

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Kateřina Pečtová

Analýza politiky duševního zdraví v České
republice v kontextu Evropské unie

Diplomová práce

Praha 2008

Autor práce: **Bc. Kateřina Pečtová**

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

Oponent práce:

Datum obhajoby: 2008

Hodnocení:

Bibliografický záznam

PEČTOVÁ, Kateřina. *Analýza politiky duševního zdraví v České republice v kontextu Evropské unie*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2008. 107s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Anotace

Diplomová práce „Analýza politiky duševního zdraví v České republice v kontextu Evropské unie“ pojednává o současném stavu péče o duševně nemocné v České republice. Teoretické zakotvení práce vychází z teorie kvality života, lidských práv, determinant lidského zdraví a podpory duševního zdraví. Analýza politiky péče o duševně nemocné ukazuje, že hlavní těžiště systému služeb péče o duševně nemocné je v České republice kumulováno v ústavech. Moderní trendy a doporučení, popisované v politických dokumentech Evropské unie, vybízí k transformaci systému služeb s důrazem na větší diferenciaci péče a jejímu přesunu do komunit. Na závěr je popsán návrh politiky péče o duševně nemocné pro Českou republiku, který respektuje tyto požadavky a odpovídá modelu vyvážené péče. Tento model je založen na postupném přesunu péče z ústavů do komunitní péče s ohledem na různé finanční, kapacitní a personální vybavení zemí a regionů. Česká republika patří ke státům se střední kapacitou zdrojů, proto kroky reformy vedou k vyvážení lůžkové a mimolůžkové péče a sledují linii k vysoce rozvinutým zemím, tedy k větší a diferenciovanější nabídce služeb.

Annotation

Diploma thesis "Mental health policy analysis in the Czech Republic in the context of European Union" deals with the present state of health care of psychiatric patients in the Czech Republic. Main theories for the thesis are quality of life, human rights, health determinants and support of mental health. Analysis of mental health policy shows that health care for psychiatric patients is mainly concentrated in psychiatric institutions. Advanced trends and recommendations described in the political documents issued by the European Union urge to transformation of service framework stressing the importance of health care differentiation and its move towards community care. At the end, health care framework for the Czech Republic fulfilling such requests and corresponding with the model of balanced care is described. Such a model is based on progressive health care movement from psychiatric institutions towards community care with regard on financial, personal and capacity resources of the state and region. The Czech Republic belongs to the states with average resource capacity thus such steps would lead to balancing institutional and community care and follows the line established by developed countries leading to larger and more differentiated health care framework.

Klíčová slova

Duševní zdraví, duševní nemoc, politika, služby, kvalita života, lidská práva, vyvážená péče, ústavní péče, komunitní péče

Keywords

mental health, mental ill, policy, services, quality of life, human rights, balanced care, institutional care, community care

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 17.5.2008

Kateřina Pečtová

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Petru Hávovi, CSc. za odborné vedení a cenné připomínky, které mi v průběhu psaní diplomové práce poskytl.

Teze diplomové práce VSP FSV UK

1. Jméno diplomantky: Kateřina Pečtová

2. Jméno konzultanta: MUDr. Petr Háva, CSc.

3. Téma práce: Analýza politiky duševního zdraví v České republice v kontextu Evropské unie

4. Stručná charakteristika práce: Práce se bude zabývat analýzou politiky duševního zdraví v České republice. V Evropské unii patří politika péče o duševní zdraví k nejdiskutovanějším agendám. V České republice se toto téma zdá být opomíjeno. V práci se zaměřím na popsání současného stavu politiky péče o duševně nemocné (zmapování a popis systému služeb péče o duševně nemocné, legislativy a aktérů) a navrhnu model služeb péče o duševně nemocné. Hodnotová východiska budou kvalita péče pacientů, lidská práva, přesun těžiště péče z ústavů do komunit a rozšíření nabídky péče.

4.1. Předpokládaná struktura a obsah práce:

Metody: Analýza aktérů; Strom problémů; Zúčastněné pozorování; Sběr a analýza dat (Strategické a koncepční dokumenty, Zákony, Odborné časopisy, Statistiky)

Teorie: Thornicroftův model vyvážené péče; Lidská práva; Kvalita života; Zdraví; Nemoc; Politický cyklus

Struktura a obsah:

Úvod; Vymezení výzkumného problému; Cíle a otázky; Metody; Teorie; Současný stav politiky péče o duševně nemocné v ČR; Výskyt duševních nemocí v ČR dle statistik; Návrh modelu péče o duševně nemocné dle trendů EU; Závěr; Přílohy

5. Předběžný seznam literatury:

BAUDIŠ, P. *Psychiatrie v číslech*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-851-21-35-2

DZÚROVÁ, D., SMOLOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ, E. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, katedra sociální geografie a regionálního rozvoje. Laboratoř psychiatrické geografie Psychiatrického centra Praha, 2000. ISBN 80-238-6038-0

Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. [online]2005 [cit.dne 17.9.2007].

Dostupné z:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

KNAPP, M., MCDAID, D., MOSSIALOS, E., THORNICROFT, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction on mental health care*. Berkshire: Open University Press, 2007. ISBN 10 0 335 21467 3

McDAID, D. (2005a) *Mental Health I: Key issues in the development of policy and practice across Europe. Policy Brief*. [online] 2005 [cit.dne 12.12.2007]

Dostupné z:
<http://www.euro.who.int/Document/E85488.pdf>

MCDAID, D., THORNICROFT, G. (2005b) *Mental health II: Balancing institutional and community-based care. Policy brief*. [online] 2005 [cit.dne 13.12.2007]

Dostupné z:
<http://www.euro.who.int/Document/E85488.pdf>

MCDAID, D., KNAPP, M., CURRAN, C. (2005c) *Mental health III: Funding mental health in Europe. Policy brief*. [online] 2005 [cit.dne 12.12.2007]

Dostupné z:
<http://www.euro.who.int/Document/E85488.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

The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope

[online].2001 [cit.dne 17.9.2007].

Dostupné z:

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

6. Podpis diplomantky:

7. Podpis konzultanta:

OBSAH

1 Úvod.....	1
2 Vymezení výzkumného problému	3
3 Formulace cílů a výzkumných otázek	4
4 Metodologie	5
4.1 Vymezení problému z hlediska veřejné politiky	5
4.2 Analýza aktérů a strom problémů.....	6
4.3 Sběr a analýza dat	7
5 Teoretická východiska	8
5.1 Lidská práva.....	9
5.2 Zdraví a jeho determinanty	12
5.2.1 Duševní zdraví	15
5.3 Podpora duševního zdraví.....	15
5.4 Nemoc	18
5.4.1 Duševní poruchy	19
5.4.2 Zátěž nemocemi	20
5.5 Kvalita života.....	23
5.6 Sociální opora	24
5.7 Sociální vyloučení.....	27
5.8 Socioekonomický status a sociální determinanty zdraví	28
5.9 Model péče o duševně nemocné založený na rovnováze mezi péčí institucionální a komunitní	30
5.10 Politický cyklus.....	33
6 Výskyt duševních poruch u dospělých obyvatel České republiky	37
6.1 Výskyt duševních poruch podle sociodemografických a geografických charakteristik.....	38
6.2 Aktuální problémy duševního zdraví.....	39
6.3 Intenzita duševních poruch a komorbidita.....	41
6.4 Socioekonomický status a duševní zdraví	42
6.5 Sociální gradient a duševní zdraví	43
7 Politika péče o duševní zdraví v České Republice	47

7.1 Historie péče o duševně nemocné v České Republice.....	49
7.2 Charakteristika současného stavu	52
7.2.1 Srovnání politiky péče o duševně nemocné v České Republice s politikou WHO	53
7.3 Aktéři v systému péče o duševně nemocné	55
7.4 Síť služeb pro duševně nemocné v České Republice	62
7.4.1 Lůžková péče	62
7.4.2 Ambulantní péče	64
7.4.3 Intermediární péče	64
7.5 Legislativní zakotvení péče o duševně nemocné.....	67
7.5.1 Ústavní péče.....	67
7.5.2 Způsobilost k právním úkonům	69
7.6 Kritická analýza současného stavu péče o duševně nemocné	71
7.6.1 Kritická analýza nabídky služeb	71
7.6.2 Kritická analýza způsobu řízení a kvality služeb.....	72
7.6.3 Kritická analýza zakotvení lidských práv duševně nemocných v legislativním rámci České republiky	73
8 Návrh politiky péče o duševní zdraví v České Republice	77
8.1 Charakteristika cílové skupiny.....	79
8.2 Charakteristika péče a principy uplatňované při jejím vytváření	80
8.3 Modelace nákladů péče z pohledu různých zařízení	83
8.4 Model vyvážené péče o duševně nemocné	85
8.4.1 Služby v resortu zdravotnictví	86
8.4.2 Nabídka služeb v resortu sociálních služeb	90
8.4.3 Další subjekty a opatření zajišťující kvalitní fungování péče o duševní zdraví	93
8.5 Kam zaměřit další vývoj decentralizace	96
9 Závěr	98
České resumé	102
English Summary.....	102
Seznam literatury	103
Seznam příloh	108

Seznam tabulek v textu

Tabulka č. 1: Přehled tří různých pohledů na nemoc daného člověka.....	18
Tabulka č. 2: DALY - hlavní příčiny v procentech; Vyspělé země, populace ve věku 15 – 44 let.....	22
Tabulka č. 3: Tabulka aktérů, z hlediska jejich zájmu, postoje a moci v politice duševního zdraví zaměřené na deinstitucionalizaci.....	59
Tabulka č. 4: Odhad celkových nákladů na psychiatrickou péči.....	84

Seznam obrázků a schémat v textu

Schéma č. 1: Strom problémů zaměřený na kvalitu života pacient.....	78
---	----

1 Úvod

Duševní zdraví je důležitou součástí lidského zdraví jako celku. Je podmínkou dobrého fungování člověka v každodenním životě a tak se podílí i na fungování celé společnosti. Duševní zdraví spolu se zdravým fyzickým a skladbou a kvalitou sociálního okolí člověka, je základem bio-psycho-sociálního modelu ovlivňujícího lidské zdraví a schopnost jedince adaptovat se v proměnlivých životních i každodenních situacích. Přestože je tradiční biomedicínský model již překonán, zůstává problematika duševního zdraví v některých zemích stále opomíjena. Zdravotnické systémy jsou orientovány především na fyzické symptomy. Situace se však začíná měnit a v mnoha zemích Evropské unie se problematika duševního zdraví stává jednou z hlavních politických agend. Svědčí o tom například výstupy z ministerské konference v Helsinkách, která se konala v lednu 2005, z níž vzešla Deklarace o duševním zdraví a Akční plán. Na úrovni Evropské unie se v oblasti podpory duševního zdraví angažují především Evropská komise a Světová zdravotnická organizace.

Naléhavost situace ilustruje řada statistik a epidemiologických studií. Duševní nemoci činí 6 z 20 hlavních důvodů vedoucích k trvalému zdravotnímu poškození, ve věkové skupině 15 – 44 let. Jedná se o skupinu, která je pracovně v nejproduktivnějším věku. Unipolární depresivní poruchy jsou čtvrtým hlavním důvodem, který vedl k trvalému poškození zdraví po onemocnění dýchacích cest, perinatálních poškození a HIV/ AIDS (Thornicroft, 2004). Duševní poruchy způsobily více zdravotních potíží než ischemická choroba srdeční nebo cerebrovaskulární nemoci (WHO, 2001). Každý čtvrtý člověk zažil během života významnou epizodu duševní nemoci (McDaid, 2007). Sebevražda, je v Evropě jednou z deseti příčin vedoucí k předčasnému úmrtí (World Health Organisation, 2005). Problémy duševního rázu činí přibližně 20 procent ze všech sledovaných nemocí v Evropě (World Health Organisation, 2004). Tyto problémy mohou být fakticky mnohem rozsáhlejší, vezmeme-li v úvahu, že duševní nemoci mají široký dopad například na fyzické zdraví, vztahy v rodině, sociální síť a pracovní postavení nebo výši výdělku. K nejběžnějším duševním poruchám v Evropské unii patří úzkostné poruchy a deprese. Očekává se, že do roku 2020, budou ve vyspělých

zemích depresivní onemocnění nejčastější nemocí (Green Paper, 2005).

Přestože statistiky, výzkumná a epidemiologická data, ukazují ohrožení populace širokým spektrem duševních poruch, z nichž některé mají rostoucí tendenci (alkoholismus, depresivní epizody). Nedějí se v České republice v politice duševního zdraví žádné výrazné změny. Neexistuje zákon o duševním zdraví a není shoda mezi odborníky na jednotné koncepci oboru a směřování dalšího vývoje služeb péče o duševně nemocné. Na úrovni státu se zatím příliš neprojevují trendy které zdůrazňují přesun větší části péče o duševně nemocné z ústavů do zařízení komunitního typu. Nový zákon o sociálních službách teoreticky umožňuje klientům nakupovat různé druhy péče avšak prakticky je nabídka služeb v oblasti péče o duševní zdraví typově omezená. Velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách. Tyto léčebny slouží v současné době jak pro akutní, tak pro následnou lůžkovou péči. Po celém světě jsou psychiatrické léčebny v současnosti označovány jako nevyhovující moderním pojetím péče o duševně nemocné. Převažující ústavní péče nepodporuje moderní principy sociálního začleňování, zlepšování kvality života klientů a respektování lidských práv ale způsobuje ztrátu základních dovedností a chronicitu nemocí.

Po roce 1989 se otevřelo široké pole možností pro psychosociální rehabilitaci. Pacienti, kteří díky moderní farmakologii, nemusí trávit život v ústavech a mohou navštěvovat ambulantní zařízení, potřebují často jiný životní režim než běžná populace. Proto je potřeba vyvinout takový systém služeb, který bude nabízet realizaci v oblasti práce, volného času a bydlení.

2 Vymezení výzkumného problému

Práce se zabývá analýzou politiky duševního zdraví v České republice. Souběžně je reflektována situace v Evropské unii, která v této oblasti slouží jako vzor. Ke zmapování situace na úrovni Evropské unie budou použity především materiály vydané WHO (Světová zdravotnická organizace) a EU.

Zatímco v EU patří politika péče o duševní zdraví mezi nejdiskutovanější agendy, v České republice se v tomto odvětví, na úrovni státu, žádné výrazné změny nedějí. A to i přesto, že statistiky a epidemiologická data ukazují ohrožení populace širokým spektrem duševních poruch, z nichž některé mají rostoucí tendenci (depresivní epizody).

V práci se zaměříme na analýzu současného stavu služeb péče o duševní zdraví a jejího legislativního zakotvení. Současný stav srovnáme s politikou WHO a navrhneme řešení založené na deinstitucionalizaci péče směrem k tzv. modelu “vyvážené péče”. Budeme se zabývat výskytem duševních poruch u obyvatel České republiky a provedeme analýzu aktérů, kteří se na politice duševního zdraví podílejí.

3 Formulace cílů a výzkumných otázek

Základním cílem této práce je provést kritickou analýzu politiky péče o duševní zdraví v České republice z hlediska nabídky služeb, jejich kvality a legislativního zakotvení práv duševně nemocných. Jako rámec problematiky budou sloužit dokumenty postihující současné trendy v problematice politiky péče o duševní zdraví na úrovni WHO a EU.

Součástí analýzy stavu bude identifikace aktérů, kteří se na politice péče o duševní zdraví podílejí a problematika výskytu duševních onemocnění v populaci a jejich souvislosti se sociodemografickými ukazateli.

Jedním z dílčích cílů práce bude diskutovat model služeb v péči o duševní zdraví, sledující trendy deinstitucionalizace směrem k modelu “vyvážené péče” a identifikace dalšího směřování decentralizace vzhledem k současné situaci.

Cílem teoretického zakotvení práce bude poukázat na bio-psycho-sociální chápání pojmu zdraví a propojenosti a vzájemné podmíněnosti socioekonomického statusu a sociální opory ve vztahu k lidskému zdraví a potažmo i kvalitě života.

- (1) Jak jsou organizovány zdravotně sociální služby pro duševně nemocné v České republice a jaké problémy tato organizace způsobuje?
- (2) Jsou poskytované služby v České republice při srovnání s evropskými trendy, modely a vymezenými kritérii dostačující?
- (3) Zajišťuje stávající legislativa dostatečnou ochranu práv a důstojnosti pacientů?
- (4) Jaký model politiky péče o duševně nemocné odpovídá, vzhledem k dostupnosti zdrojů a historickému vývoji, potřebám České republiky?
- (6) Kteří aktéři a jak se podílejí na politice péče o duševní zdraví?

4 Metodologie

Výzkum je proveden kvalitativním způsobem. Kvalitativní výzkum je definován jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2005, s. 51).

Zkoumaný veřejně politický problém (politika péče o duševní zdraví; systém služeb péče o duševní zdraví) jsme nejprve vymezili z hlediska veřejné politiky. Probíhalo zvažování relevance problému. Zda je sociálním problémem. Dalším krokem bylo vymezení samotného problému. Ujasnění jeho šíře a obsahu (metodou strom problémů) a definování aktérů (metodou analýzy aktérů) a veřejných sfér, které se jeho řešením zabývají. Následoval sběr a analýza dat.

Ve třech zařízeních péče o duševně nemocné proběhlo zúčastněné pozorování. Zařízení byla jak státní (psychiatrická léčebna) tak nestátní (komunita pro duševně nemocné, komunita pro drogově závislé). Účelem pozorování bylo přinést integrovaný pohled na problematiku péče o duševně nemocné v praxi. Pozorování každodenní praxe potvrdilo paradigmatický posun od biomedicínského přístupu k bio-psycho-sociálnímu přístupu v rozumnění nemoci.

4.1 Vymezení problému z hlediska veřejné politiky

Problematika duševních onemocnění je multidimenzionální společenský problém. S duševní nemocí má vlastní zkušenost každý čtvrtý občan členských států EU (Green Paper, 2005). „Celoživotní výskyt duševních poruch postihuje v České republice více než 2,75 milionu osob a roční výskyt více než 1,5 milionu obyvatel“ (Baudiš, 2006, s. 10). Duševní nemoci a politika péče o duševně nemocné jsou sociálním problémem, protože v prevenci a poskytování služeb péče o duševně nemocné existuje „přílišný nepoměr mezi žádoucím a skutečně jsoucím“ (Potůček, 2005, s. 37). Situace je vzhledem k evropským trendům problémová, nikoliv však kritická. V oblasti financování, legislativy a modelu systému služeb existují značné rezervy,

kteřé lze jejich transformací využít k zlepšení situace tak, aby systém služeb odpovídal skutečným potřebám klientů a pacientů.

Při vymezení problematiky péče o duševně nemocné, jako veřejně politického problému, jsem postupovala podle přednášek Veselého (2005).

(1) Veřejný problém se dotýká života významného počtu příslušníků daného společenství, i když některých více a/ nebo přímo a jiných méně a/nebo nepřímó.

- *Duševní onemocnění zasahují různou mírou vysoké procento české a evropské populace (viz. například první odstavec kapitoly; kapitola 8).*

(2) Je analyzovatelný.

- Existují různé statistiky o počtech duševně nemocných a analýzy fungování služeb, zařízení, legislativy a financování. Problém lze objektivně analyzovat.

(3) Je řešitelný veřejně politickými nástroji.

- *Problém lze řešit legislativními úpravami a usměrněním finančních toků. Důležitá je primární prevence, veřejné programy a dodržování všeobecně přijímané dlouhodobé strategie.*

(4) Není ani příliš široký ani příliš úzký – některý problém obsahuje mnoho dílčích problémů.

- *Problematika péče o duševně nemocné je široký veřejně politický problém. Spadá svou povahou do oblasti zdravotní a sociální politiky a patří do veřejného i občanského sektoru.*

(5) Nelze jej vyřešit snadno a rychle.

- *Nemluvíme o úplném řešení problému. Duševní onemocnění budou existovat i nadále. Lze však redukovat jejich výskyt, zlepšit dostupnosti a kvalitu nabízených služeb a změnit pohled společnosti na duševně nemocné. Jde o proces vývoje služeb směrem k vyšší kvalitě života nemocných.*

4.2 Analýza aktérů a strom problémů

Analýza aktérů definuje aktéry, kteří se na politice péče o dušení zdraví podílejí a popsat jakým způsobem politiku tvoří a ovlivňují. Analýza je provedena v kapitole

6.3. kde je také tabulka aktérů v z hlediska jejich moci, vlivu a zájmu na realizaci politiky deinstitucionalizace. Aktéři ovlivňující politiku duševního zdraví jsou: Parlament ČR, Úřad vlády České Republiky, Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí, kraje, místní samospráva, zdravotní pojišťovny, poskytovatelské a profesní organizace, nestátní neziskové organizace, příjemci péče a jejich rodiny, média a mezinárodní a nadnárodní organizace.

Strom problémů je schématická nenormativní metoda. Stejně jako analýza aktérů, se používá při vymezení problému. Znázorňuje vztahy mezi jednotlivými složkami daného problému (politiky péče o duševní zdraví) směrem k ústřednímu tématu kterým je kvalita života pacientů (viz. kapitola 8)

4.3 Sběr a analýza dat

Sběr dat proběhl metodou shromažďování dokumentů a dat. Dokumenty tvoří datový podklad studie. Po definování výzkumné otázky došlo k definování toho, co bude považováno za dokument. Následovala pramenná kritika a interpretace dokumentů zaměřená na hledání odpovědí na položené otázky.

Sběr a analýza dat probíhaly současně. Po analýze sebraných dat došlo k zvažování jejich potřebnosti a následoval další sběr a hodnocení. Během cyklů probíhal přezkum domněnek a závěrů. Metodou analýzy dokumentů a sekundární analýzy dat byly analyzovány tyto typy dokumentů:

- (1) Expertizy a veřejně politické studie.
- (2) Vládní publikace a úřední dokumenty (strategické a koncepční dokumenty)
- (3) Publikace a zprávy zájmových skupin
- (4) Zákony (a dokumenty EU)
- (5) Odborné a impaktované časopisy
- (6) Encyklopedie a slovníky
- (7) Statistiky

5 Teoretická východiska

Jako zastřešující teorii, která systematizuje teoretické zakotvení sledovaného problému použijeme teorii komplexity. Obecně se tato teorie vztahuje na sledování způsobu, jakým se organizace a firmy adaptují na různé podmínky prostředí. Organizace a firmy jsou chápány jako komplex strategií a struktur. Pokud fungují na bázi malých, relativně jednoduchých částečně mezi sebou propojených struktur, pak jsou lépe schopny přizpůsobit se proměnlivým podmínkám prostředí a přežít.

Podle Andersona (Anderson, 1999) vykazují komplexní organizace nelineární typ chování. Pomocí pojmových a počítačových modelů dospěli vědci k modelu komplexního adaptivního systému, který reprezentuje nové způsoby zjednodušení celku (komplexu). Charakterizují je čtyři základní prvky: agenti a schémata; síť s vlastní organizací udržitelné díky dodávané energii; spoluvývoj až na hranici chaosu a systémový vývoj založený na rekombinaci. Nové typy modelů které zahrnují zmíněné prvky posunují organizační vědu kupředu díky propojení empirických pozorování a počítačových simulací. Zapojení modelu do oblasti strategického rozhodování vede k rozvoji systému, který rozvíjí efektivní adaptivní mechanismy.

Teorii komplexity můžeme použít i pro fungování systému služeb péče o duševní zdraví. Pokud bude systém složen z menších částí, spolu propojených a mezi sebou komunikujících, pak bude systém mnohem adaptabilnější k potřebám klientů i společenských změnám a potřebným inovacím a snáze se přizpůsobí novým potřebám a paradigmatům. Na vývoj společnosti musí reagovat také její systémové uspořádání, pokud například moderní psychofarmaka, vyvinutá v padesátých letech dvacátého století, umožňují klientům žít mimo uzavřená oddělení léčeben, je třeba systém upravit tak, aby nově vzniklou potřebu naplňoval. Takové pojetí odpovídá i námi navrhované transformaci služeb směrem ke komunitní péči. Větší počet služeb nabízející různorodou škálu programů péče podle aktuální potřeby zajistí efektivnější péči a vyšší kvalitu života nemocných. Celý systém by mělo zaštiťovat jednoznačné paradigma, které je v souladu s kulturními a hodnotovými orientacemi dané společnosti a předem stanovené a definované cíle, jež jsou ustanoveny v souladu

s historickým dědictvím (ústavy, služby) a finančními možnostmi země.

V této kapitole se budeme věnovat teoretickému zakotvení (paradigmatu) problému. Vybrané teorie je nutné chápat v širších souvislostech jako mezi sebou propojené a navzájem se ovlivňující myšlenkové systémy, které působí souběžně a zastřešují faktické změny, které je třeba v systému služeb provést. Teorie popisují hodnotová zakotvení a souvislosti problematiky péče o duševně nemocné. V závěru je vysvětlen Thornicroftův model vyvážené péče.

