. Nejvíce peněz šlo do psychiatrických léčeben (35,6 %), dále na léky na předpis

(33,2 %), do ambulantní péče (17,4 %), do péče v nemocnicích (9,6 %). Ostatní typy péče pokrývaly zbývajících 5 % (Dlouhý, 2004).

Výdaje za rok 2003 se pokusil modelovat Pěč, k výdajům ze zdravotnictví připočetl výdaje z nemocenského a důchodového fondu na základě dnů pracovní neschopnosti a přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševního onemocnění. Celkové výdaje na duševní zdraví za rok 2003 podle něj představovaly 11,1 mld. Kč, tzn. 0,44% HDP (CMHCD, 2008).

V systému financování péče o zdraví došlo v České republice k zásadním změnám v roce 1993. Původní financování téměř výhradně z prostředků státního rozpočtu bylo změněno na financování vícezdrojové. Převahu v tomto systému tvoří veřejné zdravotní pojištění, soukromé výdaje a výdaje z veřejného rozpočtu tvoří malou část. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění říká: *„Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.“* (zákon č. 48/1997 Sb.). To dává prostor Ministerstvu zdravotnictví přesouvat zodpovědnost za stav financování péče o duševně nemocné především na zdravotní pojišťovny tam, kde se jedná o péči hrazenou v oblasti zdravotnictví. V případech péče zdravotně-sociální se Ministerstvo zdravotnictví odkazuje na Ministerstvo práce a sociálních věcí. Výroky zaznívající z Ministerstva zdravotnictví k problematice financování psychiatrie míří i k samotným psychiatrům, kteří nejsou v otázkách priorit financování jednotní (Český rozhlas, 2008).

Příležitost pro psychiatrii vidí ministerstvo v reformních zákonech: *„Reformní zákony jsou nadějí pro českou psychiatrii a pro pacienty české psychiatrie, protože dají více pravomocí zdravotním pojišťovnám, ale také více odpovědnosti. V zákoně bude jasněji napsáno, než je tomu dnes, za co ty pojišťovny odpovídají, mimo jiné i za dostupnost zdravotní péče konkrétní zdravotní péče, čili v tomto případě i konkrétní psychiatrické péče. Pojišťovny už se nebudou moci vymlouvat (...).“* (Český rozhlas, 2008). Nelze se ubránit dojmu, že ministerstvo v navrhovaných změnách nevidí primárně příležitost pro modernizaci péče o duševně nemocné, ale spíše prostor pro útěk před vlastní zodpovědností.

Ministerstvo ovšem nemůže zodpovědnost za stav péče o duševně nemocné přesouvat na pojišťovny. Podle § 22 zákona č. 2/1969 jsou to právě ministerstva, která mají zodpovědnost: *„Ministerstva zkoumají společenskou problematiku v okruhu své působnosti, analyzují dosahované výsledky a činí opatření k řešení aktuálních otázek.“*

Zpracovávají koncepcie rozvoje svěřených odvětví a řešení stěžejních otázek, které předkládají vládě České republiky.“ (zákon č. 2/1969 Sb.).

Zdravotní pojišťovny používají k plánování příjmů a výdajů na stanovené druhy činností zdravotně pojistných plánů. Návrhy zdravotně pojistných plánů předkládají pojišťovny Ministerstvu zdravotnictví. To předává ekonomickou část plánu k hodnocení Ministerstvu financí. Obě ministerstva poté předkládají pojistný plán k projednání a schválení vládě (IZPE, 2003). Z toho je zřejmé, že Ministerstvo je spoluzodpovědné za tvorbu těchto plánů.

Zdravotní pojišťovny uzavírají s poskytovateli zdravotní péče smlouvy, ty se „řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění a poté je vydá jako vyhlášku.“ (zákon č. 48/1997 Sb.). I zde můžeme pozorovat, že Ministerstvo zdravotnictví není bez vlivu vůči zdravotním pojišťovnám.

Zdravotní pojišťovny nemají pro psychiatrii vyčleněn speciální fond, způsob a výše úhrady se řídí úhradami dohodnutými v rámci dohodovacího řízení nebo stanovenými vyhláškami Ministerstva zdravotnictví. Svaz zdravotních pojišťoven České republiky uznává, že dlouhodobě není psychiatrická péče optimálně nastavena. Důvody vidí především v absenci celkové koncepce politiky péče o duševní zdraví, neexistenci analýz nákladů na péči a také v nevýrazné aktivitě zástupců odborné psychiatrické společnosti (Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2009).

Vzhledem k tomu, že jsou pojišťovny především finanční ústavy, spatřuje Bašný zájem pojišťoven v poskytování péče, která není příliš nákladná. Zdůrazňuje, že by pojišťovny byly samy proti sobě, kdyby chtěly začít přesouvat institucionální péči směrem ke komunitní, jelikož nic levnějšího, než současná péče již nebude (Český rozhlas, 2008).

Zdravotně-sociální služby pro duševně spadají do rezortu sociálního. Jsou financovány ze státního rozpočtu - z národních, krajských a obecních dotací a prostřednictvím příspěvku na péči. Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí, že výdaje na sociální služby se zvýšily z 13 mld. Kč v roce 2006 na 25 mld. Kč v roce 2008.

Z těchto 25 mld. Kč ovšem připadá kolem 18 mld. Kč na příspěvek na péči (Sezemský, 2009), který zůstává osobám s duševním onemocněním z důvodů nedostatků v zákoně téměř nedostupný (Pěč 2009). Zbývající částka pokrývá dotace poskytovatelům služeb. Ty se ovšem v roce 2009 snížily o 2,2 mld. Kč oproti roku 2008, kdy činily 6,7 mld. Kč (Sezemský, 2009). O dotace je nutné žádat každý rok, což poskytovatelům omezuje možnost jakéhokoli dlouhodobého plánování.

Další možností financování sociálních služeb je Evropský sociální fond. Díky němu se podařilo zrealizovat programy především na podporu pracovní rehabilitace a zaměstnávání. Po ukončení této podpory je ale nutné najít další zdroje financování (Green Doors, 2009).

Při současném nastavení systému není možné dosáhnout výrazných změn v oblasti péče o duševní zdraví. Prostor pro modernizaci poskytují vyšší finanční zdroje. Vzhledem k tomu, že v České republice se celkové výdaje na zdravotnictví v posledních letech spíše snižují (7,4% HDP v roce 2003, 6,8% v roce 2006) (ČSÚ, 2008), lze předpokládat, že i výdaje na zdravotní péči duševně nemocných se snižují. Obdobná situace je i u výdajů na sociální služby pro duševně nemocné. Modernizace péče o duševně nemocné si ovšem vyžaduje navýšení prostředků.

5. Závěr

Tato práce si kladla za cíl zhodnotit proces modernizace péče o duševně nemocné, zároveň poukázat na faktory, které tuto modernizaci zpomalují. Duševní zdraví, jeho podpora, péče o duševně nemocné jsou celosvětově aktuálními tématy zdravotní politiky. Duševních nemocí přibývá, představují velikou zátěž pro jednotlivce i pro společnost. V souladu s rozvojem poznatků a možnostmi léčby této skupiny nemocí dochází k výrazné modernizaci. Tuto rozvojovou příležitost využívá Česká republika jen částečně.

V České republice se zatím nepodařilo rozvinout komunitní služby tak, aby se mohly stát těžištěm péče. Charakteristikou stávající sítě služeb je, že velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách, přestože v nich nedošlo k významné modernizaci. Psychiatrické léčebny se dlouhodobě potýkají s nedostatkem personálu a s nedostatkem finančních prostředků na rekonstrukci nevyhovujících prostor. Opakovaně byly vzhledem k nedodržování lidských práv označeny za nevhodné.

Otázky péče o duševně nemocné však zůstávají stále na okraji zájmu. Duševně nemocní jsou stigmatizováni a diskriminováni. Diskriminace se projevuje také podceněním prostředků a zdrojů, které jsou nezbytné pro rozvoj moderní péče o duševně nemocné. České republice patří mezi zeměmi Evropy předposlední místo, co se týče finančních prostředků, které jsou na péči o duševně nemocné vynakládány. Bez navýšení prostředků není modernizace možná.

Nepříliš uspokojivá situace v oblasti péče o duševní zdraví není jen otázkou financování, ale také otázkou hodnot, jejich priorit a lidských zdrojů. Překážkou v modernizaci péče jsou někteří její poskytovatelé, jejichž postoje, obavy z důsledků změn a ze znehodnocení dosavadní práce jsou zřetelnou bariérou pro možný rozvoj péče. Bez systematického vzdělávání v přístupech komunitní péče se modernizace neobejde. Názorová nejednotnost poskytovatelů dnes zapříčiňuje celkovou „neprůbojnost“. Ve vzbuzování zájmu veřejnosti a politických představitelů by bylo většího koncepčního konsensu tolik potřeba.

Koncepce oboru psychiatrie opakovaně nastolila agendu politiky péče o duševní zdraví, ta však není dále rozvíjena. Stávající právní úprava, týkající se péče o duševně nemocné, je roztržena do řady právních předpisů. Práva duševně nemocných jsou obcházena či porušována. Duševně nemocní často nejsou v důsledku svého onemocnění

schopni svá práva prosazovat a hájit. Chybí kontrolní mechanismy, které by dodržování práv monitorovaly. Ke zlepšení situace mohl přispět samostatný zákon na ochranu práv duševně nemocných.

Jako rozhodující faktor modernizace péče o duševně nemocné se v návaznosti na *Koncepci oboru psychiatrie* ukazuje Ministerstvo zdravotnictví. To za 7 let existence *Koncepce* politiku péče o duševní zdraví nerozvinulo. Ministerstvo se ovšem snaží vinu za špatný stav péče o duševně nemocné zapříčiněný především nedostatečným financováním přenést na zdravotní pojišťovny. Avšak je to právě ministerstvo, které je za tvorbu zdravotní politiky za zákona zodpovědné. Představitelům péče o duševní zdraví a dalším aktérům z řad občanské společnosti, nechtějí-li nadále čekat, možná nezbude nic jiného, než se pokusit politiku péče o duševní zdraví rozvíjet vlastními silami.

6. Použitá literatura

AKTUÁLNĚ.CZ. *Litva kraluje Evropě v míře sebevražd. Neví, co s tím* [online]. 2008. [cit. 2009-05-01].

Dostupné z:

<http://aktualne.centrum.cz/zahranici/evropa/clanek.phtml?id=606188>

ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů* [online]. Praha: Grada Publishing, 2007. [cit. 2009-05-03]. s. 243-253.

Dostupné z:

<http://books.google.com/books?id=yso2ddMRfv8C&pg=PA3&dq=%C5%99%C3%ADzen%C3%AD+lidsk%C3%BDch+zdroj%C5%AF&ei=pCYPSu78MYPeygSG482JCw&hl=cs>

BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. Praha : Galén, 2002. s. 156. ISBN 80-7262-104-1.

BLAHOŽ, J. Teorie lidských práv. In *Sjednocující se Evropa a lidská a občanská práva*. Praha: 2005. s. 11-33.

BODNÁR, J. *Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky, 2009. s. 148. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

BREKAEY, W. R. *Integrated mental health services: modern community psychiatry* [online]. Oxford University Press:1996. [cit. 2009-05-10]. s. 3-40.

Dostupné z:

<http://books.google.com/books?id=y1zZwOsS2PkC&printsec=frontcover&dq=integrated+mental&ei=2DoPSqffHo62zATIntXEAQ&hl=cs>

CMHCD. *Závěrečná zpráva projektu APEL* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2003. [cit. 2009-04-11].

Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/dokumenty/APEL_I.pdf

CMHCD. *Sebevraždy* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2006. [cit. 2009-05-01].

Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_03.pdf

CMHC. *Odborná zpráva z projektu Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008. [cit. 2009-04-20].

Dostupné z:

<http://www.cmhcd.cz/publikace.html>

ČESKÝ ROZHLAS 6. *Neutěšená situace v oboru psychiatrie* [online]. 2008. [cit. 2009-04-13].