5.1 Lidská práva

Dodržování základních lidských práv a svobod deklarovaných například v Listině základních lidských práv a svobod v Ústavě České republiky je jedním ze základních rysů demokratických, svobodných států. Mezi tato práva patří mimo jiné: svoboda a rovnost v právech; zaručení základních práv všem bez rozdílu; právo na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí; právo na zachování důstojnosti; právo na majetek; právo svobody pohybu; právo na ochranu zdraví a další (výjimky jsou upraveny příslušnými zákony).

U osob s duševním onemocněním, jehož průběh má dlouhodobý charakter, dochází k výraznému narušení psychických sociálních a pracovních schopností. Může u nich docházet ke stavům, kdy v důsledku nemoci nejsou schopni rozpoznávat důsledky svého jednání a často jim chybí náhled na chorobnost svého stavu. Takoví jedinci často nejsou schopni hájit svá práva a zájmy. Dnes již existuje platná legislativa na národních i mezinárodních úrovních, garantující práva duševně nemocných. V české legislativě se problematiky psychiatrické hospitalizace týkají zejména:

Zákon 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu

Trestní zákon (§231 Omezování osobní svobody ; §232 Zbavení osobní svobody)

Občanský soudní řád

Z mezinárodních norem patří mezi nejvýznamnější tyto dokumenty:

- Úmluva o lidských právech a biomedicině č.96/2001 Sb.

- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8

- Rezoluce Generálního shromáždění OSN číslo 46/ 119 ze dne 17. prosince 1991 „Zásady ochrany duševně nemocných”.

Poslední zmíněný dokument zahrnuje práva duševně nemocných komplexně. Obsahuje 25 zásad, které mají být při péči o pacienty dodržovány. Zásady se týkají důležitých oblastí, které pro ilustraci uvádíme: právo každého na nejlepší dostupnou péči; dodržování lidské důstojnosti; zákaz diskriminace; právo na práva všeobecná; rozhodnutí o omezení právní způsobilosti se děje za pomoci nezávislé třetí strany; stanovení duševní poruchy se děje v souladu s lékařským standardy; nesmí být stanovena na základě ekonomického, sociálního, politického statusu či příslušnosti etnické, rasové či náboženské skupině; právo na léčbu v co nejméně omezujícím prostředí a co nejméně omezujícím způsobem; léčba a péče je poskytována na základě individuálně stanoveného plánu, který je s pacientem diskutován; léčba každého pacienta musí směřovat k ochraně a posílení jeho osobní nezávislosti; nikomu nelze podávat léčbu bez jeho informovaného souhlasu; informovaný souhlas je dobrovolný souhlas; pacient má právo odmítnout nebo pozastavit léčbu mimo stanovené výjimky; nedobrovolné přijetí se děje jen pokud o něm rozhodne zákonem oprávněný lékař, pokud hrozí okamžité či bezprostřední nebezpečí poškození pacienta nebo jiných osob, pokud by neuskutečnění hospitalizace vedlo k závažnému poškození zdravotního stavu; prostředí léčebny a podmínky léčby mají být co možná nejvíce podobné těm, v nichž žijí zdraví lidé téhož věku, a mají zahrnovat zejména: vybavení pro rekreaci a zábavu, vzdělávání; možnost zakoupit či získat předměty denní potřeby, prostředky k rekreaci a komunikaci.

Ideální stav stanovený v těchto zásadách a jiných zákonech neodpovídá reálné situaci v České republice. „Současný způsob poskytování péče často nezajišťuje dostatečnou lidskou důstojnost, ochranu a respekt práv osob se závažným duševním onemocněním a nevytváří dostatečné podmínky pro jejich integraci” (Pfeiffer, 2004, s. 6).

Pfeiffer a kol. též provedli výzkum v psychiatrických léčebnách v roce 2002 a na základě dotazníkové metody došli k ne příliš uspokojivým závěrům. Jejich nejběžnější příklady uvádíme níže. Nedostatky jsou rozděleny do pěti oblastí

(Pfeiffer, 2002):

(1) Nevyhovující zvyklosti v praxi psychiatrických léčeben: souhlas s léčbou není rozlišován od souhlasu s hospitalizací; omezení možnosti samostatných vycházek dobrovolně hospitalizovaným pacientům; osobní doklady pacientů jsou ukládány centrálně a možnost, aby si je pacient ponechal u sebe, je velmi omezená; není zvykem umožnit pacientům přístup k vlastní zdravotní dokumentaci (ani je informovat o takové možnosti).

(2) Problémy způsobené převážně nedostatkem personálu nebo nedostatečným výškolením personálu: nedostupnost personálu pro pacienty, zejména v nočních hodinách; ve dvou hodnocených léčebnách neexistoval písemný pokyn týkající se používání prostředků fyzického omezování; v žádné z hodnocených léčeben nebyla vedena souhrnná statistika použití prostředků fyzického omezení.

(3) Nedostatky ve vnitřních kontrolních mechanismech léčeben: není vedena statistika použití prostředků fyzického omezení (síťových lůžek, kurtů, izolačních místností); není vždy zajištěno zpětné zhodnocení nutnosti a způsobu použití prostředků fyzického omezení; neexistuje systematická kontrola dostupnosti personálu na odděleních v nočních hodinách.

(4) Nedostatky způsobené stavebně technickým charakterem zařízení: budovy psychiatrických léčeben jsou většinou více než sto let staré; rekonstrukce a opravy jsou investičně velmi nákladné (v jedné z hodnocených léčeben jsou investiční náklady na celkovou rekonstrukci všech budov odhadovány na téměř 1 miliardu Kč) a budovy často ani po rekonstrukci nemohou poskytnout pacientům dostatečnou kvalitu prostředí a ubytování; pacienti jsou velmi často umístěni na velkých pokojích s více než 6 lůžky (během šetření viděl externí tým hodnotitelů i pokoje s 11 – 13 lůžky); umístování pacientů na uzavřená oddělení se ne vždy řídí skutečnou potřebou danou zdravotním stavem pacienta; i dobrovolně hospitalizovaní pacienti bývají umístováni na uzavřená oddělení, protože kapacita otevřených oddělení není dostatečná.

(5) Problémy v systému péče, na jejichž řešení mají lůžková zařízení jen omezený vliv: až na zcela ojedinělé výjimky neexistují organizace či instituce, které by se zabývaly nezávislou obhajobou práv hospitalizovaných duševně nemocných; neexistuje systematická kontrola dodržování práv hospitalizovaných v lůžkových psychiatrických zařízeních ze strany státu a zdravotních pojišťoven; nejsou ani

nestátní neziskové organizace, které by se touto problematikou zabývaly; neexistuje jednotný výklad práva na přístup pacientů ke zdravotní dokumentaci; neexistuje jednotný právní výklad pojmu informovaný souhlas; opatrovník pro řízení neplní v případě detenčních řízení funkci, kterou mu ukládá zákon; posouzení nutnosti nedobrovolné hospitalizace ze strany soudu je často zcela formální (v některých léčebnách je zajišťováno jediným soudcem z místně příslušného soudu, který během roku posoudí stovky případů nedobrovolné hospitalizace).

Jako hlavní problémy ohrožující lidská práva vyčleňuje Pfeiffer (Pfeiffer, 2002) ty, které by mohly představovat nedodržení stávajících zákonných norem a které vzešly z dotazníkového šetření. Jedná se zejména o:

- Neoznámení nedobrovolného přijetí v zákonem stanovené lhůtě může být považováno za porušení zákona 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu.
- Umístění dobrovolně hospitalizovaných pacientů na uzavřených odděleních a omezení či zrušení vycházek u dobrovolně hospitalizovaných pacientů bez jejich výslovného souhlasu by mohlo být vykládáno jako omezování či zbavení osobní svobody podle trestního zákona.
- Vzhledem k nejasnému právnímu výkladu je případ, kdy pacientovi nebyly na jeho žádost poskytnuty veškeré informace, vedené v jeho zdravotnické dokumentaci, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, může být porušením zákona 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu.
- Odebírání osobních dokladů či jejich nevydávání na dovolenky může být v případě pacientova nesouhlasu hodnoceno jako porušení zákona 328/1999 Sb. O občanských průkazech.
- Pokud by bylo prokázáno tvrzení dotazovaného pacienta o umístění do izolace jako trest, mohlo by být kvalifikováno jako nehumánní zacházení podle Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.

5.2 Zdraví a jeho determinanty

V průběhu 20. století se radikálně změnila struktura nemocí, které vedou ke smrti. Z přehledů příčin úmrtí vyplývá, že zatímco na počátku 20. století se umíralo v první řadě na nakažlivé nemoci, umírá se na začátku 21. století převážně na nemoci, které

souvisejí se způsobem života (životním stylem). Mění se radikálně i pojetí zdraví.

Oproti tomu, kdy se na počátku 20. století zdraví chápalo jako nepřítomnost nemoci, na počátku 21. století se zdraví chápe mnohem širěji jako stav, kdy je člověku dobře jak po stránce tělesné tak i duševní a sociální. V této práci vycházíme z definice WHO, která říká, že „zdraví je stav, kdy se člověk cítí naprosto dobře, a to fyzicky, psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a nezužívosti" (World Health Organisation, 2006, s. 1). Tuto definici je pak možné rozšířit ještě o oblast ekologickou a duchovní.

Dochází ke změně chápání tradičního biomedicínského modelu. Ukazuje se, že nejen biologická ale i psychická a sociální dimenze patří k pojetí člověka jako integrálního celku jak to již po řadu let zdůrazňuje holistická medicína. V jádru biomedicínského modelu stojí pojetí patogenních faktorů. Takové pojetí vystihuje vhodně příčiny nakažlivých nemocí. Lékaři hledali příslušné bacily a viry v naději, že jejich zničením odstraní nemoci. Zmíněné patogeny skutečně u nakažlivých nemocí nacházeli a systematickou zdravotní péčí odstraňovali. To stojí v pozadí podstatného zlepšení tělesného zdravotního stavu a radikální prodloužení průměrné délky života lidí v civilizovaných zemích ve 20. století. Dnes se však ukazuje, že u mnoha nemocí nejsou příčinou takto jednoduše definované patogeny. V pozadí zhoršeného zdravotního stavu lze sledovat například rizikové formy chování jako nezdravý životní styl, kouření nebo konzumace alkoholu.

Tím se dostáváme ke konceptu determinant zdraví, který se opírá o tradičně používané schéma. Podle něj je zdravotní stav výslednicí komplexního působení čtyř základních determinant (Drbal, 2005):

- (1) Genetického základu (10-15%)
- (2) Prostředí (20%)
- (3) Způsobu života (50%)
- (4) Zdravotnické péče (10 - 15%)

Jakkoliv je schéma zjednodušené, ukazuje, jak velkou roli při ovlivnění zdraví hraje životní styl (způsob života – potažmo kvalita života). Zde je argument podporující smysl teorie kvality života.

Pohled na pojetí zdraví není jeden a Křivohlavý ukazuje přehled sedmi

různých teorií zdraví (Křivohlavý, 2001):

(1) Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly kdy je zdraví chápáno jako druh síly která člověku pomáhá v životě zdolávat různé těžkosti. Dobré zdraví se vyznačuje silou zvítězit nad nemocí, která člověka momentálně ohrožuje.

(2) Zdraví jako metafyzická síla považuje zdraví za určitý druh vnitřní síly člověka. Zdraví je něco co umožňuje člověku dosahovat vyšších cílů než je samo zdraví. Je prostředkem k dosahování vnitřních cílů, nebo hodnotou umožňující realizaci ještě vyšších hodnot. Je to schopnost odolávat tlakům negativních životních podmínek a pozitivně reagovat na životní problémy. Pokud má člověk tuto sílu, může realizovat svůj potenciál.

(3) Salutogeneze – individuální zdroje zdraví vychází z výzkumu provedeného Antonovským, který sledoval dvě skupiny Židů, kteří přežili nacistické koncentrační tábory. Jedna skupina byla ve stavu, kdy se její členové jen obtížně adaptovali ve změněné situaci. Lidé z druhé skupiny prokazovali, po relativně stejně těžkých prožitcích, schopnost nezdolně se vyrovnávat s životními problémy. Rozdíly mezi dvěma skupinami nespočívali ani tak ve fyzickém jako spíš v psychickém stavu. Dalším zkoumáním Antonovsky zjistil že „nejde o dílčí psychické schopnosti ale o celkovou – holistickou – charakteristiku postoje k životu” (Křivohlavý, 2001, s. 34). Definoval potom tři základní aspekty tohoto zdroje zdravotní síly: smysluplnost, vidění zvládnutelnosti úkolů, schopnost chápat dění v němž se člověk nachází.

(4) Zdraví jako schopnost adaptace spočívá ve schopnosti upravit buď životní prostředí, nebo změnit vlastní způsob života. Důležitá je schopnost pozitivně reagovat na různé výzvy životního prostředí (života), tj. na nepříznivé situace, s nimiž se člověk v životě setkává.

(5) Zdraví jako schopnost dobrého fungování (fitness) chápe zdraví jako „stav optimálního fungování člověka vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován” (Křivohlavý, 2001, s. 35). Pojem fitness se překládá jako schopnost dobrého fungování, být v dobré kondici a být schopen tělesně a duševně něco dělat.

(6) Zdraví jako zboží je jádrem přístupu, který pojímá zdraví jako něco co se dá, jako zboží na trhu, koupit nebo ztratit. Dá se koupit ve formě léku v lékárně nebo ve formě určitého lékařského zákroku. Tento přístup však vede jen k pasivnímu postoji v péči o vlastní zdraví víceméně nezávislé na chování daného jedince.

(7) Zdraví jako ideál využívá definice WHO kdy je zdraví chápáno jako „stav, kdy

je člověku naprosto dobře a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a nezužitosti” (Křivohlavý, 2001, s. 37).

Všechny výše zmíněné teorie mají své přednosti a nedostatky. Na jejich základě však lze nahlédnout jak je zdraví jev komplexní a propojuje všechny sféry lidského života (duševní, fyzickou, sociální). Zdraví není jen individuální otázka ale má i své komunitní, ekologické a politické podmíněnosti.

5.2.1 Duševní zdraví

Stejně tak ani v případě duševního zdraví neexistuje jedna jediná definice optimálního stavu. Vybíráme definici Jahodové (Hartl, 2004) která vytvořila šest kategorií, které definují duševní zdraví jako: (1) pozitivní postoj jedince k sobě samému; (2) zdravý růst a stupeň sebeaktualizace; (3) vyvinuté ústřední syntetizující funkce; (4) autonomie; (5) přiměřené vnímání reality; (6) zvládnutí vnějšího prostředí.

Takto chápané duševní zdraví souvisí kromě vývojové dimenze fyziologické také s kompetencemi člověka a jeho schopností rozvíjet své potencionální možnosti v souvislosti s podmínkami prostředí. To znamená angažovat se i v sociální sféře a osobnostně růst.

Podle Světové zdravotnické organizace je duševní zdraví definováno jako „stav dobrého fungování, ve kterém si člověk uvědomuje vlastní schopnosti, umí zvládat běžné stresové situace je schopný produktivně pracovat a přispívat také do komunity a veřejného života ve svém okolí“ (WHO, 2001, s. 11).

5.3 Podpora duševního zdraví

Podpora duševního zdraví spadá svou povahou do primární prevence. Primární prevence (prvotní) „je zaměřena proti vzniku nemocí. Vymezuje se jako činnosti, které snižují pravděpodobnost vzniku onemocnění“ (Baštecká, 2003, s. 22). Podpora zdraví se děje v komunitě – v obci. Společenství se chápe jako sestava uspořádaných interakcí, z nichž jedinec čerpá bezpečí, jistotu, oporu a pocit vlastního významu. K primární prevenci patří všechna opatření podporující dobrý zdravotní stav obyvatelstva. Jednotlivá společenská zařízení se snaží o blahobyt a vzdělanost

obyvatel, o zlepšování životního prostředí a hygienických podmínek, o rovné možnosti startu dětí do života. Státní zdravotnické systémy dbají na preventivní očkování a působení zdravotnické osvěty. Obyvatelé jsou vedeni ke zdravému životnímu stylu což znamená nejen střídme jíst a pít, nekouřit ale i mít v pořádku sebevědomí, být obklopen dobrými vztahy a mít a vnímat možnosti ke hře, zábavě práci a růstu. Oproti tomu sekundární prevence se snaží zabránit dalšímu rozvoji nemoci již vzniklé a terciární prevence se snaží zmírnit následky vzniklého postižení.

Odpovědnost, za agendu podpory duševního zdraví spadá podle Moodie a Jenkins pod kompetence vlád na různých úrovních, od centrální po lokální (Moodie a Jenkins, 2005). Zaměřit se na podporu duševního zdraví znamená rozvíjet fyzicky a emočně zdravější, bezpečnější, vzdělanější a produktivní komunitu. Proto je nutné navázat a podporovat spolupráci soukromého a veřejného sektoru při snaze podporovat determinanty duševního zdraví jako jsou sociální soudržnost, budování komunity, podpora rodičovství, redukce stigma a diskriminace nebo městské plánování.

Tradičně spadala podpora duševního zdraví pod odpovědnost zdravotního sektoru. V současnosti se však situace mění. Pokud vezmeme v úvahu determinanty duševního zdraví, uvidíme zřetelně dva základní momenty. Za prvé, že samotný zdravotní sektor má na tyto determinanty jen malý vliv. Za druhé, jedinci a organizace pracujících v oblastech jako je obchod a průmysl, bydlení, lokální vlády, sport a volný čas, primární sekundární a terciární vzdělávání anebo právo, se již v oblasti podpory duševního zdraví svými činnostmi angažují. Často si ani neuvědomují, že ovlivňují oblast podpory duševního zdraví a proto je ovlivňování spolupráce mezi těmito jedinci a organizacemi výzvou. Prvním krokem je porozumět, jak se jejich zájmy mohou připojit k zájmům v oblasti podpory duševního zdraví. Například účast na sportovních a uměleckých aktivitách má pozitivní vliv na sociální začleňování, čímž dochází k redukci možného narušení duševního zdraví. Důležité je v rámci všech aktivit vytvořit přátelské a otevřené prostředí, které podporuje zdraví a tvorbu vztahů. Na úrovni Evropské unie existuje řada programů, které mohou být použity jako vzor pro ostatní země. Vždy je třeba dbát lokálních zvyků a kulturních odlišností a programy flexibilně přizpůsobit potřebách daných států. Je důležité soustředit se na dlouhodobé výsledky a dlouhodobou spolupráci.

Moodie a Jenkins navrhuji osm základních oblastí, kam je možné zaměřit projekty podporující duševní zdraví:

- (1) Ranný vývoj dítěte a rodičovství** – např. speciální vzdělávací kurzy pro rodiče poskytující informace nejen o vývoji dětí.
- (2) Podpora dospívajících** – školní programy zaměřené na omezení diskriminace, šikany apod. Vyplnění volného času sportovními či zážitkovými činnostmi orientovanými na prožitky kooperace a spolupráce.
- (3) Podpora aktivního stárnutí** – jde například o vyškolení dobrovolníků seniorů, kteří mohou vrstevníkům poskytovat informace z oblasti zdravého životního stylu, informace o volnočasových aktivitách, vzdělávacích programech aj.
- (4) Sport a volný čas** – oblast nabízí širokou škálu možností podporující jak fyzickou zdatnost, tak kooperaci.
- (5) Umění a kultura** – opět nabízí širokou škálu aktivit. V Melbourne například existuje spolek zaměřený na výtvarnou tvorbu pro ženy, které byly oběťmi fyzického či psychického násilí a ženy z různých kultur. Aktivita nabízí pocity relaxace, příslušnosti a možnosti navázání vztahů.
- (6) Městské plánování** – je důležitou složkou ve fungování komunit. Dostatek místa pro sport a volný čas, dostatek zeleně a vhodné bytové podmínky stejně jako fungující doprava a infrastruktura jsou důležitou součástí podpory duševního zdraví.
- (7) Lokální vlády** – mají být hlavními koordinátory a poskytovateli agendy podpory duševního zdraví. Měly by celou agendu zaštiťovat, koordinovat kooperaci a programy plánovat a evaluovat.
- (8) Obchod, průmysl a zaměstnanost** – jednu z nejlepších věcí, kterou je možné udělat pro duševní zdraví člověka, je poskytnout mu bezpečné zaměstnání, které přináší uspokojení a k němuž se pojí kvalitní a příjemné pracovní prostředí. Důležitý je též fungující právní a soudní řád.

Pokud se má podpora duševního zdraví dostat do agendy národní politiky je nutné, aby byla správně vyhodnocena a reflektována současná situace (kontext, potřeby, nedostatky, současné politiky) a aby bylo vytvořeno obecné stanovisko, národní cíle a strategické plány a komplexní a srozumitelné rámce programů adresované klíčovými aktéry ne pouze z oblasti zdravotního sektoru.

5.4 Nemoc

Redukovat zdravotní stav člověka na označení “zdravý – nemocný”, příliš zjednodušuje bohatý a různorodý soubor jevů, kterými se náš zdravotní stav vyznačuje. K definování nemoci vybíráme model Křivohlavého, který pracuje s rozšířeným souborem termínů použitých k označení stavu, kdy člověk není zcela zdrav (Křivohlavý, 2002).

Tabulka č. 1: Přehled tří různých pohledů na nemoc daného člověka

Úroveň (pohled z hlediska)	Proces (když se stav mění)	Stav (když je stav setrvalý)
I. Organický stav (pohled patofyziologie)	Choroba (disease)	Poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti (impairment)
II. Funkční stav (subjektivní poznání pacienta, jeho povědomí o tom, že něco není v pořádku)	Nemoc (illness)	Neschopnost pracovat, nezpůsobilost (disability)
III. Sociální stav (pohled druhých lidí na daného člověka)	Nezdravý (sickness)	Zdravotně postižený člověk, invalida, člověk hendikepovaný, znevýhodněný oproti druhým lidem (handicap)

Zdroj: Křivohlavý, 2002

Tento model popisuje různé kvalitativní vnímání nemoci a jejího prožívání od

organického poškození (choroba) přes neschopnost práce či jiného fyzického výkonu (nemoc) po handicap a znevýhodnění (nezdravý). Rozšíření stávajícího pojetí celkového zdravotního stavu pacienta přináší tři úrovně pohledu: objektivní (organický), individuální (funkční) a společenskou (sociální) a přesahuje tak medicínský pohled zaměřený pouze na symptomy.

5.4.1 Duševní poruchy

Duševní poruchy (nemoci) vymezujeme na základě vysvětlení pojmů abnormalita a normalita (Atkinson, 2003). Abnormalitu posuzuje Atkinson skrze čtyři hodnotící kritéria jako:

(1) Odchylku od statistické normy (abnormální znamená vzdálený od normy); normalita je posuzována na základě statistické četnosti a průměrných středních hodnot výskytu jevu v populaci. Mimořádně inteligentní či šťastná osoba by byla takto diagnostikována jako abnormální proto je při posouzení třeba použít dalších kritérií.

(2) Odchylku od sociální normy; je vysoce podmíněná danou kulturou a historickým časem. Sociální norma je tedy rozdílná v různých kulturách a navíc se uvnitř kultur v čase proměňuje. Každá společnost má měřítka neboli normy přijatelného chování. Odchýlení od nich se obecně považuje za abnormální.

(3) Maladaptivnost chování; jako maladaptivní chování je označováno chování, které má nepříznivý vliv na jedince nebo společnost.

(4) Osobní potíže (distress); hodnocení vychází ze subjektivních pocitů nemocného spíše než z jeho chování. Většina duševně nemocných lidí se cítí velmi nešťastně. Jsou úzkostní, smutní nebo rozrušení. Symptodem může být strádání a chování jedince se může jevit jako normální.

Abnormální chování je pro lékařské účely klasifikováno v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revidovaném vydání. Ve Spojených státech se používá manuál DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Výhoda takové klasifikace spočívá v tom, že symptom jednoho člověka se podobají symptomům dalších pacientů. Nevýhoda nastává, když je diagnostickému označení

přikládána příliš velká váha. Souhrnné označení vede k přehlížení jedinečných rysů každého případu a navíc samotné označení maladaptivního chování toto chování samo nevysvětluje. Neřekne nám nic o tom jak chování vzniklo a co jej udržuje.

Normalitu vymezuje Atkinson jako souhrn pěti vlastností svědčících o duševním zdraví (Atkinson, 2003): (a) přiměřené vnímání reality; (b) schopnost ovládat své chování; (c) sebeúcta a akceptace; (d) schopnost vytvářet citové vazby; (e) činnost.

Na základě výše zmíněných vymezení vidíme, že při posuzování duševní nemoci a její diagnostice, je třeba posuzovat různorodé spektrum škál, na jejichž dimenzích se pohybujeme.

5.4.2 Zátěž nemocemi

Zátěž nemocemi je statistický ukazatel který měří zatíženost určité geografické oblasti zdravotními problémy. Zahrnuje několik různých ukazatelů, mezi něž patří: úmrtnost, míra incidence (počet nových případů onemocnění za určitou dobu většinou jednoho roku, z celkového počtu obyvatelů nebo na 1000 obyvatel), míra prevalence (počet nemocných z celku obyvatelstva k určitému datu), ztracené roky života způsobené předčasným úmrtím (Years of Life Lost – YLL), ztracené roky života způsobené zdravotním postižením (Years Lost due to Disability – YLD), DALY (Disability Adjusted Life Years) a QALY (Quality Adjusted Life Years).