Dostupné z:

http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/428883

ČSÚ. *Celkové výdaje na zdravotnictví v % HDP* [online]. 2008. [cit. 2009-05-07].

Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/670027C817/\\$File/1607080708.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/670027C817/$File/1607080708.pdf)

ČT24. *Chystá se nový zákon upravující práva duševně nemocných* [online]. 2008. [cit. 2009-05-10].

Dostupné z:

<http://www.ct24.cz/domaci/18723-chysta-se-novy-zakon-upravujici-prava-dusevne-nemocnych/>

Čtvrtá zpráva o naplňování dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (program Zdraví 21) [online]. Praha : MZČR, 2007. [cit. 2009-05-02].

Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/21-ctvrta-zprava-o-plneni-programu-zdravi-21.html>

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

DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, 2005. s. 25-30. ISBN 80-7262-340-0.

GABRIEL, J. Klady a zápory psychiatrických léčeben a komunitních center. *Esprit*. 2009a, č. 3, s. 8-11.

GABRIEL, J. Jak se žije duševně nemocným v České republice. *Esprit*. 2009b, č. 3, s. 11-12.

GABRIEL, J. Krizová intervence – okamžitá pomoc. *Zdravotnické noviny*. 2004, č. 30, s. 12-17.

GREEN DOORS. *Hospitalizace na psychiatrii a co potom?* [online]. 2008. [cit. 2009-04-12].

Dostupné z:

http://www.greendoors.cz/tz_hospitalizace

Green Paper - Improving mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union [online]. Brusel, 2005. [cit. 2009-03-21].

HÁVA, P., et al. Pojistné plány zdravotních pojišťoven. In *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad: Sborník č. 8/2003*. Kostelec nad Černými Lesy : IZPE, 2003. s. 90-93.

HÁVA, P., et al. *Politika rozvoje lidských zdrojů ve zdravotnictví.: Sborník č. 9/2003*. Kostelec nad Černými Lesy : IZPE, 2003. s. 4-6.

HOLČÍK, J. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. Praha: MZ ČR, 2004. s. 160. ISBN 80-85047-33-0.

KNAPP, M., MCDAID, D., MOSSIALOS, E., THORNICROFT, G. *Mental health policy and practice across Europe* (European Observatory on Health Systems and Policies Series). Berkshire: Open University Press, 2007. s. 456. ISBN 0-335-21468-1.

KALINA, K. Psychiatrická reforma v ČR: Byla? Je? Bude?. *Zdravotnické noviny*. 2002, č. 48, s. 14-15.

Koncepce oboru psychiatrie. Praha : PS ČLS JEP, 2001. s. 37.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada, 2005. s. 38-48. ISBN 80-247-115-16.

MCDAID, D., THORNICROFT, G. *Mental health II: Balancing institutional and community-based care. Policy brief*. Geneva :WHO, 2005.

MEANS R., SMITH R. *Community care. Policy and practice*. London: The Macmillan press ltd, 1994. s. 1-16. ISBN 0-333-54932-5.

MEREDITH, B. *The community care handbook*. London: Age Koncern England, 1995. s. 16-34. ISBN 0-86242-171-3.

MOTEJL, O. *Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben* [online]. 2008. [cit. 2009-04-15].

Dostupné z:

<http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=1341>

Národní psychiatrický program [online]. Praha : PS ČLS JEP, 2007. [cit. 2009-04-22].

Dostupné z:

<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/npp?MenuItemId=127>

Návrh Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008. Praha : PS ČLS JEP, 2008. s. 36.

OSN. *Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech* [online]. New York, 1966. [cit. 2009-04-23].

Dostupné z:

<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>

OSN. *Zásady ochrany duševně nemocných* [online]. 1991. [cit. 2009-04-23].

Dostupné z:

http://www.capz.cz/dokumenty/documents/prava1_doplnek.pdf

PĚČ, O. *Ambulantní a komunitní psychiatrická péče u nás a v EU* [online]. 2009. [cit. 2009-05-02].

Dostupné z:

<http://k-data.cz/koalice/prezentace/MUDrOPecAmbulantpece.pdf>

PFEIFFER, J. et al. *Politika péče o duševní zdraví: Zpráva o současném stavu, Cesty k její realizaci* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a Nadace Open Society Fund, 2005.

Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf

http://www.cmhcd.cz/images/cast_2_14_3_05.pdf

POTŮČEK, M. et al. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. s. 399.s. ISBN 80-86429-50-4.

PURKRÁBEK, M. Politické strany a veřejná politika. In POTŮČEK, M., PURKRÁBEK, M., VAVROUŠEK, J. *Zrod teorie veřejné politiky v České republice*. Praha: Vesmír, 1994. s. 17-37.

Responses to the Green Paper: Promoting the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental health for the European Union [online]. Luxemburg, 2006. [cit. 2009-03-21].

Dostupné z:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mentalgp_report.pdf

RIPOVÁ, L. *Ochrana práv duševně nemocných v České republice z perspektivy Světové zdravotnické organizace* [online]. 2002. [cit. 2009-04-10].

Dostupné z:

<http://www.capz.cz/dokumenty/documents/deklarace5.pdf>

RITCHEY, T. *General Morphological Analysis*. 1998.

SCHEFFLER, R. M., POTŮČEK, M. *Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present*. Prague: Karolinum Press, 2008. s. 258. ISBN 978-80-246-1466-3.

SEZEMSKÝ, J. *Navyšlení dotací na provoz sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV, 2009. [cit. 2009-05-05].

Dostupné z:

<http://www.mpsv.cz/cs/6309>

SIKORA, J. Depresivní poruchy. *Lékařské listy*. 2003, č. 4, s. 24-25.

SKOK. *Analýza zákona o sociálních službách z pohledu uživatelů a poskytovatelů* [online]. Spolek oborové konference nestátních neziskových organizací působících v sociální a zdravotně sociální oblasti, 2006. [cit. 2009-04-12].

Dostupné z:

http://www.skok.biz/_download/projekty/zakon-o-socialnich-sluzbach-analyza-2006-09.pdf

SKÁLOVÁ, A. Sebevražda je méně, ale... [online]. *Zdravotnické noviny*. 2008, č. 42. [cit. 2009-05-01].