Poslední dva ukazatele jsou jako souhrnné ukazatele důležitým měřítkem. Kombinují totiž údaje o úmrtnosti a morbiditě (početnost onemocnění vůbec anebo speciální statistika počtu onemocnění dle pohlaví, věku, zaměstnání a bydliště člověka, dle příčin, průběhu a následků onemocnění a dalších charakteristik) což umožňuje vidět zátěž nemocemi (disease burden) v souvislosti s různými rizikovými faktory nemocí. Umožňuje také předpovídat možné dopady zdravotních intervencí (WHO, 2008).

Konkrétně pak ukazatel DALY, vyjadřuje potencionální léta života ztracená předčasnou smrtí (potential years of life lost due to premature death – PYLL) v souvislosti s ekvivalentem let zdravého života ztraceného následkem poškození zdraví. V jednom měřítku kombinuje délku života s poškozeným zdravím

a čas ztracený předčasným úmrtím. Jeden DALY, můžeme považovat za jeden rok ztraceného zdravého života a zátěž nemocemi (Disease Burden) za rozdíl mezi současnou zdravotní situací a ideální situací kdyby se každý dožil vysokého věku bez zdravotních postižení a bez nemocí (WHO, 2008).

Vzorec, podle kterého se DALY počítá, vypadá následovně:

$DALY = YLL \text{ (Years of Life Lost)} + YLD \text{ (Years Lost due to Disability)}$

kdy

$ILL = N \text{ (number of deaths)} \times L \text{ (standart life expectancy at age of deaths in years)}$

a

$YLD = I \text{ (number of incident cases)} \times DW \text{ (disability weight)} \times L \text{ (average duration of the case until remission or death years)}$

Ukazatel QUALY měří jak kvalitativní tak kvantitativní aspekty života. Je určován počtem dnů života přidaných zdravotním zákrokem. Každý den perfektního zdravotního stavu je ohodnocen známkou 1.0, která klesá až k 0.0 což vyjadřuje smrt. Pokud roky přidané navíc nejsou prožity v plné kvalitě (ale například na kolečkovém křesle) pak se hodnota pohybuje dle stanovené škály mezi 1 a 0.

Ukazatel QUALY je stále diskutován kvůli sporné definici kvality života. Absolutní kvalita života je ideální koncept. Existují i argumenty podle kterých existují zdravotní stavy, které jsou horší než smrt a proto by do počtů měly být zavedeny také negativní hodnoty (What is a QUALY, 2001).

Výše zmíněné ukazatele jsou uváděny také vzhledem k zátěži populace duševními chorobami. Například ukazatel DALY odkryl překvapivé souvislosti. V roce 1999 ukázala statistika WHO, že pět z deseti důvodů vedoucích k trvalému zdravotnímu postižení byly psychiatrické problémy. Psychiatrické a neurologické problémy čítají celých 28% z celkového počtu let života s trvalým zdravotním postižením. Odpovídají však jen za 1,4% úmrtí a 1,1 (YLL) let ztracených předčasným úmrtím. Přesto se psychiatrické poruchy, jakkoli nebyly tradičně považovány za velký epidemiologický problém, ukazují nyní jako faktor mající ohromné důsledky pro život lidí.

Strategické dokumenty, sledující situaci globálního zatížení duševními nemocemi (Global Burden of Disease), (World Development Report: Investing in

Health z roku 1993; World Health Report 2001) poukazují s obavami na jejich nárůst. „K roku 2002 čítají duševní a neurologické poruchy 12,97% DALY z celkového světového měřítka. Podle regionů, ukazují grafy čísla: 24,58% Spojené státy; 19,52% Evropa; 17,57% oblast východního Pacifiku; 11,33% v jihovýchodní Asii; 10,80% ve východním středomoří a 4,95% v Africe “ (Thornicroft, 2004, s. 429). Dělení poruch z hlediska diagnózy vztažené k pohlaví a roku.

Duševní poruchy činí 6 z 20 hlavních důvodů vedoucích k trvalému zdravotnímu poškození, ve věkové skupině 15 – 44 let. Jedná se o skupinu, která je pracovní v nejproduktivnějším věku. Unipolární depresivní poruchy jsou čtvrtým hlavním důvodem, který vedl k trvalému poškození zdraví po onemocnění dýchacích cest, perinatálních poškození a HIV/ AIDS (Thornicroft, 2004). Duševní poruchy způsobily více zdravotních potíží než ischemická choroba srdeční nebo cerebrovaskulární nemoci (WHO, 2001). Jak ukazuje následující tabulka, v populaci v nejproduktivnějším věku, je mezi deseti nejzávažnějšími chorobami, přinášejícími největší ztráty sedm chorob psychiatrických: unipolární deprese, abúzus alkoholu, schizofrenie, sebepoškozování, bipolární porucha, nadužívání návykových látek a obsedantně kompulzivní porucha.

Tabulka č. 2: DALY – hlavní příčiny v procentech; Vyspělé země, populace ve věku 15 – 44 let

1. Unipolární deprese	12,3
2. Nadužívání alkoholu	8,9
3. Dopravní nehody	8,5
4. Schizofrenie	5,0
5. Sebeпоškození	4,2
6. Bipolární porucha	3,7
7. Nadužívání návykových látek	2,9
8. Obsedantně kompulzivní porucha	2,7
9. Osteoartróza	2,7
10. Následky násilí	2,4

Zdroj: Raboch, 2003

5.5 Kvalita života

Kvalita života je teoretický koncept, složený ze souboru oblastí lidského života, z nichž některé lze celkem spolehlivě měřit (kvalita bydlení), jiné však jen stěží (individuální pocit pohody).

V současnosti stále dochází k dvojímu vidění téže problematiky a to pohledem ekonomickým a individuálním. Z hlediska ekonomického, je kvalita života viděna jako „vágní koncept, z velké míry subjektivní, ovlivněný danou kulturou a velmi těžko měřitelný. Často užívaný spotřebiteli služeb v oblasti duševního zdraví, kteří jej zdůrazňují a spojují s přístupem k zaměstnání, odstraňování diskriminace, lepší sociální integrací“ (Knapp, 2007, s. 9). Takto nazíraná kvalita života se měří, pomocí statistických ukazatelů DALY a QUALY, o kterých se zmiňujeme v předchozí kapitole. Takový koncept předpokládá, že vnější faktory jako kvalita bydlení, dostupnost pracovních příležitostí a vzdělání a další možnosti jak plně participovat na plnohodnotném životě ve společnosti, určují kvalitu života jedince. Na jiném místě autor píše že „kvalita života lidí s duševní chorobou je jako u zbytku populace velkou měrou určována dosažitelností a kvalitou bydlení“ (Knapp, 2007, s. 291). To jistě platí do velké míry, je však nutné mít na zřeteli že prožívaná kvalita života je velmi individuální a proto uvádíme i její kvalitativní ukazatele.

Na úrovni individuální je kvalita života definována „s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života“ (Křivohlavý, 2001, s. 40). Může se tak stát, že i člověk, jehož bytová situace není tolik kvalitní, může prožívat život dostatečně smysluplně a plně a tudíž jeho kvalita může být vyšší než kvalita prožívaného života u jedince, jehož standard bydlení je na vysoké úrovni, ale jeho mezilidské vztahy jsou zcela neuspokojivé. Z pohledu individuálního se kvalita života měří pomocí metody SEIQoL (Schedule for the Evaluating of Individual Quality of Life). Osoba sama vybere pět životních cílů, jež považuje v dané situaci za nejdůležitější. V procentech označí, do jaké míry tohoto cíle dosahuje na škále 0% - 100%. U každé oblasti zájmu pak označí, jak moc je oblast je důležitá 100% se rozdělí mezi pět uvedených témat. Výhodou dotazníku je právě jeho otevřenost v otázkách kvality života. Každý může klíčové oblasti určit

podle svého aktuálního prožívání.

A. Sen, který sleduje nemocnost z pohledu makroekonomických ukazatelů (Sen, 1995). Analýzou statistických údajů dochází k závěru, že příjem sám o sobě není zárukou kvalitního života. Důležité jsou též předpoklady typu zdravotní péče, dostatečné výživy, vzdělání a další sociální služby.

Hospodářský růst není jediným faktorem vypovídajícím o komfortu života v dané zemi. Sen popisuje dvě strategie, které státy uplatňují, o procesu záměrného růstu a o procesu podpory sociálních služeb. Z hlediska úmrtnostních statistik pak země uplatňující první způsob vykazují vyšší úroveň HDP a zároveň vyšší míru úmrtnosti a země uplatňující druhou politiku nevykazují nijak závratný růst HDP ale mají nižší míru úmrtnosti, což podle autora vypovídá o vyšší kvalitě života (lepšímu zdravotnictví, vzdělávacím systému a jiným kvalitnějším sociálním službám).

Autorovo stanovisko vychází z přesvědčení, že není nutné neustále zvyšovat hospodářský růst. Podstatné je zaměřit se na kvalitu života občanů a posilovat sociální služby, které přináší mnohem vysoký osobní užitek. Upozorňuje, že není možné ztotožňovat užitek s blahobytem (Sen, 2002). Blahobyť není to jediné čemu je připisována hodnota a není ani adekvátně reprezentován užitek. V této souvislosti se pak otevírají otázky, zda je vhodné chápat prospěch jednotlivce na základě úspěchů, kterých dokazuje. Jedinec se může cítit šťastnější, když například dosáhne určitého stupně vzdělání, nebo se uzdraví z nemoci. Proto úspěch nespočívá jen ve zvyšování blahobytu.

Obě oblasti, jak ekonomická, tak individuální jsou důležité a navzájem jedna druhou podmiňují, proto by ani jedna neměla být opomíjena. V problematice péče o duševní zdraví jsou v České republice v materiální formě péče (kvalita bydlení, možnosti práce, možnosti začlenění se do komunity) velké nedostatky (viz. Kapitola 5.1; problematika vybavenosti léčeben).

5.6 Sociální opora

Sociální oporu můžeme podle Krivohlavého definovat jako „pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde

o činnost, jež je člověku v tísní poskytnuta jeho okolím a zátěžovou situaci mu určitým způsobem ulehčuje“ (Křivohlavý, 2001, s. 94).

Z hlediska politiky péče o duševní zdraví podporuje tato teorie procesy sociálního začlenění v souvislosti s deinstitucionalizací. Klienti zavření v psychiatrických léčebnách ztrácejí kontakty s rodinou, v případě nefunkční spádovosti, kdy u některých typů zařízení je až 200 kilometrů. Navíc jejich odříznutí od přirozené komunity vede ke ztrátě sociálních vazeb a téměř nemožnosti vytvořit prostor pro sociální oporu. Studie přitom ukazují, že lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí déle a disponují celkově lepším fyzickým i duševním zdravím než lidé bez těchto vazeb (Křivohlavý, 2001). Sociální opora má tři základní úrovně:

(1) Makroúroveň sociální opory. Je vyjádřením celospolečenské formy pomoci potřebným. Příkladem může být sociální podpora, již stát poskytuje těm nejpotřebnějším.

(2) Mezoúroveň sociální opory. Ukazuje rozsah a kvalitu struktury a podpůrných funkcí sociální sítě jednotlivce. Jde tedy o pomoc, kterou poskytuje určitá sociální skupina jednomu ze svých členů.

(3) Mikroúroveň sociální opory. Ta je charakterizována kvalitou intimních vztahů jedince. Jedná se o pomoc, kterou danému člověku poskytuje osoba jemu nejbližší.

Sociální oporu členíme dál podle druhu. Rozlišujeme čtyři základní složky obsahu sociální opory (Šolcová, Kebza, 1999):

(1) Emocionální opora. Jedná se o poskytování významných emocí jako je láska, víra, empatie apod. Člověku je skrze laskavé jednání naznačována soudržnost a náklonnost.

(2) Hodnotící opora. Ta se zaměřuje na posílení kladného sebehodnocení a sebevědomí postiženého člověka.

(3) Informační opora. Jedná se o poskytnutí informací a rad, které postiženému člověku pomohou vyrovnat se s osobními problémy.

(4) Instrumentální opora. Je to velmi konkrétní a praktická forma pomoci, většinou hmotné či finanční.

Se sociální oporou souvisí sociální síť. Používá se k charakteristice sociálních vazeb mezi lidmi. Sociální síť je: „hlavní zdroj sociální opory, zahrnující jednotlivé kategorie, jejichž prostřednictvím se efekt sociální opory realizuje“ (Šolcová, Kebza 1999). Ve vztahu k jedinci se sociální síť může uplatňovat pozitivně, negativně nebo indiferentně. Sociální síť má svou strukturu. Rozlišuje se (1) hustota, (2) reciprocita, (3) složení dle různých kritérií – věku, pohlaví, profesí atd., (4) stabilita v čase, (5) homogenita. Výzkumy ukázaly, že menší sítě se silnými vazbami, vysokou hodnotou a vysokou homogenitou jsou výhodné pro udržení psychické pohody a zdraví daného jedince. Velikost ani hustota struktury pravděpodobně nemají přímý vztah k úrovni sociální opory. Rozhodující je zřejmě kvalita struktury sociálních vztahů, jejich reciprocita a intenzita.

Reálně existuje rozdíl mezi anticipovanou (očekávanou) a získanou (obdrženou) sociální oporou. Anticipovaná opora je opřena o víru, že významné blízké osoby jsou v případě nouze připraveny pomoci. Anticipovaná opora reprezentuje pocit jedince, že jej ostatní akceptují, že se o něj zajímají a že mu v případě nouze pomohou. Reprezentuje to, jak jedinec vnímá své sociální zařazení, jak jej hodnotí a co od něj očekává. Získaná sociální opora představuje pomocné akty, jichž se jedinci od jeho okolí skutečně dostalo. Navozuje pocit přijetí a akceptace. Je součástí procesu zvládnání stresu, který obsahuje mobilizaci, získání a hodnocení obdržené pomoci. Za určitých okolností může sociální opora přinášet i negativní důsledky. Někteří jedinci se tváří v tvář těžkostem neobrací nejprve ke svému okolí, ale snaží se situaci řešit vlastními silami. O pomoc žádají pouze tehdy, když situaci nezvládnou. To však vidí jako vlastní selhání.

Existuje zajímavý vztah mezi sociální oporou a imunitní reakcí. Jemmott zkoumal vliv kvality vztahu daného člověka k lidem nejbližším (sociální oporu). Sledoval hladiny IgA aktivity (imunoglobulin aktivita). Imunoglobuliny jsou protilátky přítomné v krevní plazmě produkované plazmatickými buňkami imunitního systému. Tvoří základ specifické imunitní reakce, vznikají z B lymfocytů aktivovaných anitgenem a jsou specificky zaměřeny proti antigenu, který jejich tvorbu vyvolal. Podle IgA aktivity zjistil, že „dobrá sociální opora pozitivně ovlivňuje imunitní reaktivitu, a to dosti výrazně“ (Křivohlavý, 2001, s. 101).

5.7 Sociální vyloučení

Sociální vyloučení je proces, kterým jsou jednotlivci i celé skupiny osob zbavování přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti jako celku. Proces sociálního vyloučení je primárně důsledkem chudoby a nízkých příjmů, přispívají k němu i další faktory jako je diskriminace, nízké vzdělání či špatné životní podmínky.

Mezi duševně nemocnými je sociální vyloučení způsobeno řadou faktorů, mezi které především patří: stigma a diskriminace; nízké očekávání vzhledem k tomu, čeho duševně nemocní mohou dosáhnout; bariéry bránící k zapojení do komunity a nedostatek odpovědnosti za vytváření vhodných pracovních míst (Knapp, 2007).

Dospělí lidé s dlouhodobým duševním onemocněním jsou jednou z nejvíce vyčleněných skupin ve společnosti. Ačkoliv mnoho z nich si přeje pracovat a méně než čtvrtině se to daří. V této skupině se vyskytuje nejvyšší míra nezaměstnanosti ze všech hlavních skupin postižených nezaměstnaných. Stigma a diskriminace stále přetrvávají a „méně než čtyři z deseti zaměstnavatelů by zaměstnalo člověka s duševním onemocněním“ (Knapp, 2007. s. 34). Mnoho lidí se bojí jejich blízkosti, rodinu a přátele nevyjímaje. Lidé s psychiatrickou diagnózou jsou často viděni jako potencionální násilníci nebo jako neschopní zvládat své chování. Díky těmto stereotypům je riziko sociální exkluze velmi vysoké, protože budí strach. V důsledku své nemoci jsou také ohroženi porušováním základních lidských práv a svobod (například odmítáním léčby či léčby odpovídající jejich stavu).

Reformy na úrovni veřejné politiky by měly obsahovat strategii zaměřující se komplexně na ovlivnění více složek. Mezi ně patří vhodná anti-diskriminační legislativa; podpora pracovních míst; jednodušší přístup k efektivní léčbě; zajištění dodržování lidských práv; rozvoj podpory v komunitách; podpora kvality života; podpora prevence; podpora vyvážené péče mezi komunitou a institucí; vhodné směřování financí a hodnocení výstupů provedených intervencí. Počátkem problému sociálního vyčlenění duševně nemocných ze společnosti je stigma. Knapp charakterizuje stigma čtyřmi složkami (Knapp, 2007): (1) rozlišování

a nálepkování (označování) rozdílů; (2) přisuzování označeným jedincům nelichotivé charakteristiky; (3) oddělování „jich“ od „nás“; (4) ztráta statusu a diskriminace vedoucí k nerovným životním šancím

První dva body odpovídají sociálně psychologické teorii nálepkování. Výzkumy potvrdily teorii nálepkování, která ukazuje jak určitá nálepka (většinou nechtěné a nelichotivé označení) má vliv na chování okolí k označenému jedinci, až se tato nálepka stane skutečností. Chová se podle ní okolí, reaguje na ni, jako by byla pravdivá a na chování svého okolí reaguje označený jedinec. Například ve škole je dítě z etnické menšiny označeno za hloupé a vlivem nálepky se změnilo chování učitelů k dítěti (Hayesová, 1998).

Z těchto a podobných poznatků o lidském vnímání stejně jako z jasných faktů založených na důkazech a statistikách, je vhodné vycházet například při tvorbě veřejných antidiskriminačních kampaní a strategií.

V rámci veřejných kampaní se osvědčila snaha o přerušování spojení mezi duševní nemocí a násilím a začleňování duševně nemocných do blízké komunity. Vhodné je také nahradit stereotypy bezmoci či nebezpečí obrazem člověka co má druhým co nabídnout. Kampaně, které prezentují duševní chorobu „jako chorobu jako jakoukoliv jinou“ nejsou podle výzkumů úspěšné (Knapp, 2007, s. 48).

5.8 Socioekonomický status a sociální determinanty zdraví

Teorie hovořící o socioekonomickém statusu vychází ze zjištění, že „postavení člověka ve společenské hierarchii a s tím související materiální, behaviorální a psychosociální faktory mohou být významnou determinantou jeho zdraví a zdrojem sociálně založených nerovností ve zdraví, a to v neprospěch osob s nižším postavením v sociální hierarchii ” (Kebza, Šolcová, 2002, s. 220). Vztah mezi úmrtností a u mužů a u žen ilustruje tabulka v příloze č. 2.

Souvislost s duševním zdravím se projevuje v souvislosti se stresory. Místo člověka v sociální struktuře ovlivňuje mimo jiné i to, jak je vystavován stresorům, a tím i jejich latentním škodlivým účinkům na psychickou pohodu a zdraví. Tyto škodlivé účinky jsou moderovány nebo snižovány osobnostními a sociálními zdroji a strategiemi zvládnutí stresogenních situací. Vybavení těmito zdroji

a strategiemi a jejich používání, je rovněž sociálně ovlivněno kupříkladu přístupem ke vzdělání, informacím apod.

Příkladem stresové situace vysoce ovlivněné společenským postavením je míra pravomocí v pracovním prostředí. Studie ukazují, že „je to právě vysoká míra požadavků kladených na člověka, kombinovaná s malou mírou možností řídit běh dění, která vede v práci ke stresu” (Křivohlavý, 2001, s. 174). Lze proto usuzovat, že lidé na pozicích s nízkou možností rozhodovacích pravomocí budou díky svému postavení na pracovním žebříčku více ohroženi stresem, než lidé ve výhodnějším postavení, které nabízí více rozhodovacích pravomocí.

Ukázalo se, že ve vztahu mezi sociálně-ekonomickým statutem a zdravím se nejedná o jednoduše postulovatelný rozdíl mezi zdravými a bohatými a nemocnými a chudými, ale o gradient, v jehož rámci je zdravotní stav každé sociální třídy lepší než zdravotní stav nižší třídy a horší než zdravotní stav vyšší třídy. Socioekonomický gradient se promítá do odlišností v úmrtnosti kojenců i dospělých, akutních i chronických infekčních a neinfekčních onemocnění, jakož i v psychiatrické morbiditě. Jde napříč nemocemi a týká se i chorob, u kterých není známo žádné rizikové chování.

Výsledky studií provedených ve Spojených státech implikovaly závěr, že „v rámci vyspělých zemí nemají nejlepší zdraví občané absolutně nejbohatších států, nýbrž těch, ve kterých je nejmenší diference mezi příjmy nejchudších a nejbohatších. Z výsledků zkoumání autor odvodil, že o očekávané délce života nerozhoduje absolutní výše státního příjmu, ale způsob jeho redistribuce mezi občany” (Kebza, Šolcová, 2002, s. 221). Výsledky těchto studií také naznačily trend, kdy velké rozdíly v příjmech mají neblahé důsledky pro zdraví celé populace, a nikoliv pouze pro občany s nižšími příjmy.

Pro oblast veřejné politiky zaměřené na politiku duševního zdraví, vyplývají z výše zmíněných studií čitelné závěry, které souvisí s vyrovnáváním nerovností ve zdraví způsobené odlišnými příjmy a různou úrovní vzdělání. Pomoci mohou například lehce dostupné informace v rámci preventivních veřejných kampaní prezentovaných v médiích. V podstatě jde o to, zaměřit péči a informační preventivní aktivity na znevýhodněné spoluobčany. Stěžejní úloha však podle dokumentu „Tackling inequalities in health” spočívá v zaměření veřejných zdravotních a sociálních služeb k chudším vrstvám obyvatelstva. Dokument uvádí doporučení,

podle kterého by se veřejné služby měly zaměřit na znevýhodněné vrstvy populace (rodiny s dětmi, matky samoživitelky, uprchlíky, bezdomovce) účinná politika by měla podporovat přirozené komunity a měla by být zaměřena především na prevenci a poskytování účinné adresné péče. Distribuce péče má probíhat v rámci lokálních regionálních samospráv. Uskutečněné kroky by měly být monitorovány a evaluovány (Tackling inequalities in health, 2006).

5.9 Model péče o duševně nemocné založený na rovnováze mezi péčí institucionální a komunitní

Mezi odborníky napříč Evropou probíhá debata, zda podporovat péči o duševně nemocné především v nemocnicích a léčebnách anebo zda podporovat spíše komunitní služby. Thornicroft navrhuje překročit toto umělé rozdělování péče a nastolit novou agendu kde vyvážená péče zahrnuje jak složku institucionální, tak složku komunitní (Knapp, 2007).

Světová zdravotnická organizace také doporučuje pokračovat v přesunu části péče z institucí do komunitních typů péče. Hlavními důvody jsou lepší výstupy této péče v oblasti kvality života pacientů, dodržování lidských práv a nižší náklady na péči (McDaid, 2005b). V komunitních typech služeb pak existuje škála různých typů služeb odpovídajících různým potřebám klientům, souhra profesionálů v komunitních týmech a služby jako chráněné bydlení a práce.

V jiné studii, Thornicroft ukazuje, že „neexistuje spolehlivý argument ani vědecký důkaz, který by mluvil pouze pro podporu péče institucionální. Stejně tak neexistují důkazy, které by potvrdily, že komunitní péče sama o sobě může poskytnout uspokojivou a soběstačnou péči” (Thornicroft, 2004). Navrhuje takzvaný „postupný model” (stepped care model) který se skládá ze tří fází a odpovídá různému finančnímu, personálnímu a kapacitnímu vybavení různých zemí a regionů. Model vývojových fází tvorby psychiatrických služeb podle vyspělosti státu, přehledně ukazuje tabulka v příloze č. 4. Příloha č. 5 shrnuje vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb obecně.

Pfeiffer pak zařazuje Českou republiku ke státu se střední kapacitou zdrojů (Krok B). „Proces reformy by měl být složen z kroků vedoucích k systému

vyvážené lůžkové a mimolůžkové péče. Typ služeb by měl odpovídat složení optimálních služeb pro středně rozvinuté země a měl by sledovat linii k vysoce rozvinutým zemím” (Pfeiffer, 2004a, s. 17).