Dostupné z:

<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=385391>

SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR. *Psychiatrie v systému veřejného zdravotního pojištění* [online]. Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2009. [cit. 2009-05-03].

Dostupné z:

<http://k-data.cz/koalice/prezentace/MUDrChytilPrezentaceSZ.pdf>

ŠVESTKA, J. *Deprese. Léčitelná porucha se vzrůstajícím výskytem*. Praha: Galén, 2000.

THORNICROFT G, TANSELLA M. *What are the arguments for community-based mental health care?* [online]. Copenhagen: WHO, 2003. [cit. 2009-04-30].

Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>

ÚZIS. *Psychiatrická péče 2007* [online]. Praha, 2008. [cit. 2009-04-21].

Dostupné z:

http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=Psychiatrick®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

VAILLANT, G. E. Mental health [online]. *The American Journal of Psychiatry*. 2003. [cit. 2009-05-01].

Dostupné z:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/160/8/1373?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=vaillant+mental+health&searchid=1&FIRSTIND=EX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3

WHO. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Paris: WHO, 2001. 178s. ISBN 92-4156-201-3

WHO. *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the challenges, building solutions* [online]. European Ministerial Conference on Mental Health in Helsinki: WHO, 2005. [cit. 2009-03-21].

Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>

WHO. *Mental Health Atlas* [online]. Geneva: WHO, 2005. [cit. 2009-04-23].

Dostupné z:

http://books.google.com/books?id=2SXuXnlz3PgC&dq=mental+health+atlas&printsec=frontcover&source=bl&ots=KEKmbEDimt&sig=K1iOpbaYaoAk0L8hc9OYsu2OWpQ&hl=cs&ei=_TUPSrvhGcuD_Aan5PDCBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3

WHO. *Mental Health Declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions* [online]. European Ministerial Conference on Mental Health in Helsinki: WHO, 2005a. [cit. 2009-03-21].

Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>

WHO. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. WHO, 2008. s. 185-252. ISBN 978-80-904259-0-3.

WHO. *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. WHO, 2005.

WHO. *Organization of services for mental health* [online]. Geneva: WHO, 2003. [cit. 2009-05-03].

Dostupné z:

<http://books.google.com/books?id=SUII3nxvqVcC&printsec=frontcover&dq=Organization+of+services+for+mental+health&ei=GykPSrnJMKP2yATG7OyNBg&hl=cs>

WHO. *Resource book on mental health, human rights and legislation* [online]. Geneva: WHO, 2005b. [cit. 2009-04-10].

Dostupné z:

http://www.who.int/mental_health/policy/who_rb_mnh_hr_leg_FINAL_11_07_05.pdf

WHO. *Mental health: strengthening mental health promotion* [online]. 2009. [cit. 2009-03-08].

Dostupné z:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/index.html>

WHO. *Policies and practices for mental health in Europe*. Kopenhagen: WHO, 2008.

WILKINSON, M., MARMOT, R. *Social determinants of health. The solid facts* [online]. WHO, 2003. [cit. 2009-05-18].

Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF>

Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*

Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění*

Zákon č. 2/1969 Sb., *o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČSR*

Zpráva o stavu lidských práv v ČR v roce 2007 [online]. Rada vlády ČR pro lidská práva, 2008. [cit. 2009-04-19].

Dostupné z:

<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?pgid=302>

7. Přílohy

Příloha č. 1: Morfologická analýza

Příloha č. 2: Počet lůžek v psychiatrických léčebnách

Příloha č. 3: Počet lůžek v psychiatrických léčebnách na 100 000 obyvatel

Příloha č. 4: Intermediární služby

Příloha č. 5: Počet lůžek v psychiatrických odděleních nemocnic

Příloha č. 6: Poměr lůžek v psychiatrických léčebnách a v psychiatrických odděleních nemocnic

Příloha č. 7: Výdaje na péči o duševní zdraví

Příloha č. 8: Projekt bakalářské práce

Příloha č. 1: Morfologická analýza

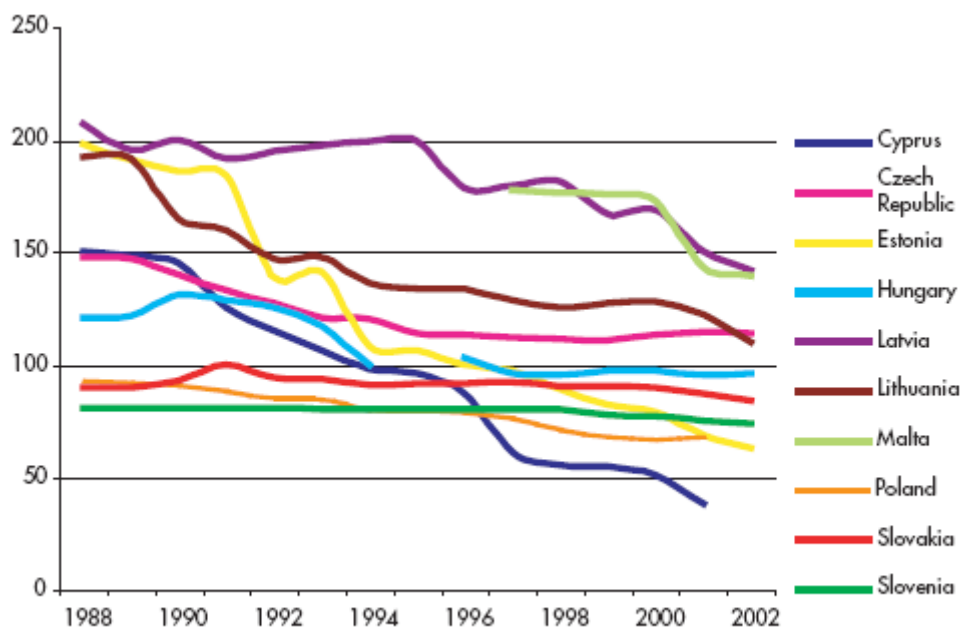
| | 1990 - 1997 | 1998 – ½ 2006 | ½ 2006 - dosud |
|--|---|---|--|
| Agendy, cíle, strategie, koncepce | Počátek diskuse o Koncepci psychiatrie Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví -vytváření modelů péče Česká asociace pro psychické zdraví | Asociace komunitních služeb Koncepce oboru psychiatrie Zdraví 21 ČR – 6. cíl Politika péče o duševní zdraví WHO Report Ministerská konference v Helsinkách Zelená kniha | Národní psychiatrický program Revize koncepce Evropský pakt za duševní zdraví a pohodu Péče o duševní zdraví na území Prahy |
| Právní normy | Ústava ČR Zákon o péči o zdraví lidu 20/1966 Zákon o zodpovědnosti ministerstev 2/1969 | Úmluva o biomedicině | Zákon o sociálních službách 108/2006 Diskuse o samostatném zákoně o duševním zdraví |
| Organizace péče | Vznik komunitních center → Snižování počtu lůžek v PL → | → 2000 STOP | Snižování počtu lůžek v psychiatrických odděleních nemocnic |
| Financování | Zákon o veřejném zdravotním pojištění 48/1997 Nejasné konkrétní výdaje | → Modelace výdajů -podfinancování -3,5% z celkového zdravotního rozpočtu | → → ESF |
| Výsledky | Rozvoj neziskového sektoru, krizových center Tvorba koncepce | Zastavení rozvoje Zpomalení transformace Nedostatek financí Zájem o lidská práva Projekt APEL - dodržování lidských práv v léčebnách Dlouhý, Pěč - modelace výdajů na péči | Stále není politika Malý zájem-veřejnost, politika Na Koncepci nenavazují další kroky Revize koncepce Nedodržování práv -ombudsman -projekt ITHACA |

Příloha č. 2: Počet lůžek v psychiatrických léčebnách

| Rok | Počet | | | | | |
|-------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | léčeben | z toho pro děti | lůžek | z toho pro děti | lékařských míst | z toho pro děti |
| 1995 | 21 | 5 | 10 366 | 485 | 429,76 | 20,60 |
| 1996 | 21 | 5 | 10 281 | 475 | 427,84 | 18,90 |
| 1997 | 21 | 5 | 10 186 | 405 | 442,12 | 19,49 |
| 1998 | 20 | 4 | 10 059 | 358 | 447,06 | 13,95 |
| 1999 | 20 | 4 | 10 007 | 358 | 456,35 | 15,19 |
| 2000 | 21 | 4 | 10 075 | 358 | 455,45 | 14,99 |
| 2001 | 21 | 4 | 10 139 | 368 | 461,36 | 9,69 |
| 2002 | 21 | 4 | 10 045 | 368 | 464,84 | 11,80 |
| 2003 | 21 | 4 | 9 977 | 368 | 487,14 | 11,62 |
| 2004 | 21 | 4 | 9 951 | 368 | 494,95 | 14,53 |
| 2005 | 20 | 3 | 9 858 | 320 | 510,32 | 13,94 |
| 2006 | 20 | 3 | 9 762 | 320 | 539,83 | 14,39 |
| 2007 | 19 | 3 | 9 627 | 320 | 502,18 | 13,72 |