Krok A zahrnuje soubor opatření určených pro země disponující nízkou kapacitou zdrojů. Tyto státy by se měly soustředit na poskytování většiny péče o duševní zdraví v primárním zdravotnickém sektoru prostřednictvím zdravotníků spolu se specialisty. Hlavním článkem péče pro osoby, které potřebami překračují rámec primární péče, mají být ambulantní nemocniční či institucionální (léčebna) péče.

Krok B je určen pro státy se střední kapacitou zdrojů, které si mohou dovolit více než základní primární péči. Přesto rozpoznání a léčba většiny duševně nemocných lidí, především deprese a úzkostné poruchy, zůstávají v kompetenci primární péče. Aby byl systém efektivní, navrhuje Thornicroft kombinaci služeb, které jsou flexibilní k potřebám klientů a přiměřeně vyvažují primární a institucionální péči.

Ambulance a lůžková oddělení nemocnic kde se provádí především zdravotní ošetření symptomů a léčba.

Komunitní týmy jsou základním kamenem komunitní péče. Jsou schopny provádět širokou škálu nejen zdravotnických úkonů, protože se skládají z psychiatrů, psychiatrických sester, sociálních pracovníků, psychologů a terapeutů. V komunitě je oproti ambulancím a léčebnám kladen důraz i na sociální složku klientova života. Klient je veden tak aby neztratil základní kompetence ani sociální vztahy s rodinou a přáteli.

Případové vedení je uplatňováno v komunitní péči. Jedná se o způsob péče, který koordinuje individuální péči o duševně nemocné. Je to snaha přizpůsobit léčebný program podle možností, přání a schopností klienta.

Akutní lůžková péče tvoří součást péče o duševně nemocné i v decentralizovaném systému. Nebylo totiž prokázáno, že systém péče pro duševně nemocné může bez lůžkové péče poskytované v psychiatrických odděleních nemocnic, či léčebnách, existovat. Výzkumy ukazují, že tato forma péče spotřebuje většinu financí směřovaných to této oblasti zdravotní péče (Thornicroft, 2004). Proto by politická opatření měla snižovat průměrnou délku pobytu v lůžkových zařízeních a nahrazovat ji ostatními službami.

Dlouhodobá péče o duševně nemocné - psychiatrické léčebny. Podle Thornicrofta je důležité prozkoumat, zda pacienti s dlouhodobým postižením mají být léčeni v tradičních psychiatrických léčebnách anebo jestli má být péče částečně transformována do péče komunitní (Thornicroft, 2004). Ukazuje se, že tato forma péče je vhodná a přispívá k vyšší kvalitě života klientů, zlepšuje jejich kompetence a umožňuje lepšímu uplatňování lidských práv.

Zaměstnání je důležitou složkou péče o duševně nemocné. Ukazuje se, že mezi lidmi trpícími duševní nemocí je mnohem vyšší míra nezaměstnanosti než mezi lidmi zdravými. Je nutné provozovat rehabilitační služby jako například chráněná bydlení či denní stacionáře, kde klienti uplatní svůj pracovní potenciál a neztratí sociální a pracovní dovednosti.

Krok C je určen pro státy, které disponují vysokým množstvím zdrojů a jejich systém již poskytuje služby jmenované v předchozích krocích A a B. Pak může být nabídka služeb rozšířena o následující složky.

Specializované ambulance a kliniky zaměřené podle specifických poruch (například na poruchy příjmu potravy, psychotické poruchy, drogové a alkoholové závislosti aj.). Tyto kliniky pak mohou nabízet specializované formy psychoterapie.

Specializované komunitní týmy asertivní a týmy rané krizové intervence. Studie ukázaly, že asertivní týmy neumí zlepšit duševní stav pacientů nebo jejich sociální chování. Mohou částečně snížit náklady na péči v psychiatrických léčebnách, ale nesnižují celkové náklady péče (Thornicroft, 2004). Týmy rané krizové intervence poskytují péči v začátcích duševních onemocnění většinou psychotického původu. Podle výzkumů mají psychotická onemocnění, která nejsou léčena v počátku, horší šance na uspokojuvrou léčbu. Trvají déle a mají méně nadějnou prognózu než onemocnění, která se léčí v raných stádiích (Thornicroft, 2004).

Alternativy k akutní lůžkové péči jsou tři. Akutní denní nemocnice, krizové domy a domácí léčba.

Akutní denní nemocnice nabízí programy denní léčby pro lidi s akutním onemocněním, vhodné formy péče zkracují průměrnou dobu pobytu.

Krizové domy jsou komunitní zařízení se speciálně školeným personálem. Obě zmíněná zařízení jsou určena pacientům, kteří splňují předpoklady k přijetí do klasických nemocnic a psychiatrických léčeben.

Domácí léčba doplněná o mobilní týmy nabízí stabilizovaným pacientům

léčbu doma. Redukuje počet dní v nemocnici i náklady na léčbu.

Alternativní typy dlouhodobé komunitní péče mají speciálně školený tým pracovníků a dělí se na domy s 24hodinovou péčí, na místa kam pacienti mohou docházet přes den a na chráněné byty kde odborník občas dochází, ale není přítomen neustále.

Alternativní formy zaměstnání mohou umisťovat pacienty do náročnějších typů zaměstnání, než jsou chráněné dílny. Důležité je hledat taková místa kde mohou pacienti pracovat a v případě jejich absence zaručit náhradu.

5.10 Politický cyklus

Politiku duševního zdraví můžeme tematicky zařadit z části do politiky zdravotní a z části do politiky sociální. Obě pak spadají pod veřejnou politiku. V této části se budeme věnovat politickému cyklu, jakožto klíčovému tématu v tvorbě veřejných politik v souvislosti s politikou duševního zdraví.

Easton přichází s názorem, že „politická aktivita může být analyzována jako systém obsahující několik procesů, které musejí zůstat v rovnováze, má-li být tato aktivita zachována” (Potůček a kol., 2005, s. 34). Politické systémy se podobají biologickým, v nichž životní procesy interagují mezi sebou navzájem a s prostředím tak, aby jej zachovaly v odpovídajícím, ač proměnou procházejícím stavu. Tyto systémy pak existují v prostředí dalších systémů, například ekonomických a kulturních.

Existují různé a různě podrobné modely politických cyklů, neexistuje však jeden univerzálně platný a vše zahrnující. Potůček poukazuje na optimální model politického cyklu, jak jej vidí Dror a který se skládá ze sedmnácti fází. Jak uvádí Potůček „zatím nebylo prokázáno, že by se veřejně politická praxe v některé zemi tomuto modelu blížila” (Potůček a kol., 2005, s. 34). Obvykle se užívá čtyřsložkový model veřejně politického cyklu, který má následující fáze:

- (1) Identifikace a uznání sociálního problému
- (2) Rozhodování ve veřejné politice
- (3) Implementace veřejné politiky

(4) Hodnocení veřejné politiky

Identifikace a uznání sociálního problému. Sociální problém vzniká jako napětí mezi žádoucím a reálným stavem. Pokud takový nepoměr překročí sociálně přijatelné hranice, vytváří obtíže v životních činnostech významných sociálních skupin a pokud je rozpoznán širokými skupinami lidí jako závažná překážka jejich životního uplatnění, můžeme situaci označit za sociální problém. Včasnou intervencí v procesu zrání sociálního problému může dojít k jeho vyřešení bez větších sociálních či ekonomických ztrát. Řešení spočívají v sociálních reformách a změnách cílů a organizačních struktur a funkcí sociálních institucí.

Pokud se řešení sociálního problému stane veřejným zájmem, otevírá se prostor pro koncipování a uplatnění nové veřejné politiky.

Rozhodování ve veřejné politice je pořádáno řadou metod, které se snaží objektivizovat rozhodovací volby a usnadnit hledání vhodného řešení. Užívají se heuristické metody (strom problémů, strom cílů, SWOT analýza) a metody kvantitativní a kvazikvantitativní (teorie her, analýza nákladů a užiteků). V ideálním případě, ve společnosti založené na demokratických principech, se na rozhodování podílejí občané (obvykle zastupovaní politiky), úředníci a odborníci. Občané se mohou angažovat i skrze organizace občanského sektoru. Klíčovou úlohu při rozhodování hraje hodnotové zakotvení a kulturní rámce společnosti. Důležité je brát v potaz i zájmy lidí, kteří se rozhodování nemohou přímo účastnit (např. udržitelný způsob života pro generace další).

Implementace (uskutečňování) veřejné politiky zahrnuje všechny aktivity, které souvisejí s realizací cílů, které byly zformovány v rámci jejího koncipování. V této fázi se posuzuje normativní model veřejné politiky, z něhož je vhodné vyjít a následuje volba kombinace regulačních nástrojů (trh, správa, občanský sektor), posouzení doby vhodné k realizaci politiky a možných reakcí veřejných mínění. Je důležité zmínit, že společenský vývoj není lehce ovlivnitelný, budoucí vývoj se nelehko předvídá a politická opatření disponují značnou setrvačností v odhadu doby, kdy opravdu začnou „fungovat“. Hovoří se o tzv. implementační nedostatečnosti.

Hodnocení veřejné politiky je poslední fází, kde se hodnotí, nakolik se naplnily předpokládané cíle, kolik zdrojů bylo vynaloženo ve srovnání s dosaženými cíli a jaké problémy se v průběhu realizace vyskytly. Metody používané v této fázi jsou

například benchmarking tj. srovnání politiky s nejlepším případem anebo analýza nákladů a přínosů. Hodnocení politiky může skončit konstatováním, že sociální problém je vyřešen anebo že přetrvává a v tom případě je třeba koncipovat novou politiku.

Jak ukazuje analýza politiky duševního zdraví provedená ve druhé kapitole, nachází se politika duševního zdraví zhruba ve třetí fázi. Jistou formou hodnocení jsou statistická data, ta však nejsou evidována v dostatečné míře. Nutno také poznamenat, že současná situace neodpovídá moderním trendům a aktivity směřující k její inovaci jsou v oblasti státní sféry minimální. Aktivity, které odpovídají novým poznatkům o duševních chorobách, se dějí především v oblasti neziskového sektoru. V systému péče o duševní zdraví fungují na úrovni státu psychiatrické léčebny a různé druhy poraden. Léčebny jsou zastaralé, nevyhovují kapacitně ani hygienicky současným normám, nepodporují začlenění nemocných zpět do společnosti. Zavádění a vyhodnocování standardů péče je na svém počátku. Ani legislativa není dostačující a jednoznačná. Péče postrádá dostatečné množství kvalifikovaného personálu (především psychoterapeutů) a nedbá dostatečně na sociální potřeby klientů. Není zajištěna spádovost služeb, primární péče a prevence není dostatečná.

V neziskovém sektoru je obecně zajištěna lepší komunitní péče o klienty a jejich sociální potřeby. Péče je pružnější a více diferenciovaná dle potřeb, není však kapacitně dostatečná. Na úrovni státu pak neexistuje jednotná strategie politiky péče o duševní zdraví. Existuje dokument Koncepce psychiatrické péče, ten však neodpovídá současným evropským trendům. Podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a) je krokem k modernější péči o duševně nemocné, principiálně je však stále vychází z kořenů tzv. “klasického” systému psychiatrické péče. V koncepci psychiatrické péče má lékařská profese dominantní a značně kontrolující roli. Koncepce vidí systém péče stále roztržštěně. Síť je dělena na tři segmenty: ambulantní, semimurální a lůžkovou. Chybí přesný popis funkce sítě služeb a definice celkového principu, ze kterého služby vycházejí.

Závěrem bychom mohli shrnout, že současná politika péče o duševně nemocné a služby, které poskytuje, naplňuje čtyři body respektující tvorbu politiky, nikoliv však dostatečně a víceméně ve druhém a třetím bodě jen dosti sporadicky. Na úrovni státu neexistuje jednotná strategie. Pokud jde o ideové zakotvení, na úrovni

státu neodpovídá současným trendům deinstitucionalizace a přesunu části péče do péče v komunitě. Systém není dostatečně pružný a nabídka diferenciovaných služeb, odpovídajících měnícím se potřebám klienta je nedostatečná.

6 Výskyt duševních poruch u dospělých obyvatel České republiky

Pokud nazíráme duševní poruchy obyvatelstva České republiky z pohledu veřejné politiky, je užitečné vidět je v širších souvislostech. Díky nim vyvstanou problematické oblasti, kde je třeba zasáhnout ať už změnou legislativy, prevencí, vhodnou komunitní službou nebo veřejným programem. K tomu nám poslouží geografické charakteristiky a teorie socioekonomického statusu, které jsou v závěru této kapitoly dávány do souvislosti.

Statistiky použité v následující kapitole jsou čerpány z publikace Dagmar Dzúrové, která zkoumá duševní zdraví obyvatel z výše zmíněných pohledů. Z analyzované studie vyplývá že „stav duševního zdraví populace velmi citlivě reaguje na transformační, celospolečenské změny“ (Dzúrová, 2000, s. 56). V řadě zemí, kde proběhla ekonomická a sociální transformace společnosti, se prokázalo, že změny mají významný vliv na život člověka, na jeho duševní stav a pohodu. Současné společenské změny přinášejí české populaci řadu nových negativních fenoménů, jako jsou například:

- nepřipravenost zvládat nové stresové situace (náročnost v zaměstnání, podnikání s možností bankrotu, konkurence, rekvalifikace, nezaměstnanost)
- imigrace a bezdomovectví
- růst diferenciací životní úrovně a nový způsob života.

Zmíněné faktory představují nové typy životních zátěží a souvisejí se zvyšováním míry sociální patologie (nárůst kriminality, drogových závislostí aj.). To mohlo v posledním desetiletí vyvolat u velké části populace vyvolat narušení duševní pohody s možností vzniku duševní poruchy. Grafy znázorňující výskyt duševních poruch ve světě viz. příloha č. 10 a celoživotního výskytu duševních poruch v České republice viz. příloha č. 11.

6.1 Výskyt duševních poruch podle sociodemografických a geografických charakteristik

Sledované sociodemografické charakteristiky jsou pohlaví, věk, rodinný stav a vzdělání a zaměstnání. Jako geografické charakteristiky posloužili velikostní skupina obce a vzhledem ke stáří výzkumu, regiony. Rozhovorů se zúčastnilo 1534 respondentů, trvale žijících na území ČR ve věku 18-79 let.

Duševní poruchy byly zjištěny u téměř 27% osob zkoumaného souboru Z hlediska pohlaví, byl prokázán častější výskyt duševních poruch u žen než u mužů (30% a 24%). Nejčastějšími duševními poruchami byly (graficky viz. příloha č. 12):

- (1) neurotické, stresové a somatoformní poruchy (18%);
- (2) psychické poruchy způsobené užíváním návykových látek (13%) a
- (3) afektivní poruchy, především deprese (13%).

U žen byly zjištěny především neurotické a afektivní poruchy, u mužů závislosti na návykových látkách (alkohol, tabák). Zhruba u 10 % respondentů byl během života zaznamenán souběh poruch, častěji se vyskytujících u žen. Nejvýraznější komorbidita se vyskytovala u neurotických a afektivních poruch, tzn., že u respondentů trpících během života neurózou byla téměř 7krát vyšší pravděpodobnost, že onemocní depresí, než u respondentů bez neurózy. Co se týče věku, nadprůměrně vysoká míra incidence duševních onemocnění se vyskytovala u nejmladších sledovaných generací a její intenzita s věkem respondentů klesala. Nejdelší doba trvání byla zjištěna u neuróz, afektivní poruchy (především depresivní epizody) byly relativně krátkodobé.

Průměrný věk začátku duševních poruch se u mužů i u žen pohyboval kolem 25. roku věku. Nejdříve se v životě respondentů vyskytovaly neurotické poruchy, zejména u žen. Ženy měly také nižší věk začátku závislosti na alkoholu (zhruba ve 22 letech, muži až v 27 letech). Nejpozději se v životě respondentů objevovaly afektivní poruchy – u žen průměrně až po 35. roku věku.

U osob do 29 let, které dosáhly vyššího vzdělání, se projevila vyšší míra incidence než u osob s nižším vzděláním. Naopak ve věku nad 30let byla potvrzena

vyšší míra incidence u osob bez maturity (se školní docházkou maximálně 11 let). Lze předpokládat vliv životního stylu a lepší pracovní postavení kvalifikovaných osob.

Z hlediska velikostní skupiny obce byly jako celkově nejrizikovější vybrány obce s 20-50tisíci obyvateli. U žen měla velikost obce vztah k závislosti na návykových látkách (nejvyšší incidence ve velkoměstech a nejnižší v obcích do 2000 obyvatel) a k neurózám (nejvyšší ve velkoměstech). Celkově byla duševní porucha diagnostikována nejčastěji u žen žijících v Ostravě (50%) a v Praze (45%). Nejvíce duševních poruch měly rozvedené nebo ovdovělé osoby žijící ve velkých městech.

6.2 Aktuální problémy duševního zdraví

Dzúrová zařazuje mezi aktuální problémy duševního zdraví sebevražedné jednání v souvislosti s duševní poruchou a zdravotně rizikovou konzumací návykových látek (alkohol, tabák) (Dzúrová, 2000).

Výsledky šetření ukázaly, že téměř každá desátá žena během svého života uvažovala o ukončení svého života, necelých 5% žen mělo sebevražedné myšlenky a 2% z dotázaných mělo za sebou sebevražedný pokus. Pokud vezmeme v úvahu jen ženy s prokázanou diagnózou duševní poruchy během jejich života (tj. 234 žen ze souboru), dojdeme ke zjištění, že téměř 22% žen s diagnostikovanou duševní poruchou během svého života uvažovalo o smrti, 12% mělo sebevražedné myšlenky a téměř 6 % se pokusilo o sebevraždu. Muži deklarovali úvahy o smrti méně často.

Z podrobnější analýzy osob, které měly za sebou sebevražedný pokus, vyplývá, že ženy se pokusily o sebevraždu dvakrát častěji než muži. U obou pohlaví se jednalo zejména o mladé respondenty (40%), ve věkové skupině 18-29 let, s dosaženým středním vzděláním. Tyto výsledky se dle Dzúrové „shodují s obecně známými skutečnostmi o sebevražedných pokusech. Zajímavé je také, že se o sebevraždu pokusily spíše ženy žijící ve velkých městech (nad 100 000 obyvatel) a muži žijící převážně na venkově (obce do 2000 obyvatel)” (Dzúrová, 2000, s. 100). Z regionálního pohledu se jednalo o pražské ženy a muže z Ostravska.

U většiny sledovaných respondentů se sebevražedným pokusem byla souběžně diagnostikována deprese a neuróza. Alarmující je vysoký podíl osob s

diagnostikovanou afektivní poruchou, které měly za sebou sebevražedný pokus a nekonzultovaly své problémy s lékařem (43% mužů a 37% žen trpících depresemi).

Pokud jde o užívání psychoaktivních látek, bylo v souboru 1534 respondentů 92% konzumentů alkoholu a 8% (120 respondentů) celoživotních abstinentů. Z hlediska pohlaví byl poměr celoživotních abstinentů 3% mužů k 13 % žen. V posledním roce abstinovalo podle své výpovědi 30% respondentů (463 osob), z toho 15% mužů a 45% žen. Jako důsledek užívání alkoholu byla zjištěna psychická porucha u 3,3% respondentů. Zjištěná intenzita výskytu prokázaných závislostí je dle Dzúrové, vzhledem k českým zvyklostem ve spotřebě alkoholických nápojů nízká a lze ji považovat za podhodnocenou (Dzúrová, 2000).

Průměrný věk začátku konzumace alkoholu je dle výsledku šetření 22 let, přičemž nejčastěji začínali konzumovat alkoholické nápoje mladí lidé již v 18. roce života. Prokázal se i ověřený nepřímý vztah mezi vzděláním a spotřebou alkoholu u mužů. Muži s nejkratší školní docházkou (tj. základní vzdělání) vypijí v průměru dvakrát více alkoholu než muži s vysokoškolským vzděláním. U žen nebyl tento vztah potvrzen. Nejvyšší spotřebu udávají ženy v nejnižší a nejvyšší vzdělanostní kategorii. U žen je patrný přímý vztah mezi velikostní skupinou obce a spotřebou alkoholu. Ženy žijící ve velkých městech vypijí dvakrát více alkoholu než ženy z malého města či venkova. Mezi muži byl sledován opačný trend.

V šetření bylo zjištěno, že někdy v životě kouřilo 699 respondentů, což představuje 45,6% (mužů 55,9%; žen 35,6%). Duševní poruchy vyvolaná nadměrným užíváním tabáku byla zjištěna u necelých 20 % kuřáků. Průměrná denní spotřeba cigaret byla 19 cigaret (pro ženy 15, pro muže 21 cigaret denně; v období kdy respondenti kouřili nejvíce). Kouří především osoby s nižším vzděláním – se zvyšujícím se dosaženým vzděláním se snižuje podíl kuřáků u obou pohlaví.

Nadměrnou a zdraví škodlivou spotřebu alkoholu a tabáku je možno označit jako „syndrom východoevropské společnosti“. Lze konstatovat, že vývoj spotřeby alkoholu a tabáku řadí Českou republiku spíše k bývalým socialistickým zemím než k zemím Evropské Unie. Pokud jde o drogy, ČR se na základě řady studií přibližuje k západní Evropě.

6.3 Intenzita duševních poruch a komorbidita

V následující podkapitole se podíváme blíže na typy duševních poruch a jejich zastoupení v české populaci.

Duševní onemocnění – neurózy, afektivní poruchy

Výsledky studie provedené Dzúrovou potvrdily předpoklad, že „nejrozšířenější diagnózou duševního onemocnění jsou neurotické úzkostné poruchy“ (Dzúrová, 2000). Nejčastější zaznamenaná neurotická poruchou byla somatoformní bolestivá porucha (8% případů). Do skupiny neurotických poruch patří specifické fobie, které byly v celkové duševní nemocnosti také významně zastoupeny (8% případů). Depresivní epizody krátkodobého charakteru jsou též zastoupeny 8% případů.

Duševní poruchy vyvolané užíváním návykových látek

Šetření ukazuje, že podle druhu návykové látky bylo nejvíc psychických poruch způsobeno užíváním tabáku (téměř 9% případů). Přitom v souboru 1534 respondentů bylo téměř 46% kuřáků cigaret.

Psychické poruchy vyvolané užíváním tabáku jsou dvojího druhu: škodlivé užívání a syndrom závislosti. Duševní poruchy vyvolané škodlivým užíváním tabáku byly diagnostikovány u 11% kuřáků, u 8% byl zjištěn syndrom závislosti. Významné zastoupení psychických poruch vyvolaných užíváním tabáku lze dát do souvislosti s kuřáckými zvyklostmi naší společnosti. Kouření cigaret bylo a je v ČR velmi rozšířeným jevem.

Vzhledem k statisticky udávané konzumaci alkoholických nápojů v české populaci bylo studií ověřeno, že tato spotřeba dosahuje vysokých hodnot. Celoživotními abstinenty, je jen necelých 8 % respondentů, z celkového souboru. V souvislosti s užíváním alkoholu byla psychická porucha diagnostikována u 3,3% konzumentů alkoholu, z toho 2,5% škodlivé používání a u necelého 1% konzumentů syndrom závislosti. Autorka však upozorňuje, že zjištěná spotřeba alkoholu je vzhledem k českým zvyklostem nízká a lze ji považovat za podhodnocenou.

Psychické poruchy vyvolané užíváním drog byly zjištěny jen u 6 % respondentů. Vyšší výskyt rizikové konzumace drog se předpokládá především u mladé populace velkých měst.

Ostatní zjištěná duševní onemocnění

Podíl schizofrenních poruch (2,5% případů) zhruba odpovídá běžnému a očekávanému výskytu v populaci. Obecně je schizofrenie zastoupena v každé populaci cca 2% bez výrazných rozdílů v demografických či geografických charakteristikách.

Poslední sledovanou diagnostickou skupinou byly poruchy příjmu potravy. Podle odhadů se v ČR v souvislosti se změnou životního stylu nyní vyskytuje až 6% mladých žen a dívek, trpících poruchami příjmu potravy. Od roku 1993 do roku 1995 se podle statistik zdvojnásobil celkový počet hospitalizací pro tuto diagnózu (Dzúrová, 2000).

Celoživotní komorbidita

Určení celoživotní komorbidity je důležité pro pochopení rozložení duševních poruch v celé dospělé populaci. U 1126 respondentů (tj. 73,4%) nebylo diagnostikováno žádné duševní onemocnění. Minimálně jedna duševní porucha se vyskytovala u téměř 27% respondentů. Zhruba u 10% byl zaznamenán souběh duševních poruch, častěji se vyskytujících u žen.

Zajímavé je sledovat vztahy mezi výskytem jednotlivých duševních poruch. Výsledky šetření ukazují na obecně silné vztahy mezi afektivními a neurotickými poruchami, mezi alkoholismem a depresemi, mezi alkoholismem a závislosti na tabáku. Například výskyt problémů s alkoholem během života byl spojen s 5,9 krát vyšším rizikem vzniku afektivní poruchy v porovnání s respondenty bez problémů s alkoholem. Nejvýraznější komorbidita se projevuje u neurotických a afektivních poruch, tzn. že u respondentů trpících během života neurózou byla téměř 7krát vyšší pravděpodobnost že onemocní depresí, než u respondentů bez neurózy.

6.4 Socioekonomický status a duševní zdraví

Socioekonomický status je významným ukazatelem zdraví obyvatelstva. Ukazuje na sociální nerovnosti ve zdraví, a to v neprospěch osob s nižším postavením v sociální hierarchii (blíže viz. kapitola 5.9).

Vlastní výzkum v České republice provedli Kebza a Šolcová (Kebza, Šolcová, 2002). Předmětem zkoumání, byl vztah mezi subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a ukazateli SES (socioekonomického statusu).

Výsledky šetření ukázaly, že „hodnocený zdravotní stav se statisticky neliší podle pohlaví. Vysoce významně se liší podle úrovně vzdělání (s úrovní vzdělání roste tendence hodnotit svůj zdravotní stav příznivě), podle úrovně příjmu (příznivé hodnocení zdravotního stavu roste s příjmem) a podle věku (příznivé hodnocení zdravotního stavu klesá spolu s věkem)” (Kebza, Šolcová, 2002). Z výsledku výzkumu vyplývá, že v subjektivním hodnocení zdraví existují sociální nerovnosti, a to v tom smyslu, že osoby s nižší úrovní vzdělání a nižší úrovní příjmu uvádějí horší zdravotní stav než osoby s vyšší úrovní vzdělání a vyšším příjmem.

Stejně jako v ostatních členských státech EU, kde byl prováděn výzkum i v České republice platí, že postavení člověka ve společenské hierarchii a s tím související materiální, behaviorální a psychosociální faktory mohou být významnou determinantou jeho zdraví a zdrojem sociálně založených nerovností ve zdraví, a to v neprospěch osob s nižším postavením v sociální hierarchii. Socioekonomický gradient se promítá do ukazatelů nemocnosti a úmrtnosti ve všech vyspělých západních společnostech.

Zmíněné studie se staly jedním ze stěžejních témat Evropské komise (prostřednictvím její sekce pro podporu zdraví) a projekt „Tackling inequalities in health“ byl v letech 1999 – 2001 řešen ve všech členských státech EU, Islandu a Norsku a v posledním roce svého řešení též v některých kandidátských zemích EU (ČR, Estonsku, Maďarsku, Rumunsku a Slovinsku).

6.5 Sociální gradient a duševní zdraví

Stejná problematika diskutovaná v předchozí kapitole se skrývá pod označením sociální gradient. Marmont a Wilkinson, vyzdvihují roli veřejné politiky při formování sociálního prostředí, které napomáhá zlepšení zdraví (Marmont, Wilkinson, 2005).

Ve své publikaci definují devět oblastí, pro které v optice nových poznatků o nerovnostech ve zdraví způsobených sociální a ekonomickou nerovností hledají veřejně politická řešení. Asi polovina těchto oblastí spadá svou povahou do politiky duševního zdraví. Autoři vybírají celoživotní význam determinant v raném dětství, důsledky chudoby, užívání drog, pracovní podmínky, nezaměstnanost,

sociální oporu, dobrou výživu, dopravní politiku a stres.

Existuje individuální genetická náchylnost k onemocnění, to však není oblast, kde by veřejná politika mohla realizovat svá opatření. Četné studie potvrzují že „společné příčiny špatného zdravotního stavu, které ovlivňují populace jsou environmentální, přicházejí a fungují mnohem rychleji než pomalé tempo genetické změny, neboť reflektují změny ve způsobu života, jakým žijeme“ (Marmont, Wilkinson, 2005, s. 8). Ze stejného důvodu se dramaticky prodloužila střední délka života během současných generací a také z toho důvodu se v některých evropských zemích zlepšil zdravotní stav, zatímco v jiných nikoliv. Zdravotní rozdíly mezi různými skupinami se zvětšily nebo zmenšily podle toho, jak se měnily sociální a ekonomické podmínky. V průběhu 20. století došlo též k radikální proměně struktury nemocí. „Zatímco na počátku 20. století se umíralo v první řadě na nakažlivé nemoci, umírá se na začátku 21. století převážně na nemoci, které úzce souvisejí se způsobem života (životním stylem)“ (Křivohlavý, 2001, s. 20). V pozadí zhoršeného zdravotního stavu je možno vidět např. rizikové formy chování. Tato zjištění odkrývají prostor pro působení veřejné politiky.

Sociální gradient popisuje stav, kdy se s poklesem na sociálním žebříčku v jakékoliv společnosti zkracuje střední délka života, stejný stav je většinou doprovázen nemocí. Marmont a Wilkinson navrhují řešit problém sociálních a ekonomických determinant zdraví pomocí nástrojů zdravotní politiky. Chudé ekonomické a sociální podmínky ovlivňují zdraví po celý život. Lidé, kteří jsou níže na sociálním žebříčku, mají obvykle téměř dvojnásobné riziko závažného onemocnění a předčasného úmrtí než ti, kteří jsou na vrcholu sociální hierarchie. Tento efekt se neomezuje jen na chudé, sociální gradient zdraví dopadá na celou společnost, takže i mezi středostavovskými úředníky ti níže postavení trpí více nemocemi a umírají dříve než ti, kteří jsou výše postavení. Formy znevýhodnění nabývají různých forem jako například nedostatek rodinného majetku, nedostatečné vzdělání, nejisté zaměstnání, ohrožující povolání, život v rodině, která prochází náročnou životní situací nebo život za minimální peníze. Tyto nevýhody mají tendenci se koncentrovat u týchž jedinců a jejich účinky na zdraví v průběhu života se násobí. Čím déle lidé žijí v nejistých ekonomických a sociálních podmínkách, tím více trpí jejich psychická i fyzická stránka a šance na zdravé dožití stárí se snižují. Podle Marmonta a Wilkinsona by veřejná politika měla být schopna reagovat

nejvýznamnější determinanty zdravotního stavu obyvatelstva a spolu též na problémy sociální spravedlnosti. Sociální politika musí umět poskytnout nejen záchrannou síť, ale také odrazový můstek ke kompenzaci dřívějších znevýhodnění. Dobrý zdravotní stav zahrnuje snižování mezer ve vzdělání, snižování nejistoty a nezaměstnanosti a zlepšování standardu bydlení. Společnosti, které umožňují všem občanům hrát plnohodnotnou a užitečnou roli v sociálním, hospodářském a kulturním životě budou zdravější než ty, kde lidé musí čelit nejistotě, vyloučení a deprivaci.

Není cílem této práce definovat všechny oblasti, kde je třeba zasáhnout, ale vybereme jeden příklad týkající se duševního zdraví, kterým je stres. „Stresující podmínky, které lidi znepokojují, zvyšují jejich úzkost a vedou k pocitům nevyrovnanosti, poškozují zdraví a mohou způsobit předčasnou smrt“ (Marmont, Wilkinson, 2005, s. 15). Sociální a psychologické podmínky mohou způsobit dlouhodobý stres. Trvajících pocity úzkosti, nejistoty, nízkého sebevědomí, sociální izolace a nedostatku kontroly nad vlastní prací a soukromým životem mají mimořádně silné účinky na zdraví. Psychosociální faktory ovlivňují tělesné zdraví. Stresové reakce odčerpávají energii a zdroje mnoha fyziologickým procesům důležitým pro dlouhodobé udržování zdraví. Postihuje jak kardiovaskulární tak imunitní systém, stres dále zvyšuje riziko onemocnění infekčními chorobami a může vést k rozvoji deprese.

Ačkoliv lékaři umí průvodní projevy stresu léčit nasazením léků, Marmont a Wilkinson doporučují zaměření pozornosti na předcházení těmto situacím a omezení příčin chronického stresu (tzv. distresu) které je v možnostech politických opatření. (Vedle chronického stresu definuje Křivohlavý tzv. eustres který provází prožitky, které vyžadují určitou námahu, avšak v zásadě přináší pozitivní emoční prožitek např. výhra, svatba aj.). V zásadě se jedná o posílení primární prevence a nabídku sociálních programů zaměřených na psychosociální i materiální potřeby, které se stávají zdrojem úzkosti a nejistoty. Vlády by měly podporovat rodiny s malými dětmi, podporovat aktivity v komunitách, potírat sociální izolaci a vyloučení, snižovat materiální a finanční nejistotu a podporovat schopnosti vyrovnávat se s problémy v rámci vzdělávání a rehabilitace.

Zdá se, že z kombinace poznatků ekonomie, sociologie a psychologie s neurobiologií a medicínou vyplývá, že klíčové je porozumění interakci mezi

materiálním strádáním a jeho sociálním významem. Není to jednoduše tak, že chudé materiální podmínky jsou zdraví škodlivé; záleží také hodně na sociálním významu faktu, že jedinec je chudý, nezaměstnaný, sociálně vyloučený nebo jinak stigmatizovaný. „Jakožto sociální bytosti potřebujeme nejen dobré materiální podmínky, ale od raného dětství do pozdějšího věku potřebujeme cítit, že máme svou hodnotu a jiní si nás váží. Potřebujeme přátele, sociabilnější společenství, potřebujeme cítit, že jsme užiteční a potřebujeme uplatňovat významnou míru kontroly nad prací, která má smysl. Bez uspokojení těchto potřeb budeme náchylnější k depresi, užívání drog, úzkosti, hostilitě a pocitům beznaděje, což se vždy odráží ve fyzickém zdraví“ (Marmont, Wilkinson, 2005, s. 10).

7 Politika péče o duševní zdraví v České Republice

Péče o osoby duševně nemocné stála až do konce 2. světové války stranou hlavního proudu vývoje medicíny. Teprve od třicátých let minulého století se pozvolna integruje do všeobecné sítě zdravotních služeb. Od druhé poloviny devatenáctého století byl důraz v psychiatrické péči kladen na složku léčebnou, ošetrovací i zdravotnickou. Od padesátých let minulého století, začala psychiatrie opouštět uzavřené a izolované ústavy a postupně se stále více zařazovala mezi ostatní medicínské obory.

19. století definitivně zařadilo psychické poruchy definitivně mezi nemoci a péči o duševně nemocné do resortu péče zdravotní. Tím byl nastartován rychlý rozvoj specializovaných zařízení, psychiatrických léčeben. Zhruba od šedesátých let minulého století probíhá ve většině zemí revize tohoto klasického modelu. Moderní psychofarmaka zkracují nutný pobyt na lůžku a umožňují život pacientů i mimo ústavy v alternativních typech zařízení. Hledají se nová východiska péče o duševně nemocné. Ve společnosti byl odstartován proces transformace péče o duševně nemocné. Pomalu dochází k inovativnímu využívání stávajících zdrojů (budov, znalostí, personálu) a jejich doplňování novými prvky tak, aby mohl vzniknout kvalitativně nový celek.

Kritériem kvality péče nejsou pouze medicínské parametry (jak tomu bylo za vlády původního biomedicínského modelu). V současnosti se uplatňuje bio-psycho-sociální model, v pohledu na lidské nemoci. To znamená, že se přihlíží také ke schopnosti dostát sociální dimenzi lidských potřeb; lidským právům, svobodě rozhodování, kvalitě života, volnosti pohybu a dalším kritériím. Hledají se způsoby jak pomoci klientovi a ochránit společnost před jeho abnormálním chováním, s maximálním respektem k jeho lidským právům.

Podle J. Pfeiffera je „význam lidských práv, jako kritéria hodnocení kvality péče v zemích evropského společenství, jedním z pilířů při tvorbě plánů restrukturalizace služeb pro duševně nemocné pacienty“ (Pfeiffer, 1997). Zplnomocňování a emancipace psychiatrických pacientů, jako skupiny, která se má vyjadřovat ke kvalitě poskytované péče, je dalším významným faktorem, při formování tváře současné psychiatrie. Psychiatrická péče je postavena na roveň

jakékoliv jiné služby, kde zákazník určuje, co mu má být poskytováno a zároveň má možnost se ke kvalitě služeb vyjadřovat.

V sedmdesátých a osmdesátých letech působila WHO především v oblasti podpory rozvoje ambulantní a komunitní péče. Hlavním cílem bylo vytvořit alternativu péče, která byla běžně poskytována ve velkých psychiatrických zařízeních. WHO navrhla v roce 1973 (WHO Regional Office) první poznatky z modelů nové politiky péče o duševní zdraví. Služby mají být umístěny lokálně a mají mít jasně danou spádovou oblast. Musí být přístupné každému obyvateli dané spádové oblasti. Je nutné zajišťovat kontinuitu péče a zajistit informovanost veřejnosti o možnostech péče. Zvláštní pozornost je třeba věnovat chronickým pacientům a těm, kteří sami nejsou schopni vyhledat pomoc. Plánování sítě služeb je třeba přizpůsobit danému regionu a brát při něm v potaz i sociální a demografická specifika regionu. V plánech je důležité popisovat poslání služeb vzhledem k variabilitě potřeb klienta. Ve specializovaných komunitních týmech je potřeba multidisciplinárního přístupu a pěstování profesních vztahů nejen uvnitř týmů, ale i v oblasti meziúřadní spolupráce. Prioritou musí být výzkum a vzdělávání pracovníků. Je třeba vytvořit standardy kvality péče a systém jejich hodnocení.

Na obecné úrovni je při transformaci péče potřeba dbát na několik klíčových skutečností. Hlavním cílem transformace péče má být přechod z fragmentovaného systému na systém komprehensivní. Hlavní orientace systému spočívá na terapii a péči v komunitě. Realizace cílů by měla probíhat prostřednictvím akčního programu, v němž budou jasně vymezeny dílčí cíle. Mělo by být zajištěno, aby procesy změn systému směřovaly k systému komunitní péče. Hlavní ideje formující se politiky by měly být navrhovány a diskutovány účastníky všech relevantních skupin (klienty, poskytovateli péče, státem, těmi kdo systém financují...). Z hlediska finanční stránky je nutné zajistit, že finanční zdroje, ušetřené zaváděním nových metod práce, nebudou ze systému péče o duševně nemocné odváděny jinam. Proces restrukturalizace péče by měl být sledován a hodnocen relevantním výzkumem. Je nutná detailní analýza potřebných aktivit při restrukturalizaci systému a procesů, na regionálních úrovních. Je třeba zajistit adekvátní a stabilní financování a přizpůsobení služeb potřebám daného regionu.

7.1 Historie péče o duševně nemocné v České Republice

První zmínky péče o duševně nemocné se podle Dragomirecké datují kolem roku 1750 (Dragomirecká a kol, 2008). Josef II. Založil v Praze několik významných institucí, mezi které patřil Sirotčinec (1783); Chudobinec (1784); Ústav pro hluchoněmé (1786); Porodnice (1789) a Pražská všeobecná nemocnice (1790), v níž bylo oddělení s 57 lůžky určenými pro “blázny”. Nauka o duševních nemocech se přednášela na lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Prvním psychiatrem byl Jan Theobald Held který, podle francouzského vzoru (psychiatra Philippe Pinela), zastával princip trpělivosti a přívětivosti. Pacienti vykonávali pracovní terapii v zahradách nemocnice, vinicích a v dílnách. Účastnili se také odpočinkových aktivit v knihovně a hudební místnosti. Součástí léčby byla “lázeňská” terapie kde pacienti relaxovali, pomalu se procházeli a pili minerální vodu. Součástí léčby byla farmakoterapie. Do roku 1846 měla léčebna 500 lůžek.

Léčba duševně nemocných spočívala v teorii, že duševní i tělesné nemoci mají biologické kořeny a proto je nutné posilovat tělo a uklidňovat mysl pomocí lehkých diet, pitím čerstvé studené vody, procházkami na čerstvém vzduchu a studenými koupelemi. Změna prostředí, přívětivý přístup a pracovní aktivita také přispívají k léčbě. Farmakoterapie se zaměřuje spíše na somatické problémy jako syfilis nebo chudokrevnost ale existují léky na nespavost, melancholii (opiátové přípravky) nebo rozrušení (brom).

V letech 1860 – 1910 došlo k rozsáhlé výstavbě institucí pro duševně nemocné, z nichž mnoho funguje dodnes. Zařízení se stavěla daleko od měst v klidném prostředí. Přijetí do léčeben bylo nedobrovolné a pouze ředitel rozhodoval o přijetí pacienta, jeho léčbě a propuštění. O pacienty pečovali opatrovníci, kteří neměli být ničím víc než slepými pomocníky lékařů.

V roce 1886 byla na lékařské fakultě Univerzity Karlovy založena katedra psychiatrie. Ideově převládal somatický koncept původu duševních nemocí.

V období první republiky (1918 – 1938) je vybudován ústav pro duševně nemocné v Havlíčkově Brodě s kapacitou 1200 lůžek. Ve všeobecné nemocnici v Praze je založeno ambulantní psychiatrické oddělení a ústav v Opařanech je transformován na první dětskou léčebnu. „V letech 1919 – 1937 roste počet léčeben

pro duševně nemocné z 11 na 15 a počet lůžek z 9,347 na 15,101” (Dragomirecká a kol, 2008, s. 27). Počet psychiatrů roste o 40%. Od třicátých let devatenáctého století jsou aplikovány aktivní metody jako kardiazol a elektroinvolzivní terapie. Tyto metody „zvyšují léčebné účinky natolik, že téměř dvě třetiny pacientů mohou být z ústavní léčby propuštěny“ (Dragomirecká a kol., 2008, s. 27). Ovšem i přes tyto optimistické prognózy, v léčebnách stále přetrvává neomezená vazebná péče. K tradičně biomedicínsky orientované péči se začínají vyvíjet psychoterapeutické metody (především psychoanalytické), které jsou zatím velmi zřídka aplikovány v ústavní léčbě.

Během druhé světové války byly uzavřeny univerzity a mnoho psychiatrů emigrovalo nebo zemřelo v koncentračních táborech. Hitlerův plán na vyhlazení duševně nemocných zasáhl i území protektorátu. Kromě duševně nemocných byli do koncentračních táborů transportováni i židé a Romové. Ačkoliv většina dokumentů o transpotech byla zničena, existují záznamy o 229 pacientech ze Šternberka a 900 pacientech z Opavy, kteří byli deportováni a zabití.

Ústavy pro duševně nemocné fungují i za protektorátu i přes značné omezení zdrojů potřebných k jejich chodu. Po konci druhé světové války jsou znovuotevřeny katedry psychiatrie v Praze a Brně. Trvá velmi dlouhou dobu, opravit ústavy pro duševně nemocné, do plně funkčního stavu. V roce 1948 dosahoval počet psychiatrických lůžek pouze 71% stavu roku 1937 a počet lůžek na 10, 000 obyvatel klesl z 13, 9 na 11,3. Psychiatrie nebyla během válečných let prioritou a po válce byla situace komplikovaná politickou atmosférou. Obecně převládal názor, že ústavy pro duševně nemocné nebudou potřeba a proto investice do péče byly velmi malé a některé instituce (Opava, Havlíčkův Brod) byly přidruženy k všeobecným nemocnicím.

Po druhé světové válce nastává éra Sovětské okupace a čtyřiceti let komunismu. Zdravotní systém byl znárodněn a pacienti měli přístup jen do těch zdravotnických zařízení, která patřila do jejich spádové oblasti. Neexistovala svoboda volby. Zdravotní péče byla plně hrazena z daní a poskytována pacientům zdarma a bez doplatků. Pro poskytovatele zdravotní péče bylo ilegální získat příjem jinak než od státu a neexistovala ani instituce společného financování. Tento přístup ztěžoval péči lidem se speciálními potřebami (handicapovaní, staří lidé). Neexistovaly alternativy k medicínské péči. Případné neformální skupiny byly

považovány za ohrožení systému. Pacienti nebyli vedeni k odpovědnosti za své zdraví díky „kolektivní odpovědnosti“ a autonomie nebyla v totalitárním režimu vítána. Péče o duševně nemocné byla poskytována ve třech typech zařízení:

(1) ústavy pro duševně nemocné; (2) psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic; (3) ambulance. V České republice existovala dlouhá tradice ústavní léčby. Vývoj péče zkrátil průměrnou délku pobytu v léčbě na 213 dní v roce 1960. Přesto byly pobyty v léčebnách dlouhé částečně kvůli nemožnosti domácí péče z důvodu povinnosti pracovat. Rodiny tak musely spoléhat na ústavy, které budou zajišťovat alespoň základní péči a ubytování. Psychiatrické oddělení všeobecných nemocnic měla sloužit k akutním příhodám. Průměrná délka pobytu byla v roce 1960 celkem 34 dní což je podstatně kratší doba než v ústavech. Dochází k rozvoji akutní péče (nárůst lůžek v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic) a poklesu lůžek v ústavech. Psychiatrická ambulantní péče funguje též v rámci nemocnic. Spolu s poklesem psychiatrických lůžek prudce roste návštěvnost těchto ambulancí. V letech 1960 – 1989 nastal početný přesun pacientů do akutní krátkodobé péče a ambulantní péče. Rigidní systém však nebyl schopen vytvořit a zahrnout potřebnou sociální rehabilitaci do svých služeb. Existovalo málo terapeutických metod. Systém trpěl nedostatkem sociálních pracovníků, osobních asistentů a terapeutů školených v sociálních či pracovních činnostech.

Velký přesun z dlouhodobé péče ústavní do péče akutní a ambulantní byl způsoben pokroky na poli psychofarmakologie a nárůstem počtu lékařů v oblasti péče o duševní zdraví. Tento trend je jistě pozitivní, může však znamenat že medicínské aspekty v péči o duševní zdraví stále převažují nad aspekty psychosociálními. Celkově se systém péče o duševně nemocné v roce 1989 dá charakterizovat dostačující sítí tradičních ústavů a ambulancí s vysokou spotřebou péče.

Po roce 1989 se otevřelo široké pole možností pro psychosociální rehabilitaci. Pacienti, kteří díky moderní farmakologii, nemusí trávit život v ústavech a mohou navštěvovat ambulantní zařízení, potřebují často jiný životní režim než běžná populace. Proto je potřeba vyvinout takový systém služeb, který bude nabízet realizaci v oblasti práce, volného času a bydlení.

7.2 Charakteristika současného stavu

Podle Pfeiffera „nezajišťuje současný způsob poskytování péče dostatečnou lidskou důstojnost, ochranu a respekt práv osob se závažným duševním onemocněním a nevytváří dostatečné podmínky pro jejich integraci do společnosti” (Pfeiffer, 2004a, s. 6). Dochází k marginalizaci a sociální exkluzi duševně nemocných, dlouhodobým pobytem v lůžkových azylových zařízeních.

Pro stávající síť péče je charakteristické, že velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách. Tyto léčebny slouží v současné době jak pro akutní, tak pro následnou lůžkovou péči. Po celém světě jsou psychiatrické léčebny v současnosti označovány jako nevyhovující moderním pojetím péče o duševně nemocné. Srovnání počtů lůžek v léčebnách a jiných zařízeních v České republice, se čtyřiceti členskými státy EU viz. příloha 5.

Síť péče o duševně nemocné vykazuje řadu nedostatků. Mimonemocniční služby nemají přesně stanovenou spádovost (Pfeiffer, 2004a). Zřídka jsou definovány prioritní skupiny pacientů v rámci regionu či jednotlivé služby. Vstup do jednotlivých segmentů péče je bezbariérový a systém přijímání a předávání pacientů do jednotlivých služeb nezajišťuje dostatečnou kontinuitu péče. Tato diskontinuita panuje především mezi sektorem nemocniční a mimonemocniční péče. Dále je nejasné, kdo nese odpovědnost za koordinaci komplexní péče o konkrétního pacienta.

Monitoring služeb je v jednotlivých regionech zaměřen na kvantitativní ukazatel. Ukazatele kvality péče jsou podhodnoceny. Nesleduje se dostatečně, jak stávající služby pokrývají celkové potřeby duševně nemocných. Stávající služby nejsou schopny poskytovat adekvátní a kontinuální pomoc osobám s dlouhodobým duševním onemocněním.

Pfeiffer (Pfeiffer, 2004a) hodnotí stávající postoje znalosti a praktické dovednosti profesionálů péče o duševně nemocné jako takové, které udržují stereotypy “klasické psychiatrické péče” a neumožňují jejich zapojení do rozvoje nově koncipovaného, moderního způsobu poskytování péče.

Legislativní rámec pak nedostatečně vymezuje prostor pro tvorbu chybějících segmentů péče a jeho nedokonalost vytváří vzduchoprázdno v oblasti

ochrany práv duševně nemocných.

7.2.1 Srovnání politiky péče o duševně nemocné v České Republice s politikou WHO

Od roku 1995 probíhal v České Republice proces formulace politiky péče o duševně nemocné. V roce 2001 byl přijat odbornou radou MZ ČR dokument Koncepce oboru psychiatrie. Dokument odráží dobu svého vzniku. Podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a) je krokem k modernější péči o duševně nemocné, principiálně je však stále vychází z kořenů tzv. “klasického” systému psychiatrické péče. V koncepci psychiatrické péče má lékařská profese dominantní a značně kontrolující roli. Koncepce vidí systém péče stále roztržštěně. Síť je dělena na tři segmenty: ambulantní, semimurální a lůžkovou. Chybí přesný popis funkce sítě služeb a definice celkového principu ze kterého služby vycházejí.