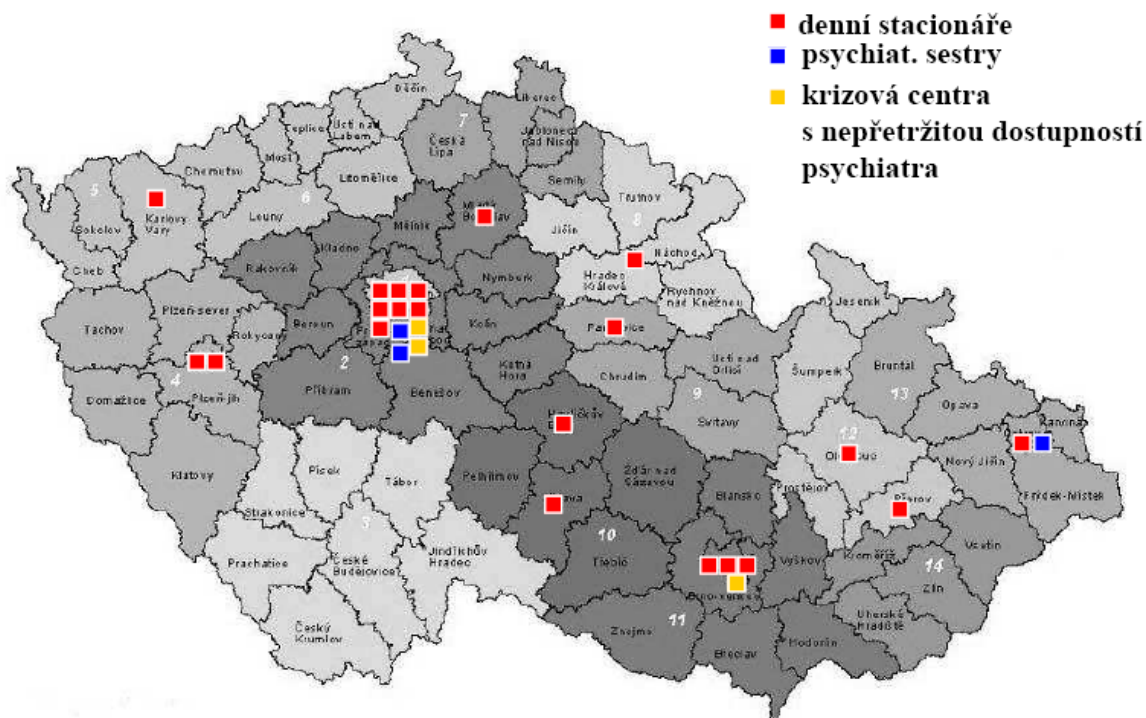
Zdroj: ÚZIS, 2008

Příloha č. 3: Počet lůžek v psychiatrických léčebnách na 100 000 obyvatel



Zdroj: McDaid, Thornicroft, 2005

Příloha č. 4: Intermediární služby



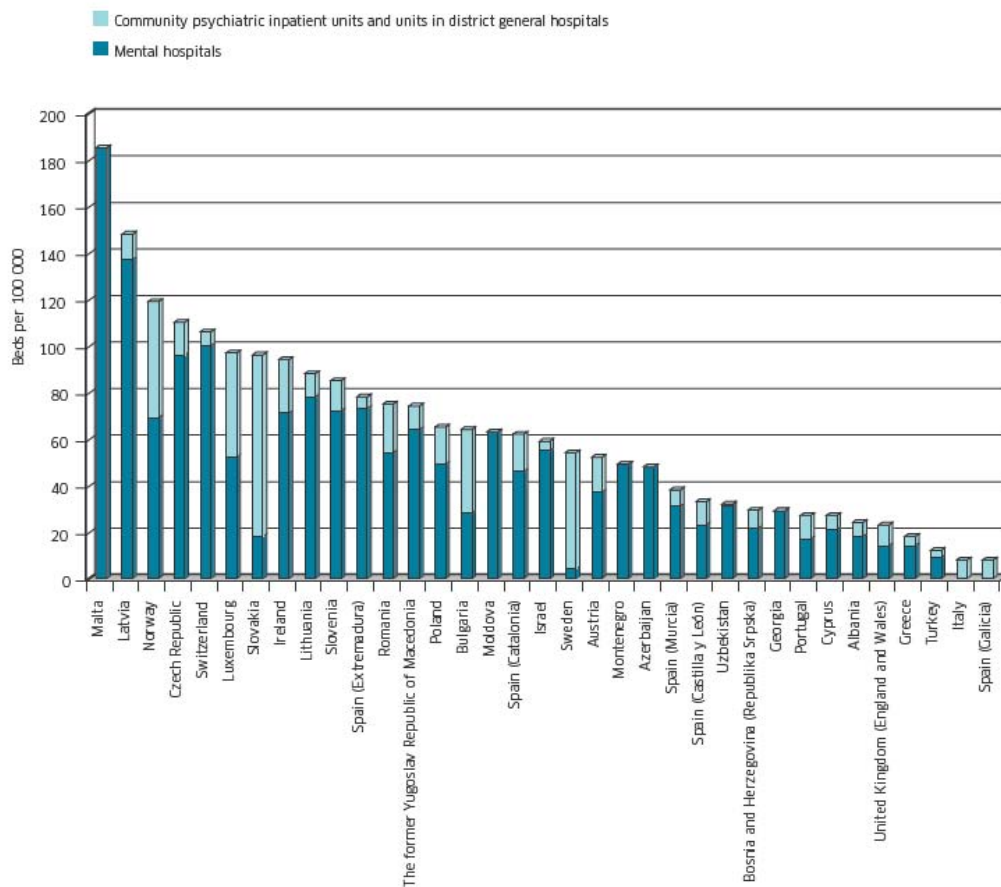
Zdroj: Pěč, 2009

Příloha č. 5: Počet lůžek v psychiatrických odděleních nemocnic

| Rok | Počet | | |
|-------------|-----------|--------------|-----------------|
| | oddělení | lůžek | lékařských míst |
| 1995 | 27 | 1 398 | 126,09 |
| 1996 | 26 | 1 420 | 129,75 |
| 1997 | 26 | 1 367 | 127,68 |
| 1998 | 31 | 1 603 | 146,08 |
| 1999 | 32 | 1 598 | 145,45 |
| 2000 | 32 | 1 534 | 139,42 |
| 2001 | 33 | 1 554 | 142,31 |
| 2002 | 33 | 1 546 | 143,44 |
| 2003 | 33 | 1 517 | 146,15 |
| 2004 | 33 | 1 501 | 140,53 |
| 2005 | 32 | 1 439 | 147,19 |
| 2006 | 31 | 1 420 | 132,06 |
| 2007 | 32 | 1 419 | 161,39 |

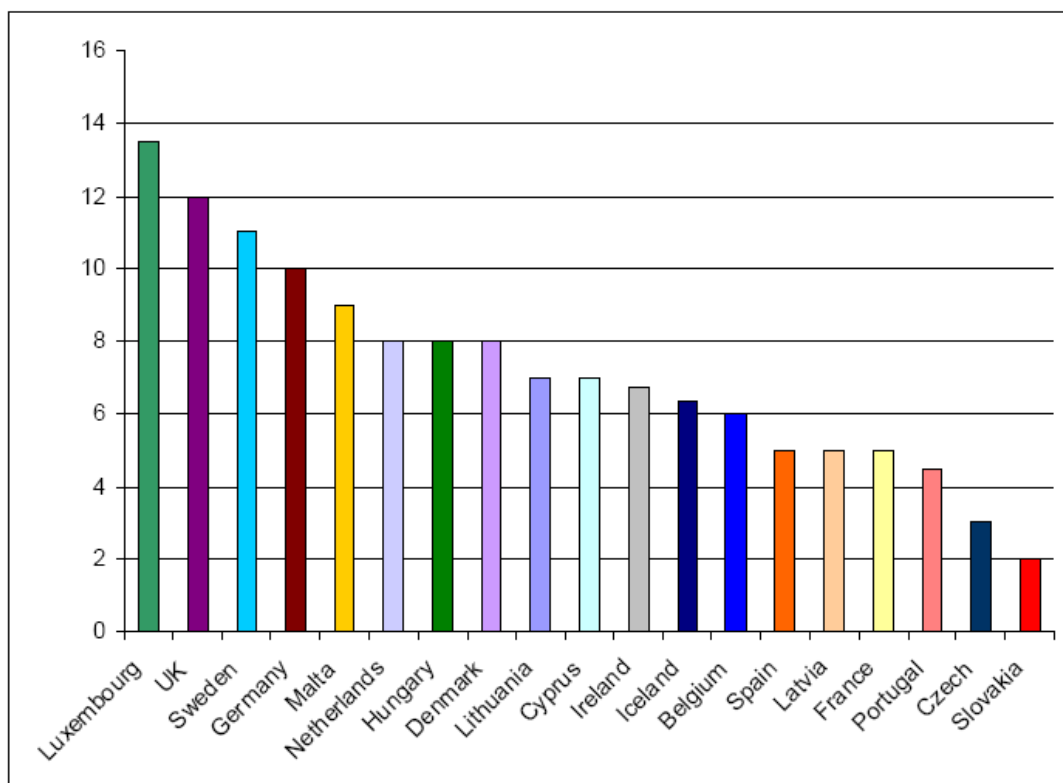
Zdroj: ÚZIS, 2008

Příloha č. 6: Poměr lůžek v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic



Zdroj: WHO, 2008

Příloha č. 7: Výdaje na péči o duševní zdraví



Zdroj: Green Paper, 2005

PROJEKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

1. Předpokládaný název práce

Možnosti péče o duševně nemocné v České republice

2. Námet práce zahrnující formulaci a vstupní diskusi poznávacího problému

Zdraví hraje v životě člověka neoddiskutovatelnou roli. Je hlavním faktorem, který ovlivňuje kvalitu života. Podíváme-li se na definici zdraví dle Světové zdravotnické organizace, která zní: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne jen nepřítomnost nemoci.“ (WHO, 1948), tak již z tohoto pojetí zdraví vyplývá, že zdraví duševní výrazně ovlivňuje zdraví celkové. Stejně tak i definice duševního zdraví ukazuje, že duševní zdraví není jen nepřítomností duševní nemoci, ale znamená dobrou kondici celé osobnosti. Podle Světové zdravotnické organizace je duševní zdraví „stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen se podílet na životě své komunity.“ (WHO, 2001). Zlepšení duševního zdraví se tak stává prioritou, jelikož spolupomáhá ke zlepšování kvality života jednotlivce, a tím přispívá k prosperitě celé společnosti.

Zlepšování duševního zdraví může být vedeno **dvěma cestami**, a sice **(1) prevencí, tedy podporou duševního zdraví**, a **(2) cestou zlepšování péče o duševně nemocné**. V této práci bych se ráda zaměřila právě na možnosti péče o duševně nemocné, zejména pak na změny v této oblasti. V současnosti je kladen důraz na deinstitucionalizaci, tzn. zavedení či rozvinutí služeb, které jsou bližší pacientovu sociálnímu prostředí, jako jsou primární péče, komunitní střediska či všeobecné nemocnice oproti velikým psychiatrickým léčebnám. Tyto služby a jejich fungování budou hlavním předmětem mého zkoumání. A sice tak, aby se podařilo odhalit, zda došlo k deklarovaným změnám v oblasti psychiatrické péče.

3. Pracovní cíl a pracovní otázky

- **Pracovní cíl**

Cílem této práce je analyzovat stav péče o pacienty s duševními nemocemi na komunitní úrovni v České republice.

- **Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou v ČR současné možnosti služeb péče o duševně nemocné na komunitní úrovni?
2. Jaké faktory (koncepce, strategie, komunikace, občanské iniciativy, právní rámec, ekonomické, odborné lidské zdroje – poskytovatelé služeb, aktéři politiky duševního zdraví,

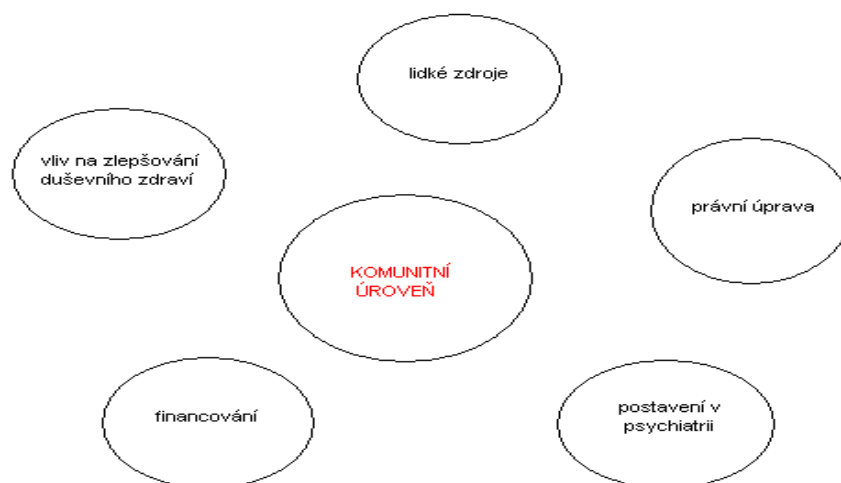
- politické priority, vzdělání, poznatky, výzkumná reflexe stavu) jsou v podmínkách ČR významné pro rozvoj péče o duševně nemocné na komunitní úrovni
3. Jak se daří v ČR splňovat cíle strategických dokumentů EU v oblasti duševního zdraví?
 4. V jaké fázi se nachází proces deinstitucionalizace psychiatrické péče v ČR?
 5. Jaké změny přinese revize Koncepce psychiatrie? Přispějí tyto změny k rozvoji péče na komunitní úrovni?
 6. Co přispěje ke zlepšení péče na komunitní úrovni?

4. Teoretická východiska a konceptualizace

Teoretickým východiskem pro tuto práci je Knappova kniha *Mental Health Policy Accross Europe*. Knapp poukazuje právě na to, jak důležité je změnit systém péče o duševně nemocné, a to nejen tím, že se péče přesune z velikých léčeben do menších komunitních center, avšak hlavně tím, že se budou respektovat lidské potřeby. Veliké psychiatrické léčebny přispívají ke stigmatizaci pacientů, která dále vyústí až v diskriminaci. (Knapp 2007:37). Je třeba problém analyzovat nejen na mezinárodní úrovni, ale samozřejmě i na národních úrovních s přihlédnutím ke konkrétním podmínkám daných států. Z tohoto principu budeme vycházet i při analyzování koncepcí na různých úrovních.

| | |
|--------------------|--|
| Mezinárodní úroveň | dokumenty WHO |
| | dokumenty EU |
| Národní úroveň: ČR | celkový systém péče o duševně nemocné |
| | péče o duševně nemocné na komunitní úrovni |

Pozastavíme-li se u služeb péče na komunitní úrovni, což je i hlavním tématem této práce, musíme vzít v potaz i souvislosti, které znázorníme v následujícím modelu. Při analýze péče o duševně nemocné na komunitní úrovni nás bude zajímat její vliv na zlepšení duševního zdraví obyvatel, s tím je spojeno i postavení této úrovně v celkové koncepci psychiatrie. V oblasti lidských zdrojů se budeme zajímat nejen o to, jací lidé působí na komunitní úrovni, ale i o to, kteří aktéři tuto oblast ovlivňují. Důležité je zkoumat, jak je komunitní péče zakotvena v právním rámci, s tím samozřejmě souvisí i financování této péče.