Primární péče je zapojena pouze okrajově. Koncepce stále počítá s psychiatrickými léčebnami, jako významným článkem péče. Není zde definován dlouhodobější záměr jejich plné transformace. Ochrana a dodržování lidských práv je v celém dokumentu přítomna jen okrajově. Změny postavení pacientů jsou naznačeny. Chybí však popis jasného principu jejich zapojování do struktur řízení a rozhodování.

Proces péče o duševně nemocné je dlouhodobý proces postupných změn. Důležité je nastavit především kontinuitu služeb a péče v závislosti na proměně stavu klientů.

Pfeiffer srovnává Koncepti oboru psychiatrie s politikou WHO (Pfeiffer, 2003). Oproti koncepci WHO je v českém dokumentu malé zvýraznění významu primární péče v péči o duševně nemocné. Víceméně je ponechána stranou. Dalším rozdílem je rozdělení služeb. V Koncepti oboru psychiatrie je klasifikován nový typ služeb, ke službám nemocničním a klasickým ambulancím přibývá tzv. intermediární péče. Tento koncept v dokumentech WHO neexistuje. Služby jsou zde viděny jako komplementární síť v daném regionu a pokud se dělí, pak na služby v nemocnici a v komunitě. Logika popisu služeb v Koncepti oboru psychiatrie je založena na popisu zařízení, kdežto v materiálech WHO je popis služeb založen na popisu týmů

orientovaných na určité skupiny pacientů, problémů a potřeb. Azylová zařízení (psychiatrické léčebny) mají být podle dokumentů WHO plně nahrazovány jinými službami, které jsou více zasazeny v komunitě. Jde o služby rezidenční, oddělení všeobecných nemocnic a další. Tento princip je v koncepci zahrnut jen částečně a to nahrazováním části kapacit v psychiatrických léčebnách akutními psychiatrickými odděleními ve všeobecných nemocnicích. Koncepce oboru psychiatrie předpokládá částečnou existenci psychiatrických léčeben i v budoucnu. Jako jeden ze zásadních principů moderních služeb je v dokumentu WHO zmíněno zapojování samotných uživatelů a jejich rodinných příslušníků. Tento aspekt je v Koncepci zdůrazněn jen málo. V českém dokumentu není zmíněna nutnost transparentnosti celého systému.

Pfeiffer shrnuje, že koncepce oboru psychiatrie obsahuje velkou část principů, kterými je definována moderní péče o osoby s duševním onemocněním (Pfeiffer, 2003). Plány proměny stávající sítě služeb v podstatě odpovídají světovým trendům. Avšak celkový proces reformy sítě tak, jak probíhá v ekonomicky vyspělých zemích, není v koncepci vytyčen jasně. Proces deinstitucionalizace je v koncepci sice naznačen, ale zůstává na půli cesty. Stávajícím psychiatrickým léčebnám je i do budoucna ponechána role zařízení plnící funkci následné péče. V politice WHO je tato funkce nahrazena jinými typy zařízení, která jsou více zapojena do komunity i když mají charakter intenzivní rezidenční péče s 24hodinovou službou.

V dokumentech WHO je velká pozornost věnována primární péči. Primární péče má být posilována s ohledem na pomoc duševně nemocným lidem. V koncepci oboru psychiatrie je význam primární péče sice zmiňován, není mu však věnováno tolik pozornosti.

Klíčový moment zapojování pacientů a jejich rodinných příslušníků do plánování, řízení a kontroly systému péče je v Koncepci obsažen minimálně. Politika WHO jej považuje za jeden z nejdůležitějších bodů.

Současný stav péče je proti požadovanému ve značném nepoměru především z hlediska rozložení služeb a zdrojů. Většinová část kapacit je vázána v psychiatrických léčebnách. Tam je poskytována nejen péče akutní, ale i péče následná. Kapacita akutních psychiatrických lůžek ve všeobecných nemocnicích je nedostatečná a mimonemocniční – komunitní služby jsou v počátcích svého rozvoje. Postavení klienta ve službách se pozvolna proměňuje ve smyslu větší emancipace a

respektu práv, ale v systému péče o duševně nemocné stále existuje mnoho paternalistických, institucionálních rysů.

Stávající systém plánování, řízení a financování služeb aktivně nenapomáhá procesu změny. Některými rysy dokonce působí proti reformě, proti naplňování koncepce oboru psychiatrie. Podle Pfeiffera „finanční toky podporují existenci psychiatrických léčeben ve stávající podobě, jdou proti existenci psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích a nepodporují rozvoj alternativ institucionální péče” (Pfeiffer, 2003. s. 98). Služby jsou nekoordinované a neposkytují potřebnou kontinuitu. Odpovědnost za tvorbu a řízení služeb je roztržštěná.

7. 3 Aktéři v systému péče o duševně nemocné

Mezi subjekty, které ovlivňují péči o duševně nemocné, patří v současné době Parlament ČR, Úřad vlády České Republiky, Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Následují kraje a místní samospráva, zdravotní pojišťovny, poskytovatelské a profesní organizace a nestátní neziskové organizace a sami příjemci péče a jejich rodiny. Významnými aktéry jsou média a mezinárodní a nadnárodní organizace.

Parlament České Republiky

Ovlivňuje péči o duševní zdraví svou legislativní činností. V současnosti však není tomuto tématu věnována žádná zásadní pozornost.

Úřad vlády České Republiky

Rada vlády České Republiky pro lidská práva – Výbor pro lidská práva a biomedicínu – je jednou z osmi pracovních skupin Rady. Každý rok zveřejňuje zprávy o stavu lidských práv v ČR. Významná je i spolupráce s kanceláří Vládního zmocněnce pro lidská práva.

Ministerstvo zdravotnictví

Rámec péče ovlivňuje legislativní činností a cestou vyhlášek a doporučení. Pro oblast péče o duševně nemocné existuje dokument „Koncepce oboru psychiatrie“, který byl schválen vědeckou radou MZ v roce 2002. Nemá však právní platnost a dosud nejsou vytvořeny nástroje na jeho realizaci. Dalšími nástroji jsou finance, které rozdělují MZ ČR. Jde o grantovou politiku, která má však díky své výši jen slabý vliv na sledovanou oblast. Větší roli hrají investiční zdroje, které však z větší míry plynou do psychiatrických léčeben. Přímé řízení psychiatrických léčeben je dalším nástrojem a děje se skrze jmenování ředitelů těchto zařízení. MZ provádí také kontrolní činnost, která se v praxi týká vyřizováním konkrétních stížností a na kontrolu provádění a nařízení ochranných léčeb. V neposlední řadě vstupuje MZ do systému využíváním zdrojů zdravotního pojištění.

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Ovlivňuje rámec péče legislativní činností, dále pak cestou vyhlášek a doporučení. Pro oblast péče o duševně nemocné neexistuje žádný specifický dokument. Na půdě tohoto ministerstva vznikl dokument, který stanovuje standardy kvality sociálních služeb. MPSV ovlivňuje rámec péče grantovou politikou pro nestátní neziskové organizace. Tyto zdroje doposud tvořily podstatnou část financování většiny komunitních služeb. Tvorba inovativních služeb je ovlivněna rozhodnutím, komu a kam byly peníze přiděleny. Tento vliv je v současné době značně omezen, vzhledem k přechodu této funkce na kraje.

Kraje

Kompetence krajů se postupně vytváří. Jejich vztah k rámci péče o duševně nemocné je v současné době nelehké definovat. Závisí na místních podmínkách. Postupně vznikají krajské plány sítě zdravotních a sociálních služeb a takzvané komunitní plánování. Tyto plány pravděpodobně budou významným nástrojem pro realizaci péče o výše zmíněnou cílovou skupinu. Vliv krajů je uplatňován formou rozdělování finančních zdrojů. Významná je část financování nestátních neziskových organizací, která na kraje přešla.

Zdravotní pojišťovny

Hlavní a velmi významná role zdravotních pojišťoven, především VZP spočívá v Dohodovacím řízení, kde se rozhoduje o výši úhrad za zdravotní péči.

Odborné společnosti

Ovlivňují péči o duševní zdraví jako odborné konzultační orgány MZ ČR. Podílí se na tvorbě odborných standardů a etických norem. Udělují též licence lékařům a ovlivňují obsah vzdělání.

Poskytovatelské organizace

Prostřednictvím svých organizací se snaží ovlivnit tok financí ve svůj prospěch. Mohou se podílet na určování charakteru a kvality péče. Tuto možnost však nevyužívají dostatečně. V Dohodovacím řízení se podílí na diskusi o tvorbě sazebníků. Vliv poskytovatelů na charakter poskytované péče je značný.

Kancelář veřejného ochránce lidských práv

Zabývá se řešením konkrétních případů a stížností. S ohledem na připravované legislativní změny bude moci provádět přímá šetření v psychiatrických zařízeních a v zařízeních sociální péče.

Nestátní neziskové organizace

Hrají velkou roli především v oblasti moderních trendů komunitní péče a s ní spojených služeb jako jsou chráněná zaměstnávání, chráněná bydlení, telefonické linky a výzkumné činnosti. Nejsou však dostatečně kapacitně.

Uživatelé a rodinní příslušníci

Svůj vliv mohou uplatňovat individuálně či skupinově. Důležitá je především znalost práv. Tento proces je stále ve fázi rozvoje. Hlavním problémem je nedostatečná emancipace skupin a neexistující jasná pravidla pro jejich zapojení do rozhodovacích procesů. Další přitěžující okolností je stigmatizace duševně nemocných a jejich rodinných příslušníků.

Média

Hrají velkou roli v ovlivňování veřejného mínění. V oblasti duševního zdraví existují zatím pilotní projekty Týdny pro duševní zdraví (v roce 2007) o jejichž konání a průběhu média informovala. Významným médiem současnosti je internet. Například v rámci projektu „Stop stigma“ běží internetové poradenství a informační stránky.

Mezinárodní organizace a nadnárodní instituce

Evropská unie (mezinárodní organizace) je hlavním iniciátorem změn v politice duševního zdraví. Publikuje dokumenty (Green Paper) které obsahují návrhy potřebných změn. Světová zdravotnická organizace shromažďuje a zveřejňuje statistické ukazatele a výzkumy týkající se duševních a jiných nemocí.

Aktéry, z hlediska jejich zájmu na politice duševního zdraví zaměřené na deinstitutionalizaci, postojů k politice a jejich moci podílet se na realizaci politiky uvádíme v tabulce č. 3. Tato analýza aktérů odpovídá schématu Veselého (Veselý, 2006). „Zájem“ znamená míru, do jaké se navrhovaná politika či program daného aktéra dotkne. Od aktérů, kteří budou ovlivněni danou politikou, se také očekává nejvyšší zájem. „Moc“, znamená vliv, který mají aktéři na prosazení politiky, tj. do jaké míry mohou ovlivnit (podpořit či blokovat) prosazovanou změnu. „Postoj“ znamená názor aktéra na zamýšlenou politiku, tj. do jaké míry s ní souhlasí či nesouhlasí. Škála je třibodová pro kategorii „zájem“ a „vliv“ (vysoký/ střední/ nízký) a dvoubodová pro kategorii „postoj“ (podporující/ nepodporující).

Tabulka 3: Tabulka aktérů, z hlediska jejich zájmu, postoje a moci v politice duševního zdraví zaměřené na deinstitucionalizaci

Aktéři	Zájem			Vliv			Postoj	
Parlament	N					V		N
Úřad vlády	N					V		N
MZV	N					V		N
MPSV	N					V		N
Kraje	N					V		N
ZP	N					V		N
Odborné společnosti		S			S		P	
Poskytovatelské organizace		S			S		P	
Veřejný ochránce lidských práv		S			S		P	
NNO			V	N			P	
Uživatelé a rodiny			V	N			P	
Média	N			N				N
Mezinárodní a nadnárodní instituce			V		S		P	

Zdroj: autorka

V závěru kapitoly se budeme zabývat stanovisky českých psychiatrů k možným reformám péče o duševně nemocné.

Na otázku proč se moderní psychiatrické trendy v psychosociální oblasti prosazují v České republice tak pomalu, odpovídá studie agentury STENMARK a Centra pro rozvoj a péče o duševní zdraví, která se zabývala implementací koncepce

psychiatrie z pohledu ambulantních služeb. „Přesto že existuje řada oprávněných výhrad k nastavení systému zdravotní péče a úhrad v ČR, odhalila studie, že hlavní překážkou rychlejšího postupu zavádění nové koncepce jsou samotní psychiatři“ (Bašný, 2005, s. 349). Překážka je především v tom, že koncepci neznají a to přesto že koncepce byla schválena v roce 2002 vědeckou radou MZ ČR. Kromě neznalosti koncepce ji mohou brzdit obavy těch, kteří v ní cítí ohrožení dosavadních pozic v systému. Studie dále odhaluje, že moderní prvky směřující k vyšší samostatnosti a sebedůvěře pacientů aktivně podporují a prosazují uvnitř psychiatrické obce spíše jen osvícení a nadšení jedinci. Většina ostatních změny pasivně chápe a přijímá do okamžiku, kdy začnou představovat komplikaci či zátěž. Mnoho psychiatrů přispívá k otevřenější komunikaci až na základě tlaku ze strany pacientů. Informovanost pacientů vystihuje věta: Ať se pacienti lépe informují a pak s nimi budeme lépe komunikovat. Zapojování rodiny a příbuzných do léčebného procesu je pro mnoho psychiatrů nepřijatelnou komplikací a polovina psychiatrů se domnívá, že pacient není schopen hodnotit kvalitu poskytované péče, a proto není v psychiatrii možné využít k hodnocení kvality spokojenosti pacientů. Bašný se domnívá, že „koncepci psychiatrie nelze realizovat bez psychiatrů a ti ji nemohou realizovat bez její znalosti, nebo proti své vůli“ (Bašný, 2005, s. 348).

Závěry studie potvrzují například názory nedávno odvolaného (květen 2008) ředitele psychiatrické léčebny Bohnice Ivana Davida. V článku pod názvem „Koncepce je jen na papíře, ale psychiatrii přesto škodí“ kritizuje stanovení chybných cílů koncepce a praktických kroků. Celý text je hodnocen negativně. David tvrdí, že „v psychiatrických léčebnách nejsou pacienti, kteří nepotřebují lůžkovou péči“ (David, 2007a, s. B6). S tvrzením, že „psychiatrie je velký obor a lůžkovou péči nelze dobře poskytovat po domácku“ (David, 2007a, B6) lze do jisté míry souhlasit ale názor, že „malé oddělení nemá – ani nemůže mít – spektrum terapeutů ani specializovaný psychoterapeutický program“ (David, 2007a, B6) může vyvrátit nejen praxe některých neziskových organizací (Magdalena o.p.s., Fokus) ale ukazuje opozici názorů vůči převládajícím trendům v Evropě i koncepci psychiatrie. V jiném článku hodnotí David snahu věnovat se resocializaci a aktivizaci nemocných v ambulantních podmínkách v „komunitních centrech“ jako nanejvýš záslužnou avšak představu, že by taková centra mohla nahradit nebo ve významném procentu předcházet léčbu v léčebnách považuje za neznalost patogeneze duševních poruch

(David, 2007b). Je zajímavé, že nepřipouští ani prozatím částečnou formu deinstitucionalizace, o které hovoří například Thornicroft v tzv. vyváženém modelu péče, která je nejvíce v souladu se současnou situací a může být předfází dalšího vývoje směrem ke komunitní péči. David se v předešlém článku také zmiňuje o chronických pacientech, které už není kam předat. Nad faktem, že pokud se systém změní a poskytne pacientům resocializace v komunitě, a tím omezí chronicitu a ztrátu sociálních a i základních dovedností a kompetencí, nebere v textu vůbec v úvahu. V článku argumentuje ekonomickými faktory, kdy dospívá k závěru, že „deinstitucionalizace nepřinese úsporu“ (David, 2007b, s. A16). Hodnoty jako kvalita života či lidská práva nechává v této diskusi mimo zřetel. Ke změnám v systému péče je samozřejmě zapotřebí financí ale úkolem by však mělo být hledání možnosti jak zdroje najít a jak péči a náklady únosně optimalizovat. David však zastává názor, že „nerealistická koncepce představuje spolehlivé alibi. Na něco tak pochybného a špatně definovaného není třeba dát ani korunu“ (David, 2007a, s. B6).

Překážky v psychiatrii vidí i Libiger, který hodnotí její vývoj v České republice za posledních patnáct let. Podle něj chybí oboru hlavně odbornost pracovníků. Pracuje zde málo zdravotníků s ošetrovatelskou kvalifikací, sociálních pracovníků, terapeutů a osobních asistentů. „Týmy, ve kterých se specializovaní pracovníci věnují kognitivní, sociální a pracovní rehabilitaci, práci s rodinou, administrativě a koordinaci úsilí o změnu na všech úrovních pacientovy existence jsou ojedinělé, nebo zcela chybí“ (Libiger, 2005, s. 73).

Ze současné situace je jasné, že na úrovni státních a soukromých organizací se v oblasti psychiatrické péče zásadní změny nedějí. Většina aktivit zaměřených a inspirovaných evropskými trendy se děje na půdě nestátních neziskových organizací. Ty se zabývají různými aktivitami od destigmatizace, například Česká asociace pro psychické zdraví program: Týden pro duševní zdraví (Bláznit je lidské) přes telefonické poradenství (Linka psychopomoci), právní poradenství a informační internetový portál (Stop stigma) až po nabídku komunitních typů bydlení (Magdalena o.p.s., Fokus o.s., BONA o.p.s.) pro psychotické klienty či klienty závislé na návykových látkách. Tyto organizace provozují též různé úrovně chráněných bydlení a chráněná zaměstnávání, různé druhy terapie (psychoterapie, pracovní terapie...) a nabízí osobní asistenci (Pohoda o.s.) i využití volného času. Informační centrum Vida, je určeno všem, kteří se chtějí o duševním zdraví a

nemoci něco dozvědět, samotným nemocným nebo jejich rodinám a přátelům. Centrum pro rozvoj a péči o duševní zdraví se kromě provozování internetového portálu zabývá výzkumnou činností v oblasti fungování služeb péče o duševně nemocné a celkově koncepční a metodickou prací na poli politiky péče o duševní zdraví. Nabízí vzdělávací programy a provozuje výše zmíněný informační portál Stop stigma.

7.4 Síť služeb pro duševně nemocné v České Republice

V roce 2006 byl v České republice přijat nový zákon č. 108/ 2006 o sociálních službách. Hlavní změna je zaměřena na postavení klienta. Klient nyní dostává peníze na potřebnou péči od státu přímo na ruku a sám se může rozhodnout, komu peníze dá. Může například zaplatit příbuznému, aby se o něj staral doma, anebo má možnost odejít do ústavu a podepsat s ním smlouvu o poskytovaných službách. Klienti jsou postaveni do role zákazníka, který si může vybrat, jaký druh péče mu nejlépe vyhovuje. V současnosti je problém v tom, že vybírat není z čeho. Zákon sice obsahuje popis široké škály zařízení avšak v praxi jich početně existuje jen málo. Naprostou většinu zařízení v zemi spravují obce a kraje a záleží především na nich, zda budou podporovat decentralizaci ústavů a nabídku služeb pro klienty zlepšit.

7.4.1 Lůžková péče

Kapacita lůžkových psychiatrických zařízení v České Republice je podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a) v současnosti 11. 591 lůžek. Z toho 10. 045 je umístěno v psychiatrických léčebnách. Pro duševně nemocné jsou dále k dispozici lůžka v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a v ústavech sociální péče. Hrubý odhad počtu lůžek v ústavech sociální péče činí asi 1. 000 až 1.500 lůžek (Pfeiffer, 2004)

(1) Psychiatrické léčebny

Počet lůžek v psychiatrických léčebnách byl v roce 1990 vyšší než 15. 000. Do roku 1995 bylo více než 3.500 lůžek uzavřeno. Tento trend se však zpomalil a pokračuje

redukcí lůžek jen v řádu několika desítek.

Nyní je v České Republice podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a) 11,04 psychiatrických lůžek na 10.000 obyvatel. Střední hodnota v zemích EU před rozšířením o nové členské státy je 8,7 lůžek. V zemích které mají nejrozvinutější systémy péče o duševní zdraví jsou počty méně než poloviční.

Pokud jde o geografické rozložení psychiatrických léčeben, neodpovídá trendům, které doporučuje Světová zdravotnická zpráva (World Health Report, 2001). Dokument zdůrazňuje potřebu malých zařízení s potřebným počtem lůžek spolu s dobrou vazbou na komunitu. V České Republice, má deset psychiatrických léčeben kapacitu vyšší než 600 lůžek a největší má dokonce 1.600 lůžek. Situaci komplikuje spádovost oblastí. Spádová oblast velkých léčeben je kolem jednoho milionu obyvatel a největší vzdálenost z okrajových částí je zhruba 200 kilometrů. Tento fakt výrazně komplikuje možnost kontaktu pacientů s jejich rodinami a blízkými.

Po formální stránce slouží psychiatrické léčebny jen pro následnou péči ale fakticky je kolem 30% jejich kapacity určeno k akutním příjmům. Všechny léčebny jsou podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004) umístěny v objektech starších 100 let. Ty ani po rekonstrukci nemohou splňovat podmínky pro ubytovací standard (v současnosti mají běžné ložnice více než 10 lůžek) ani hygienické normy.

V psychiatrických léčebnách pracuje 465 psychiatrů (jeden lékař na 21, 6 lůžek) a 1.530 zdravotních sester. Poskytovaná kvalita péče, personální obsazení a dodržování práv hospitalizovaných se různí. Délka hospitalizace není formálně omezena. Kapacita léčeben je využívána z 87% (Pfeiffer, 2004a) a průměrná hospitalizace činí 79 dní.

(2) Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic

Podle dat dostupných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS, 2002) existuje v České Republice celkem 27 psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic s počtem 1. 546 lůžek. Průměrná kapacita psychiatrického oddělení je 50 lůžek. V posledních letech se počet psychiatrických lůžek v psychiatrických odděleních mírně zvýšil. Průměrná délka hospitalizace je 24 dní.

Lůžka psychiatrických oddělení jsou užívána především pro krátkodobé a akutní hospitalizace. Doba pobytu je limitována systémem sestupné platby. V psychiatrických odděleních pracuje 143 psychiatrů (jeden psychiatr na 10, 81 lůžka).

(3) Ústavy sociální péče

Specializované ústavy pro osoby duševně nemocné existují v současnosti na území České Republiky tři. Jejich kapacita činí 800 lůžek. Chybí evidence počtů obyvatel ústavů sociální péče s psychiatrickou diagnózou. Kvalita těchto ústavů se různí a podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a) poskytují obecně tato zařízení spíše azylovou péčí bez programů, které by směřovaly k resocializaci a reintegraci obyvatel do komunity.

7.4.2 Ambulantní péče

(1) Všeobecný lékař

Bývá prvním, koho duševně nemocní navštíví. Bohužel však není do systému péče dostatečně zapojen a to především charakterem vzdělání.

(2) Ambulance psychiatrů, klinických psychologů

Počty psychiatrických ambulancí v posledních letech průběžně rostly. Počty ambulancí klinických psychologů v první polovině 90. let dramaticky klesly a teprve v posledních 5 letech dochází k jejich nárůstu.

V současnosti pracuje podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a) 625 psychiatrů, 440 klinických psychologů a 393 středních zdravotních pracovníků. Velká část psychiatrických ambulancí pracuje bez sestry. Charakter péče, je ovlivněn systémem úhrad za výkony, tudíž práce mimo ambulanci není vůbec provozována. Množství předepisovaných léků je finančně limitováno. Do psychiatrických ambulancí mohou pacienti docházet přímo a do ambulancí klinických psychologů na doporučení lékaře.

7.4.3 Intermediární péče

(1) Denní stacionáře

Ve zdravotnickém sektoru existuje 22 zařízení typu denních stacionářů. Slouží pro klienty, kteří potřebují intenzivnější a systematictější péči než jaká je poskytována v běžné ambulanci. Zařízení se liší cílovou skupinou klientů, typem terapeutických programů i personálním obsazením. V posledních třech letech stagnují počty denních

stacionářů a spektrum terapeutických programů se snižuje v důsledku finančních omezení ze strany pojišťoven.

(2) Krizová centra

Tato zařízení jsou spíše ojedinělá. Někde jsou součástí lůžkových zařízení a jinde fungují samostatně nebo jsou součástí sociálních služeb. Liší se podle charakteru poskytované péče.

Většina z nich (přibližně 10 center) poskytuje krátkodobou lůžkovou péči. V současnosti existují 4 týmy zajišťující krizové intervence i v místě bydliště klienta. Pod záštitou krizového centra se často prezentují i zařízení poskytující telefonickou pomoc, poradenství či denní programy.