5. Předpokládané metody zpracování a předběžná struktura práce

- Předpokládané metody zpracování

Předpokládanými metodologickými východisky jsou: metody analýzy veřejné politiky, (např. vymezení veřejného problému, strom příčin problémů, výzkum dokumentů politické praxe a dalších dokumentů zúčastněných aktérů politiky duševního zdraví), rozhovory s vybranými aktéry, využití dostupných statických dat o spotřebě a nabídce služeb, výsledků realizovaného výzkumu zdravotnických služeb v oblasti péče o duševní zdraví, vybrané metody evaluačního výzkumu

- Předběžná struktura práce
 - Úvod do problematiky
Duševní zdraví
Duševně nemocní
Duševní poruchy
 - Podpora duševního zdraví jako priorita zdravotní politiky
Strategické dokumenty pro Evropu
Dokumenty pro Českou republiku
 - Možnosti služeb péče o duševně nemocné v ČR
Deinstitucionalizace
Péče ambulantní, lůžková, intermediární a meziresortní
 - Komunitní péče a její analýza
 - Diskuse problematiky
Zhodnocení stavu psychiatrické péče

6. Orientační seznam literatury

Green paper. Improving the mental health of the population. Towards strategy on mental health or the European Union. Health&Consumer Protection, Directorate-General. Brussels, 2005.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Portál, Praha 2005*

HOWLETT, M., RAMESH, M. *Studying public policy.* Toronto: Oxford University Press, 1995.

KNAPP, M., MCDAID, D., MOSSIALOS, E., THORNICROFT, G. *Mental health policy and practice across Europe* (European Observatory on Health Systems and Policies Series). Berkshire: Open University Press, 2007.

Koncepce oboru psychiatrie. Česká psychiatrická společnost ČLS JEP. Praha, 2001.

Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze. Přípravená skupina Psychiatrické společnosti PLS JEP pro Koncepci psychiatrické péče v Praze. Praha, 2003.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* Praha: Potrál, 2001.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada, 2002.

LIBIGER, J. *Psychiatrie patnáct let po listopadu 1989.* Česká a Slovenská psychiatrie, 2005, roč. 5, č. 2, s. 73 - 74.

Mapování implementace strategických dokumentů vztahujících se k péči o duševní zdraví v ČR. Případová studie. Watchdog aktivity ČAPZ. Česká asociace pro psychické zdraví. Open Society Fund Praha. Praha, 2006-2007.

MCDAID, D. *Mental Health I: Key issues in the development of policy and practice across Europe.* In *Policy brief.* (European Observatory on Health Systems and Policies Series). WHO, 2005.

MCDAID, D., THORNICROFT, G. *Mental health II: Balancing institutional and community-based care.* In *Policy brief.* (European Observatory on Health Systems and Policies Series). WHO, 2005.

MCDAID, D., KNAPP, M., CURRAN, C. *Mental health III: Funding mental health in Europe.* In *Policy brief.* (European Observatory on Health Systems and Policies Series). WHO, 2005.

Národní akční plán sociálního začleňování. Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Národní psychiatrický program 2007. Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Praha, 2007.

PEČ, O. Náklady na péči o duševně nemocné v roce 2001. In *Transformace oboru psychiatrie*, 1. vyd. Praha: Anepra, 2003, s.33 - 41.

PFEIFFER, J., a kol. (2002a) *Závěrečná zpráva projektu APEL I. (Audit práv a etiky léčby v psychiatrických léčebnách.* [online] 2002 [cit.dne 1.2.2008]

Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/dokumenty/APEL_I.pdf

PFEIFFER, J., a kol. (2002b) *Závěrečná zpráva projektu APEL II. (Audit práv a etiky léčby v psychiatrických léčebnách.* [online] 2002 [cit.dne 4.2.2008]

Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/dokumenty/APEL_II.pdf

PFEIFFER, J., a kol. *Model sledování, hodnocení a zkvalitnění komunitní péče o duševně nemocné.* [online] 2003 [cit.dne 6.12.2007]

Dostupné z:

<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/zaverecna-zprava-grant.pdf>

PFEIFFER, J., a kol. (2004a) *Politika péče o duševní zdraví v ČR: Zpráva o současném stavu.*[online] 2004 [cit.dne 14.10.2007].

Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf

PFEIFFER, J., a kol. (2004b) *Politika péče o duševní zdraví v ČR: Cesty k její realizaci.*[online] 2004 [cit.dne 15.10.2007].

Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/images/cast_2_14_3_05.pdf

POTŮČEK, M., a kol. *Veřejná politika.* Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005.

RABOCH, J. Postavení psychiatrie mezi ostatními obory. In *Transformace oboru psychiatrie*, 1. vyd. Praha: Anepra, 2003, s.16 - 28.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie : minimum pro praxi.* Triton. Praha, 2003.

THORNICROFT, G., TANSELLA, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, 2004, roč.185, s. 283 - 290.

VESELÝ, A. (2005) *Metody a metodologie vymezení problému: Strukturace, definice, modelování a formulace problému v policy analysis)* [online] 2005 [cit.dne 15.9.2007].

Dostupné z:

http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_06_ochrana.pdf

WHO. *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the challenges, building solutions.* European Ministerial Conference on Mental Health in Helsinki, 2005.

WHO. *Health 21 - Health for All in the 21st Century*. Kopenhagen, 1999.

Další internetové zdroje

<http://www.capz.cz/>

<http://www.ceskapsychiatrie.cz/>

<http://www.fokus-praha.cz/>

<http://www.vidacentrum.cz/>

http://www.who.int/mental_health/en/

<http://www.zdravi21.cz/>

7. Jméno konzultanta a jeho písemný souhlas se spoluprací

MUDr. Petr Háva, CSc.