(3) Komunitní sociorehabilitační zařízení

Přesná evidence prozatím neexistuje. Asociace komunitních služeb eviduje 18 neziskových organizací, které zajišťují služby pro duševně nemocné. Rozsah a spektrum služeb jsou rozdílné. V sedmi regionech jsou systémy služeb, které usilují o komplexní péči o klienta. Ty však nemají dostatečnou kapacitu. V dalších dvaceti regionech jsou spíše izolované prvky komunitních služeb pro duševně nemocné.

Protože spektrum komunitních služeb o duševně nemocné je široké, uvádíme pro ilustraci rozdělení a stručnou charakteristiku služeb a základní principy péče, podle Palečka (Paleček, 2002):

Byt na půli cesty

Byt na půli cesty je časově omezená služba klientům, kteří se ocitli v obtížných životních situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálního tréninku, zaměřeného na rozvoj psychosociálních dovedností a dalších schopností klienta. Cílem je postupné zapojování do samostatného běžného života. V bytě bydlí maximálně 3 osoby.

Centrum denních aktivit

Centra denních aktivit poskytuje klientům příležitost pro setkávání a vytváření sociálních kontaktů, emoční podporu, pomoc s řešením problémů a aktivační programy.

Denní stacionář

Denní stacionář je zdravotní služba poskytující skupinové i individuální terapeutické

programy pro pacienty docházející z domova.

Dům na půli cesty

Dům na půli cesty je časově omezená služba klientům, kteří se ocitli v obtížných životních situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálního tréninku, zaměřeného na rozvoj psychosociálních dovedností a dalších schopností klienta. Cílem je postupné zapojování do samostatného běžného života.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je rezidenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života. Poskytuje se na dobu neomezenou.

Chráněná dílna

Chráněná dílna představuje specifické pracoviště pro osoby, které mají ztíženou možnost – případně se vůbec nemohou - uplatnit na trhu práce. Poskytuje jim pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti.

Informační centrum uživatelů

Poskytování informací uživatelům psychiatrických služeb o službách pro duševně nemocné a lidi v kontaktu s duševní nemocí, svépomocných aktivitách, volnočasových aktivitách, pracovních příležitostech atd.

Pobyty

Vícedenní výjezdové akce klientů s terapeuty. Různé typy programů (od rekreace po strukturované pobyty).

Case management

Case management (případové vedení) je způsob péče ušitý na míru individuálním potřebám klienta, realizovaný prostřednictvím udělení odpovědnosti za posouzení klientovy situace a koordinace zdravotních, sociálních a dalších služeb jednomu pracovníkovi nebo týmu.

Krizová pomoc

Krizová pomoc je službou, která odpovídá na klientův prožitek vlastní životní situace, již vnímá jako neodkladnou a naléhavou a ve stavu nouze ji není schopen řešit vlastními silami a z vlastních zdrojů. Cílem je poskytnout klientovi bezpečí, podporu, naději a vedení, aby pocítil úlevu, aby se zvýšila jeho schopnost situaci zvládat a aby se vrátil na předkrizovou úroveň.

Osobní asistence

Cílem je pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by zvládl sám, kdyby neměl postižení. Poskytuje se bez omezení místa a času.

7.5 Legislativní zakotvení péče o duševně nemocné

7.5.1 Ústavní péče

Z hlediska dodržování lidských práv je ústavní péče jedním z nejrizikovějších prostředí. Pokud dochází k poskytování péče bez souhlasu pacienta, děje se tak většinou v ústavní péči. Existuje i možnost poskytovat péči ambulantní, tato forma by byla z hlediska symptomatiky duševních poruch využívána v případě nesouhlasu pacienta výjimečně.

Z hlediska ústavní péče, jsou v souvislosti uplatňování lidských práv, klíčová ustanovení, týkající se informovaného souhlasu, zástupného souhlasu a zdravotnické dokumentace.

Informovaný souhlas

V současnosti se klade velký důraz na upřednostňování individuálních zájmů před zájmy kolektivními. Informovaný souhlas vychází z principu autonomie jednotlivce a zdůrazňuje svobodu rozhodování o vlastních záležitostech, jako jsou například způsoby a formy volené péče. Vyjadřuje smluvní povahu mezi poskytovatelem péče a klientem. Podstatou je dohoda o druhu, rozsahu a podmínkách péče. Existuje i možnost, u jasně definovaných případů, kdy se lze bez konsensu obejít a poskytovat zdravotní péči bez souhlasu.

Pro provádění informovaného souhlasu v praxi je zásadní Úmluva o lidských právech a biomedicíně vyhlášená pod č. 96/2001 Sb.m.z., která byla ratifikována Parlamentem ČR jako úmluva o lidských právech a základních svobodách v čl. 10 Ústavy ČR.

Z této úmluvy vyplývají především požadavky na míru informovanosti osoby, která má souhlas vyslovit. Jakýkoliv zákrok při péči o zdraví je možné provést jen v případě, kdy s ním daná osoba poskytla informovaný a svobodný souhlas. Osoba musí být dopředu jasně informována o účelu a povaze zákroku a též o

jeho důsledcích a rizicích. Souhlas je možné kdykoliv odvolat. V úmluvě se hovoří též o tzv. zástupném souhlasu. Ten provádí zákonný zástupce, příslušný orgán, či instituce zmocněné zákonem, v případě, že dospělá osoba není schopna dát souhlas sama z důvodu duševního postižení. Ve článku 7 úmluvy je dále stanoveno, že osoba s vážnou duševní poruchou může být podrobena zákroku bez svého souhlasu pouze v případě, že bez takové léčby by došlo při vší pravděpodobnosti k závažnému poškození jejího zdraví. Celé ustanovení se vztahuje na situace, kdy osoba, jinak z hlediska práva způsobilá poskytnout souhlas s léčbou, není v dané době tohoto úkonu v důsledku duševního stavu schopna.

Zástupný souhlas

Zástupný souhlas uděluje či odpírá osoba zastupující pacienta. Uděluje jej jménem pacienta a s účinky pro jeho osobu. V problematice péče o duševní zdraví jde většinou o ty situace, kdy za osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, jakožto zákonný zástupce, souhlas projeví či odepře soudem stanovený opatrovník.

Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická zařízení mají povinnost vést dokumentaci o zdravotním stavu pacientů. Obsahové náležitosti jako rozsah údajů a úroveň prováděných zápisů jsou stanoveny výslovně § 67 b odst. 2,3 a 4 zákona o péči a zdraví lidu. Ustanovení se týkají především průkaznosti, čitelnosti a pravdivosti údajů. Upraveno je též oprávnění nahlížet pro dané skupiny osob (§ 67b odst. 10 a 11). Zdravotní pracovníci jsou oprávněni do dokumentace nahlížet jen v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Platná právní úprava o vedení zdravotnické dokumentace a zpracování osobních údajů v souvislosti s jejím vedením je obsažena v Úmluvě o ochraně lidských práv a biomedicíně, zákoně o péči o zdraví lidu a v zákoně o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.). Pokud nestanoví zákon o péči o zdraví lidu jinak, vztahuje se na vedení zdravotnické dokumentace zákon o ochraně osobních údajů.

7.5.2 Způsobilost k právním úkonům

Způsobilost fyzických osob k právním úkonům

Způsobilost k právním úkonům je možné definovat jako objektivním právem přiznanou schopnost vlastními projevy vůle nabývat práv a závazků.

Občanský zákoník v § 8 stanoví, že způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti v plném rozsahu vzniká zletilostí, tedy dovršením osmnáctého roku věku, nebo uzavřením manželství. Nezletilci mají způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku a to dle § 9 občanského zákoníku. Tyto schopnosti jsou posuzovány objektivně, tedy z hlediska schopností obvyklých u průměrného nezletilce určitého věku.

Institut zbavení (omezení) způsobilosti fyzické osoby k právním úkonům

Způsobilost může být omezena či odebrána jen rozhodnutím soudu. Zbavením či omezením způsobilosti však nedochází ke zbavení subjektivních práv a povinností osoby. Osoba zůstává nositelem práv například vlastníkem majetku, nájemcem v bytě či společníkem obchodních společností. Jak uvádí Pfeiffer (Pfeiffer, 2004a) je osoba i nadále oprávněna k výkonu svých práv i povinností, pokud tento výkon nespočívá v činění právního úkonu. Například osoba může, jako každý jiný vlastník, věc užívat a požívat, ale nesmí ji prodat či darovat. Nová práva a závazky nabývá přímo na základě zákona (například dědictví), nebo na základě rozhodnutí soudu, či prostřednictvím zákonného zástupce (opatrovníka), nebo osoby tímto opatrovníkem zmocněné.

Institut zbavení (omezení) způsobilosti patří mezi nejzávažnější zásahy do právních poměrů duševně nemocných. Ačkoliv v žádném mezinárodním lidsko-právním dokumentu ani v Listině není začleněno právo na způsobilost k právním úkonům mezi základní lidská práva, svou povahou jím je.

Opatrovnictví

Hmotně právní opatrovnictví je jedním z druhů zákonného a přímého zastoupení, které vzniká na základě rozhodnutí k tomu příslušnému soudu. Soudem ustanovený opatrovník (zástupce) činí vlastní právně relevantní projevy vůle přímo na účet

opatrovance (zastoupeného).

Hmotně právní opatrovnictví je třeba odlišovat od opatrovnictví procesního, které upravuje občanský soudní řád, kterého za účelem zajištění zastupování a účinné participace na řízení ustanovuje svým rozhodnutím soud. Procesní opatrovník není oprávněn nezávisle činit za opatrovance jakékoliv hmotněprávní úkony.

Hmotně právní opatrovnictví může mít několik modalit. Ve vztahu k problematice duševně nemocných připadá v úvahu především opatrovnictví z důvodu zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům. Osobě, která je omezena v právní způsobilosti má být neprodleně ustanoven opatrovník. Většinou se jedná o opatření dlouhodobé, trvající minimálně řadu měsíců většinou však řadu let popřípadě jde o opatření doživotní.

Dalším typem opatrovnictví, přicházejícím v úvahu s ohledem na duševně nemocné, je tzv. kolizní opatrovnictví. V tomto případě je hmotně právní opatrovník stanoven ad hoc. Je tzv. zvláštní zástupce, jehož úkolem je zastoupit opatrovance při úkonu, při kterém dochází, nebo by mohlo dojít ke střetu zájmů opatrovance a jeho "stálého" opatrovníka. Takové opatrovnictví nachází uplatnění především tam, kde funkci "stálého" opatrovníka vykonává někdo z blízkého okolí opatrovance, především rodinný příslušník.

Existují dva modely výkonu opatrovnictví. Model soudní a model exekutivní. Hlavním kritériem pro jejich rozlišení je vymezení rozsahu kompetencí a odpovědnosti za řádný výkon opatrovnictví. Z hlediska úrovně ochrany práv opatrovance může vypadat soudní model jako vhodnější. Avšak při nedostatečném personálním a materiálním zabezpečení může hraničit s formalismem, je těžkopádnější a opatření jsou činěna s často s nepřiměřeným prodlením. Také zachovává téměř absolutní kontrolu státu nad výkonem opatrovnictví na celém území. Model exekutivní je flexibilnější a operativnější v praxi však může vyloučit princip soudní ochrany práv. Důležitým prvkem k posouzení hrajícím roli v každém opatrovnickém systému je specializace osob pracovně aktivních v opatrovnických věcech a duševní nemoc, která přináší další specifika.

7.6 Kritická analýza současného stavu péče o duševně nemocné

Psychiatrické onemocnění a jeho průběh je proces, který se jen velmi těžko předpovídá. Velkou roli sehrávají podmínky a prostředí, ve kterém duševně nemocní žijí. Dalším určujícím momentem je dosažitelnost a obdržení adekvátní péče. Negativní dopady v kariéře klienta jsou často vnímány jako následky nemoci. Velmi často ale jde o následky péče. Jakým směrem se bude kariéra nemocného vyvíjet, nezáleží zdaleka jen na diagnóze, ale také na tom, co, kdo, jak a v jakém prostředí pro nemocného učiní.

Péče o duševně nemocné je záležitostí nejen zdravotní a sociální péče, ale i dalších rezortů. Systémové plánování služeb na úrovni krajů se teprve rozvíjí. Kraje jsou podle zákona zodpovědné za koncepci zdravotních a sociálních služeb. V celém systému péče o duševně nemocné panuje roztržštěnost v odpovědnosti za jeho řízení. Prakticky nikde neexistuje formální struktura pro koordinaci práce poskytovatelů různých druhů péče v daném regionu. Systém je komplikovaný a plný nejasností.

7.6.1 Kritická analýza nabídky služeb

Prostorové zabezpečení v současných psychiatrických léčebnách je nedostačující a neodpovídá podmínkám nutným k zabezpečení lidských práv. Problematická je velikost léčeben, která stále odpovídá kapacitě o stovkách lůžek. Ve velkých ložnicích je až dvacet lůžek, což neumožňuje vytvořit intimitu či soukromí nemocných. Hmotné podmínky v různých léčebnách se liší. Přesto že došlo k řadě přestaveb a renovací, stále existuje řada budov, které nevyhovují základním hygienickým podmínkám.

Režim v psychiatrických léčebnách v souvislosti s vysokou centralizací jen obtížně reaguje na různorodé potřeby a požadavky klientů. Systém jen nepružný a jeho reakci unifikované a nepřizpůsobivé individuálním potřebám nemocných. Pojmy, které stále charakterizují psychiatrické léčebny, jsou izolace a uzavřenost. Podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a, s. 28) se „z hlediska postavení samotných uživatelů jako hlavní znevýhodňující činitel jeví míra závislosti na poskytovateli péče a jeho službách. Z hlediska poskytovatelů a jejich zaměstnanců je problémem kontinuita praxe a jev označovaný jako tzv. provozní slepota.“

Nedostatek podpory v komunitě má velký vliv na osud nemocného. Komunitou se myslí rodina, jeho bezprostřední okolí i širší celospolečenský rámec. Pojem komunitní péče označuje způsob přístupu a hodnotový systém, kdy vztah mezi klienty a pečovateli je partnerský. V současnosti stále chybí péče a služby, které by naplnily všechny potřeby psychiatrického klienta. Mezi počátkem duševních problémů a hospitalizací je značný prostor, který není dostatečně vyplněn adekvátními službami. Krizovou pomoc zajišťují ambulantní psychiatři. Jejich kapacita je pro práci s krizí omezená a komunitním službám chybí výjezdové krizové týmy. Uživatel pak často čeká, až se přihodí něco závažného a bude důvod volat k zásahu sanitku či policii.

7.6.2 Kritická analýza způsobu řízení a kvality služeb

I v místech, kde je škála nabízených služeb pestřejší, jsou služby málo v kontaktu. Jejich aktéři někdy chápou své organizace jako konkurenční a nevnímají síť poskytovatelů jako celek kde spolupráce a koordinace přináší klientům víc než soupeření a ignorance. Mimo-nemocniční služby pak nemají stanovenou spádovost a ne vždy jsou definované prioritní skupiny pacientů v rámci regionu či jednotlivé služby. Vstup do segmentů péče je často bezbariérový a systém přijímání a předávání pacientů do jednotlivých služeb nezajišťuje dostatečnou kontinuitu péče. Diskontinuita panuje především v sektoru nemocniční a mimo-nemocniční péče. Stále není jasné, kdo a do jaké míry je zodpovědný za koordinaci komplexní péče o konkrétního pacienta.

Pfeiffer (Pfeiffer, 2004a) vidí problém kontroly kvality péče v nejasnosti a nedohodě o tom, co kvalitní péče o osoby s duševním onemocněním je, jaká jsou její kritéria a jak dosažení těchto kritérií hodnotit. Kontroly, které provádí MZ ČR, MPSV či kraje, často reagují na urgentní situaci až po zviditelnění problému ve sdělovacích prostředcích. Kontroly jsou pak často zaměřeny spíše na administrativní a funkční aspekty, než na péči samotnou. V celém systému péče o osoby s duševním onemocněním je jen minimum struktur pro zastupování a hájení zájmů klienta. Transparentní a objektivní systém posuzování stížností klientů v psychiatrických léčebnách neexistuje a zapojení klientů a jejich rodinných příslušníků do systému a

hodnocení kvality péče, je minimální.

7.6.3 Kritická analýza zakotvení lidských práv duševně nemocných v legislativním rámci České republiky

10. prosince 1984 byla Valným shromážděním spojených národů přijata a vyhlášena Všeobecná deklarace lidských práv. Dodržování lidských práv v oblasti péče o duševně nemocné je výzvou také pro země s vyspělým systémem péče. Evropské země postupně integrovaly některé principy lidských práv do legislativy péče o duševně nemocné, jiné ponechaly pouze součástí prohlášení, dokumentů nebo profesních etických kódů. Dodržování lidských práv by mělo být nejen základní osou systému péče, ale systém musí dodržování těchto práv zpětně kontrolovat.

Ústavní péče a lidská práva

Při ústavní formě péče o duševně nemocné stále zůstává problematická oblast lidských práv a základních svobod. Problematické jsou především čtyři oblasti: informovaný souhlas; zástupný souhlas; psychiatrická detence a zdravotnická dokumentace.

Informovaný souhlas nemá stanovenou obligatorní písemnou formu. Lze jej sdělit i ústně. Lze jej učinit výslovně či konkludentně (mlčky učiněný). Existuje též presumovaný (předpokládaný souhlas) s léčbou. „V případě konkludentního souhlasu jde o skutečně platný souhlas, kdy vůle pacienta souhlasit existovala a byla projevena (určitým jednáním), v případě presumovaného souhlasu platný souhlas nikdy neexistoval, a lze jen předpokládat, že kdyby měl dotyčný pacient možnost souhlasit, že by býval souhlasil” (Pfeiffer, 2004a, s. 29). Dále je třeba rozlišovat mezi poskytnutím souhlasu a ostatními modalitami tzn., že z absence nesouhlasu nelze bez dalšího dovodit existenci souhlasu.

Zástupný souhlas upravuje zákon o zdraví a péči lidu poměrně obecně a nedůsledně a nepamatuje na osoby omezené ve způsobilosti k právním úkonům.

Psychiatrická detence (omezení pohybu) není v českém právním řádu nijak výslovně upravena. Soud se při schvalování provedení a při povolování dalšího trvání psychiatrické detence k obsahu léčby nevyjadřuje. Základní a stále nevyřešenou otázkou je „zda je v rámci psychiatrické detence možné poskytovat

léčbu směřující k celkové nápravě zdravotního (duševního) stavu uživatele, nebo jen léčbu směřující k odstranění stavu, kdy uživatel ohrožuje sebe anebo své okolí, (resp. k odstranění bezprostředních příčin tohoto stavu) a zdali by po dosažení tohoto cíle mělo dojít k propuštění (tzn. došlo by k omezení nedobrovolné tzv. zaléčovací fáze)” (Pfeiffer, 2004a, s.30). Mimo právní rámec stále zůstává též regulace režimu v zařízeních vykonávajících psychiatrické detence. Není regulováno používání omezujících prostředků, není provedena jejich klasifikace, výčet povolených prostředků a postupů ve vazbě na vymezené situace, maximální povolené trvání použití těchto prostředků a možnost jejich opakovaného užití, obsah dokumentace a způsob kontroly. V právním řádu dále neexistuje úprava systematické vnější kontroly vykonávané subjekty stojící mimo zdravotnický systém. Neexistuje mechanismus automatického soudního přezkumu způsobu provádění léčby a dalších s tím souvisejících okolností jako jsou stanovování režimu vycházek, omezení možnosti nakládat s důchody atd.

Zdravotnická dokumentace je další nedořešenou otázkou. V současnosti platná úprava jednoznačně nezakotvuje nárok pacientů (či v případě úmrtí jejich pozůstalým) na přímý přístup k dokumentaci samotné (tj. k její listinné formě).

Zbavení (omezení) způsobilosti fyzických osob k právním úkonům

V současnosti není dostatečně zakotvena subsidiarita tohoto institutu. Podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a) dochází k nadužívání zbavování způsobilosti na rozdíl od jejího omezování. Zbavení svéprávnosti je nevhodně konstruováno. Po zbavení svéprávnosti má osoba nulovou možnost projevat relevantním způsobem svou vůli. Neexistuje povinná periodicita při přezkumu rozhodnutí o zbavení (omezení) způsobilosti.

V současnosti je institut zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům spíše formalizovaným postupem, kterým se ke zbavení (omezení) způsobilosti jednoduše dospěje. Měl by však být spíš procesem s otevřeným koncem, který vede k poznání skutečného stavu věci, na jehož základě by soud mohl rozhodnout. Hlavními důvody této formalizace jsou: nedostatečná úroveň právní pomoci poskytované osobě, o jejíž způsobilosti se v řízení jedná. Systém stanovení opatrovníků funguje tak, že opatrovníci jsou ustavováni z řad zaměstnanců soudu, který příslušnou věc projednává anebo je jako opatrovník stanoven příslušný městský

úřad. Taková situace je nevyhovující a opatrovníci vykonávají svou funkci čistě formálně. Je nabourána jejich nezávislost ve vztahu k soudu, který v konci rozhoduje.

Dalším problémem jsou nepřiměřeně široké možnosti soudu upustit od výsledku vyšetřovaného a od doručení rozhodnutí. V praxi se často stává, že vyšetřovaní se k soudu nepředvolávají a soudy nemají během řízení jediný osobní kontakt s vyšetřovaným. Soudci je pak vidí jen skrze optiku soudních znalců.

Kvalita znaleckých posudků z oboru psychiatrie není dostatečná. Pfeiffer uvádí, že „středobodem posudku jsou odborné psychiatrické závěry znalce, a ty mnohdy bývají obecné a vágní. Jakékoli hlubší úvahy o výhledu do budoucna často absentují, přestože pravděpodobnost určitého vývoje onemocnění v budoucnu (prognóza) je z hlediska zbavování způsobilosti k právním úkonům aspekt nejpodstatnější“ (Pfeiffer, 2004a, s. 31). Řada posudků pak vykazuje znaky rutiny.

Opatrovnictví

Také institut opatrovnictví provází určité sporné momenty. Kompetence opatrovníka jsou upraveny nedostatečně. Vlastně neexistuje žádné, vymezení předmětu činnosti opatrovníka ani určení standardů, jimiž by byl vázán. Neexistuje ani úprava kompetencí v nemajetkové sféře péče o opatrovance. Je jen na uvážení soudů, jakým způsobem vztahy s opatrovníky upraví. Není jednoznačně ustanovena povinnost opatrovníka dbát názorů a stanovisek opatrovance pokud to je objektivně možné.

Obvyklá je také nízká míra angažovanosti osob, které vykonávají funkci tzv. veřejných opatrovníků. Současná právní úprava neobsahuje pojistky typu stanovení maximálního počtu opatrovanců na jednoho veřejného opatrovníka. Praxe ukazuje, že „počet opatrovanců na jednoho zaměstnance může překročit hranici 150 osob“ (Pfeiffer, 2004a, s. 32). Za takových podmínek je systém nefunkční. Taková situace často vede k tomu, že opatrovanci s tzv. veřejným opatrovníkem často končí v ústavech sociální péče a to často bezdůvodně. Rozumné je uvažovat o 10 až 20 opatrovanci na jednoho opatrovníka.

Dostatečně není řešena ani úprava možných konfliktů zájmů opatrovance a opatrovníka. V současnosti jsou opatrovníky mnohdy ustavována zařízení poskytující ústavní péči, nebo dokonce zaměstnanci těchto zařízení. Takový postup je nepřijatelný z hlediska směřování rolí, které vylučuje efektivní kontrolu jak nad

způsobem výkonu funkce opatrovníka, tak nad kvalitou samotných služeb a péče.

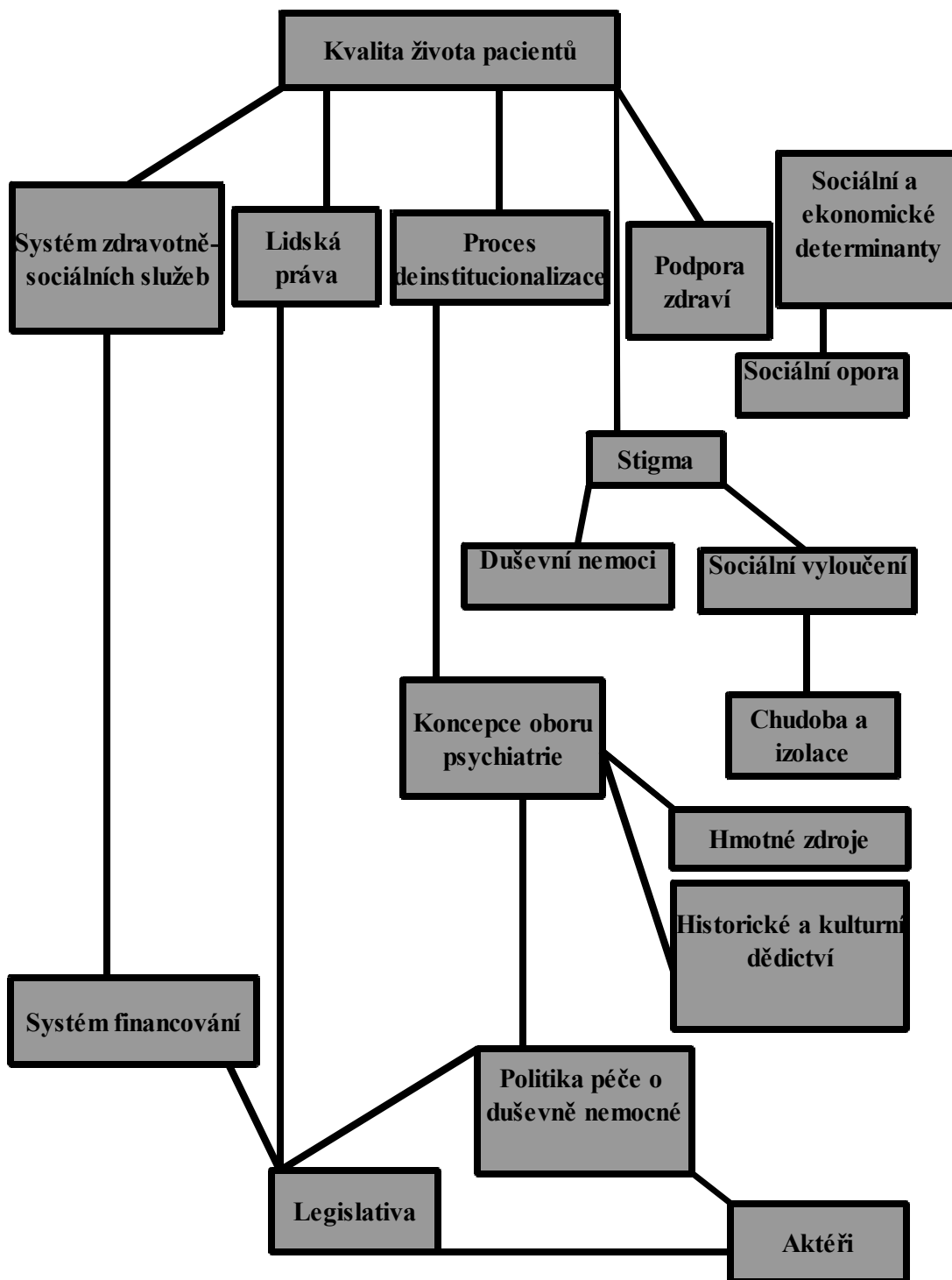
Dále není upraveno zaručení informovanosti opatrovance o jednáních opatrovníka. Například o zprávách pro soud a rozhodnutích samotného soudu. Pracovníci soudu také odmítají opatrovanci samostatně umožnit nahlédnout do soudního opatrovnického spisu.

V současném opatrovnickém systému také neexistuje vnější a nezávislá kontrola způsobu výkonu funkce. Úroveň právní pomoci opatrovanci, v té části řízení, v níž se rozhoduje o určení osoby, která bude opatrovníkem je nedostatečná. Chybí pravidelný kontakt opatrovnického soudce, opatrovance a opatrovníka, a povinnost zkoumat názory a stanoviska opatrovance na zvažovaná opatření. Běžnou praxí je také prodleva mezi zbavením (omezením) způsobilosti k právním úkonům a rozhodnutím, jímž je ustanoven opatrovník. Podle Pfeiffera (Pfeiffer, 2004a) není výjimkou prodlení trvající řadu měsíců. Ponechat osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům bez opatrovníka, znamená zavádět příčinu k nesprávným úředním postupům a zakládat tak odpovědnost státu za případné újmy které pro opatrovance vyplývají (např. při opožděné výplatě invalidních důchodů).

8 Návrh politiky péče o duševní zdraví v České Republice

Cílem návrhu politiky péče o duševní zdraví v České Republice je vytvoření takového systému péče o osoby s duševním onemocněním, který by následoval moderní trendy Evropské Unie. Hlavními charakteristikou, která zaštiťuje tyto trendy je podle Pfeiffera „maximální podpora práv osob s duševním onemocněním ve všech obdobích jejich života, respektive průběhu nemoci” (Pfeiffer, 2004a). Dalšími klíčovými body politiky jsou koncept kvality života a model systému služeb o duševně nemocné, který navrhuje Thornicroft (tzv. model vyvážené péče, blíže viz. kapitola 5.10). Strom problémů znázorňuje vztahy mezi jednotlivými složkami politiky péče o duševní zdraví, směrem k ústřednímu tématu, kterým je kvalita života pacientů.

Schéma č. 1: Strom problémů zaměřený na kvalitu života pacientů



8.1 Charakteristika cílové skupiny

Skupina osob, která je v největším riziku porušování lidských práv jsou osoby s duševním onemocněním, jehož průběh má dlouhodobý charakter a v jehož důsledku již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností nebo toto nebezpečí hrozí. U těchto osob může docházet ke stavům, kdy v důsledku nemoci nejsou schopny rozpoznávat důsledky svého jednání. Toto jednání nejsou schopny samy korigovat a často jim schází náhled na chorobnost svého stavu. Právě pacienti z této skupiny často nejsou schopni hájit svá práva a zájmy. Onemocnění těchto osob znamená navíc vysokou zátěž pro rodinu a nejbližší okolí.

Důležitým bodem v návrhu politiky duševního zdraví je hledisko kvality života. Knapp zdůrazňuje, že přesto, že koncept kvality života je obtížně definovatelný, je podstatnou součástí každého zdravotnického systému (Knapp, 2007). V jeho jádru leží podpora kvality života duševně nemocných a jejich rodin a nejbližšího okolí. Koncept je víceméně subjektivní a kulturně determinovaný. Též je těžko měřitelný ale přesto je většinou pochopitelné, co zahrnuje. Patří sem charakteristiky jako přístup k zaměstnání a k dalším sociálně významným zdrojům, odstraňování stigmatu a sociální inkluze. V podstatě jde o všechny kroky, které významně podporují kvalitu života nemocných s ohledem na jejich subjektivní stránku. To požaduje vysokou flexibilitu systému služeb ve schopnosti jejich přizpůsobení individuálním a v průběhu nemoci se měnícím potřebám.

Na mezinárodní úrovni Evropské unie se hovoří o souvislosti mezi deinstitucionalizací péče o duševně nemocné a sociální inkluzí. Podle Zelené knihy jsou duševně nemocní v rámci společnosti silně stigmatizováni (Green Paper, 2005). Stigma s sebou přináší řadu nežádoucích sociálních jevů, jako jsou například sociální vyloučení, chudoba, nezaměstnanost nebo zhoršené podmínky k bydlení. Boj proti stigmatu spočívá v posunu veřejného mínění, které je možné ovlivňovat například veřejnými autoritami, vládami států nebo veřejnými mediálními kampaněmi. Stejně tak lze stigma omezovat zapojením duševně nemocných do běžného společenského života, v rámci jejich možností. Příkladem může být jejich zaměstnávání. Podle Zelené knihy „podporuje deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné jejich sociální inkluzi (začlenění)“ (Green Paper, 2005, s. 11). Proto je důležité omezit péči

poskytovanou ve velkých psychiatrických léčebnách a zajistit její částečný přesunu do menších komunitních center a mobilních služeb. Celá strategie jde v ruku v ruce s procesem zplnomocňování klientů a jejich rodin, k výběru z nabízených služeb (tzv. “empowerment“). Stejnou strategii navrhuje i McDaid, který kromě zplnomocňování klientů zdůrazňuje zásadní roli rodiny a dalších sociálních prvků, při ovlivnění zdraví duševně nemocných (McDaid, 2005a). Upozorňuje, že zplnomocňování je závislé na spolupráci zdravotního, sociálního sektoru spolu s pracovními možnostmi a dalšími komunitními službami.

Život v komunitním prostředí navíc přináší oproti životu ve velkých léčebnách vyšší kvalitu života klientů, vyšší možnost rozhodování v běžných životních potřebách, mnohem nižší ztrátu sociálních dovedností, důslednější dodržování práv klientů a také nižší finanční náklady na provoz zařízení.

Na nejnižší úrovni souvisí sociální inkluze s teorií sociální opory (blíže viz. kapitola 5.7). Opora, které se jedinci dostává od druhých osob, skupin, či širší společnosti, může ovlivnit způsob, jakým se vyrovnává s náročnými situacemi. Sociální začlenění člověka do sociální struktury významně podporuje jeho psychickou pohodu a zdraví.

8.2 Charakteristika péče a principy uplatňované při jejím vytváření

Je potřeba, aby péče byla orientována na podporu duševního zdraví a prevenci. Včasné rozpoznání duševních onemocnění a včasné intervence mohou předcházet chronifikaci nemoci, respektive rozvoji kariéry „chronického pacienta“. Primární zdravotní péče, pedagogičtí pracovníci a pedagogicko-psychologické poradny mají důležitou roli v časném rozpoznání duševního onemocnění a včasném poskytnutí či napojení na potřebnou podporu a pomoc. Sekundární a terciární prevence jsou schopny výrazně snížit negativní průběh nemoci a její sociální dopady na nemocného. Jedná se o včasnou pomoc ve všech oblastech psychologických, sociálních a pracovních funkcí.

Péče by měla být poskytována v přirozeném prostředí. Je uspořádána tak, aby v rámci léčení docházelo co nejméně ke ztrátě kontaktu pacienta s jeho běžným životním prostředím, aby pomoc byla maximálně nasměrována na běžné životní

podmínky.

Poskytovaná péče musí mít kontinuální charakter, je realizován multidisciplinární přístup a princip případového vedení. Je nezbytná návaznost a koordinovanost různých typů pomoci a podpory, včetně spolupráce mezi intermediární, lůžkovou a ambulantní péčí, a péčí sociální a zdravotní.

U duševně nemocných s potřebou komplexní dlouhodobé péče zajišťuje péči současně několik služeb v rámci jednoho léčebně - rehabilitačního plánu. Koordinátorem práce s klientem je pracovník, který společně s nemocným a ve spolupráci s dalšími odborníky vytváří, reviduje a sleduje plnění tohoto plánu. Plán je tvořen individuálně podle potřeb daného klienta. Tento přístup se nazývá případové vedení (case management). Na základě plánu zprostředkovává kontakt nemocného s potřebnými službami. Jejich pracovníci jsou zapojeni v týmu tak, aby byla zajištěna jejich zastupitelnost a nepřetržitost péče. Funkci případového vedení může zastávat jakýkoliv odborník z oblasti služeb péče o osoby s duševním onemocněním. Může ji vykonávat výlučně či souběžně s poskytováním péče podle odbornosti či typu služby, kterou poskytuje. V oblasti péče o dlouhodobě duševně nemocné psychiatrie úzce spolupracuje s dalšími specialisty (lékaři primární péče, kliničtí psychologové, pracovníci psychoterapeutických a psychosomatických zařízení, pracovníci agentur domácí péče, apod.) a nejrůznějšími sociálními službami.

System péče je schopen aktivně vyhledávat nemocné, kteří nejsou schopni si sami zajistit adekvátní pomoc a kteří jsou v riziku zhoršení zdravotního stavu či výrazné sociální nouze a vhodně je motivovat ke spolupráci.

Nedílnou součástí péče je včasná, dlouhodobá práce s rodinou a její podpora. Péče musí být dostupná a to geograficky, psychologicky (psychologické bariéry), organizačně (délka čekání) a finančně.

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

Služby musí odpovídat regionům. Je zapotřebí jasně definován region, v

rámci něhož je zabezpečena komplexní služba. Každá služba má definovanou spádovou oblast, jsou zřejmé její priority, postupy a okruh klientů, kterým je určena. Je potřeba zaručit funkční síť spolupráce.

Lůžková a mimo-lůžková péče je v systému péče vyvážená. Lůžková péče je také součástí komunitního systému. Péče není centrována okolo lůžek, lůžka jsou suplementem k péči primárně se odehrávající v komunitě. Jsou však nadále důležitou součástí systému péče, je jasně definováno kdy je používat. Přejít z méně specializovaného segmentu, do segmentu více specializovaného je procedurálně ošetřeno tak, aby nedocházelo k nadužívání specializovaných služeb. Síť služeb není rigidním systémem. Obsah, forma a propojení jednotlivých služeb jsou schopny pružně reagovat na požadavky měnící se situace. Pro zajištění komplexnosti péče je nutné, aby v systému byla zastoupena široká škála znalostí a dovedností, respektive profesí. V multidisciplinárním týmu se jednotlivé profese rovnocenně podílí na vytváření léčebného plánu i jeho realizaci.

Pfeiffer navrhuje sedm základních principů, na nichž má být péče o duševně nemocné postavena (Pfeiffer, 2004b):

(1) Autonomie: osobní svoboda - nezávislost klienta. Podpora “zdravých” adaptivních mechanismů klienta i jeho okolí, spíše než pouhá orientace na kontrolu symptomů. **(2) Zapojování klientů a rodinných příslušníků:** princip na klienta orientované péče. Oblast plánování, řízení a vyhodnocování péče není jen oblastí odborníků. Klienti i jejich rodinní příslušníci jsou do různých fází a úrovní péče zapojováni aktivně. **(3) Účinnost:** jedná se o používání takových terapeutických a léčebných metod, které jsou v běžných podmínkách reálného života prokazatelně účinné. **(4) Všestrannost:** (vyváženost, komplexnost) kvantita a kvalita služeb odpovídá potřebám klientů. Jde o vyváženost dilematu méně služeb pro širokou škálu pacientů či hodně služeb pro užší skupinu. Jde o balancování mezi kvalitou a kvantitou. **(5) Spravedlnost:** Distribuce finančních prostředků má být transparentní, založená na základě jasně vymezených kritérií, která spravedlivě určí prioritní skupiny. **(6) Odpovědnost:** Odpovědnost systému vůči pacientovi a zároveň vůči společnosti. Nutnost nacházení jejich vzájemné vyváženosti. Důležitou složkou je důvěra a důvěryhodnost. **(7) Efektivní využívání zdrojů:** souvisí především s ekonomickou adekvátností, účinnou zpětnou vazbou a hodnocením účinnosti.

8.3 Modelace nákladů péče z pohledu různých zařízení

Jedním z argumentů, které nahrávají deinstitucionalizaci péče o duševně nemocné, je finanční stránka. Přesto však nechceme tvrdit, že pokud vybudujeme systém služeb zasazený v komunitní péči, psychiatrii ušetříme spoustu peněz. Hlavním cílem je zkvalitnit a zhumanizovat péči. „V Německu hodnotili, jak kvalitní je a kolik stojí péče o schizofrenní pacienty v přímých, nepřímých a celkových výdajích, a zjistili, že nejkvalitnější poskytovaná péče je také nejdražší“ (Raboch, 2003, s. 25). Jiná studie ukazuje, že spokojenost s komunitním typem psychiatrické péče je v evropských zemích pouze tam, kde se na psychiatrickou péči vynakládá dostatek prostředků (Holandsko, Dánsko, Švýcarsko, Německo) (Raboch, 2003). Spokojenost s komunitní péči ukazuje tabulka v příloze č. 7.

Pfeiffer modeluje náklady na péči o duševně nemocné v různých typech zařízení v podmínkách České Republiky (Pfeiffer, 2003). Přehledně je modelace měsíčních nákladů, u některých typů zařízení, uvedena v přílohách č. 8a, č. 8b a č. 9. Pfeiffer upozorňuje, že v modelech vychází v případě zdravotních nákladů vycházejí z objemu vykazovaných výkonů. Skutečné náklady nelze rozplést, protože v každém segmentu péče jsou úhrady za zdravotní péči vázány jak na vykazované výkony, tak na systém regulací zdravotních pojišťoven, do jehož výpočtu vstupují parametry, které nelze jednoduše namodelovat. Jde tedy spíše o odhad vzájemných relací mezi jednotlivými druhy péče v nákladech. Skutečné náklady budou pravděpodobně o něco nižší.

Z finanční analýzy vyplývá, že nejnákladnější léčba je v psychiatrických léčebnách. Náklady na léčbu v psychiatrických odděleních jsou zhruba dvoutřetinové vzhledem k léčebnám. Pobyt v ústavu sociální péče je levnější než v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Denní stacionář pak představuje asi třetinu nákladů léčebny. „Nejlevnější je léčba v resocializačních službách NNO a v běžné psychiatrické ambulanci (bez psychoterapie), kde náklady představují asi 2% nákladů v léčebně. Roční náklady na jednoho psychiatricky nemocného v resocializačních službách činí asi 33 tis Kč“ (Pfeiffer, 2003, s. 85).

Pokud jde o celkový podíl psychiatrické péče na celkových nákladech

zdravotní péče, pohybuje se kolem 3.6%. Takovým podílem nedosahuje Česká republika stavu ve většině evropských zemí, kde se podíl pohybuje kolem 5%. Finančně se jedná o částku 3.243 mld. Kč. Veškeré uvedené částky se vztahují k období roku 2001.

Struktura psychiatrické péče vypadá následovně. Hlavní část představují náklady psychiatrických léčeben (asi 1,8 mld.), náklady na psychiatrická oddělení nemocnic představují asi jen 0,333 mld. Kč. Náklady na specializovanou ambulantní péči představují 0,258 mld. Ošetrovací dny v denních stacionářích stojí 0,001 mld.

Resocializační služby, které provozují NNO, a které jsou dotovány MPSV, dosáhly v roce 2001 částky 0,042 mld. Celkové neinvestiční náklady NNO poskytující resocializační služby psychiatrickým klientům představovaly 87,8 mil Kč. Náklady v ústavech sociální péče specializované na dospělé psychiatrické pacienty v roce 2001 byly 94,6 mil. Kč. Odhad celkových nákladů na psychiatrickou péči ukazuje tabulka č. 4

Tabulka č. 4: Odhad celkových nákladů na psychiatrickou péči

	Obj. vyk. Péče (mld.Kč)	Odhad celkových nákladů (mld. Kč)
Ambulantní specialisté	0,309	0,42
Psych. odd. nemocnic	0,333	0,453
Psychiatrické léčebny	1,817	2,471
Lázně	0,019	0,026
Předeepsané léky + PZT	0,765	1,04
ÚSP	-	0,0946
NNO	-	0,0878
Celkem	-	4,5924

Zdroj: Pfeiffer, 2003

Pokud lze stručně shrnout pokus modelace nákladů ve čtyřech typech zdravotních služeb (psychiatrická ambulance, denní stacionář, psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická léčebna) v objemu vykazované péče po dobu jednoho měsíce, vypadá kalkulace následovně:

- nejnákladnější typ léčby představují psychiatrické léčebny
- náklady na léčbu na psychiatrických odděleních nemocnic jsou zhruba dvoutřetinové, oproti léčebnám
- denní stacionář představuje asi třetinu nákladů léčebny
- ambulantní psychiatrická léčba (bez psychoterapie) představuje cca 2% nákladů v léčebně

8.4 Model vyvážené péče o duševně nemocné

V této kapitole popíšeme model péče o duševně nemocné, založený na rovnováze mezi péčí institucionální a komunitní. Teoretickým vzorem modelu, je Thornicroftův „postupný model“ (stepped care model) který se skládá ze tří fází a odpovídá různému finančnímu, personálnímu a kapacitnímu vybavení zemí a regionů (blíže viz. kapitola 5.10). Pfeiffer zařazuje Českou republiku ke státu se střední kapacitou zdrojů. Podle Pfeiffera by „proces reformy měl být složen z kroků vedoucích k systému vyvážené lůžkové a mimo-lůžkové péče. Typ služeb by měl odpovídat složení optimálních služeb pro středně rozvinuté země a měl by sledovat linii k vysoce rozvinutým zemím“ (Pfeiffer, 2004a, s. 17). Model vývojových fází tvorby psychiatrických služeb viz. příloha 4.

Podle Thornicrofta „neexistuje spolehlivý argument ani vědecký důkaz, který by mluvil pouze pro podporu péče institucionální. Stejně tak neexistují důkazy, které by potvrdily, že komunitní péče sama o sobě může poskytnout uspokojivou a soběstačnou péči“ (Thornicroft, 2004). Světová zdravotnická organizace vybízí státy k přesunu části péče z institucí do komunitních typů péče. Hlavními důvody jsou lepší výstupy této péče v oblasti kvality života pacientů, dodržování lidských práv a nižší náklady na péči (McDaid, 2005b). V komunitních typech služeb existuje škála různých typů služeb odpovídajících různým potřebám klientům, souhra profesionálů v komunitních týmech a služby jako chráněné bydlení a práce.

Model péče je provázán obecnými principy, které jsou podrobně popsány v kapitole 7.2. Je řazen chronologicky do několika základních okruhů péče. Je však jasné, že některé služby (chráněné bydlení, svépomocné skupiny, podpora dobrovolníků aj.) se prolínají napříč celým systémem péče podle potřeby. To znamená, že každý okruh preferované péče, je libovolně doplňován potřebnou škálou dalších služeb.

Základním předpokladem celého systému je deinstitucionalizace psychiatrické péče. Jedná se o snižování lůžkové kapacity psychiatrických léčeben a systematické zavádění různých forem péče v mimo-nemocničních podmínkách, v komunitě. Obecnými kroky reformy jsou: kvalita života, humanizace (lidská práva), deinstitucionalizace a demokratizace.

Systém je tedy zaměřen na velké množství různých typů služeb, které jsou klientovi poskytovány dle jeho aktuálních potřeb. Systém musí být flexibilní a musí být schopen se přizpůsobit různým stádiím duševní nemoci. Od relativně normální schopnosti fungování klienta přes různě omezené možnosti a schopnosti pracovní a společenské, až k potřebě geriatrické či paliativní péče.

Klient si sám, podle své momentální potřeby, může vybrat různé typy služeb a kombinovat je dle svých možností. Systém je financován tak, že klient dostává peníze na nákup péče do vlastních rukou od státu. (Možnosti kombinací, uvedené v koncepci níže, jsou jen orientační). Všechny služby budou procházet monitoringem a hodnocením jejich kvality. Pro každou službu bude nutné vytvořit určité standardy. Hodnocení bude prováděno v závislosti na službě: klientem, terapeutickým týmem, rodinou.

8.4.1 Služby v resortu zdravotnictví

Primární zdravotní péče a diagnostika

Hlavním úkolem tohoto článku péče je správně a pokud možno včas diagnostikovat klientovo onemocnění. Pro další osud klienta je toto rozhodnutí velmi důležité, protože souvisí s výběrem typu (typů) péče, který bude potřebovat. Proto by i v lékaři v běžných lékařských zařízeních (ordinacích) měli umět rozpoznat, začínající příznaky duševních onemocnění (a to i psychosomatických) a měli by vědět, kam

dále takového pacienta orientovat. Lékaři by měli koordinovat potřebné kroky k udržení pacienta v jeho přirozeném životním prostředí, včetně sociálního a pracovního zařazení a udržovat přehled o průběhu léčení pacienta ve specializovaných službách.

Ambulantní psychiatr

Psychiatrická ambulance je často místem prvního kontaktu pacienta se systémem specializované péče. Provádí základní diagnostiku, farmakoterapii a základní nebo systematickou psychoterapii. Pracuje s klientem a případně s jeho rodinou. Dlouhodobě koordinuje péči o své pacienty. Zajišťuje zapojení dalších potřebných služeb systému péče služeb o duševně nemocné v péči o svého pacienta. Komunikuje se lékaři, kteří zajišťují primární péči klientů. Předává klienta dočasně či trvale do péče více specializovaných služeb či do léčby udržovací.

Klinický psycholog

Kliničtí psychologové provádí psychologickou diagnostiku a poskytují psychoterapii s cílem posílení schopnosti nemocného obstát v běžných životních podmínkách.

Denní stacionář

Jedná se o zařízení docházkového typu. Která poskytují terapii a další pomoc různým skupinám pacientů. Multidisciplinární tým zajišťuje péči či specializované programy pro pacienty, jejichž potřeba péče přesahuje rámec toho, co je možno zajistit psychiatrické ambulanci či v ordinaci klinického psychologa. Denní stacionáře poskytují specializovaný léčebně preventivní program jak v akutních fázích nemoci, tak ve fázi doléčovací či udržovací. Programem denního stacionáře je zejména poskytování ucelené péče, která se skládá z péče psychotherapeutické, psychofarmakologické a psychosociální rehabilitace, včetně intenzivní práce s rodinným prostředím pacienta. Péče denního stacionáře může být doplňující k základní péči ambulantního psychiatra, ale většinou se jedná o plné přebrání zodpovědnosti za komplexní péči o klienta. V takovém případě je tým denního stacionáře zodpovědný za zajišťování dalších potřebných služeb pro své pacienty.

Asertivní komunitní tým

Je multiprofesní tým specializovaný na poskytování komplexní a vysoce individualizované zdravotně sociální péče pro pacienty, kteří vypadávají z ostatních typů služeb a jsou ohroženi rizikem, že nedostanou žádnou potřebnou péči nebo budou dlouhodobě hospitalizováni. Jde o pacienty se závažným duševním onemocněním, opakovanými hospitalizacemi, nízkým náhledem na své onemocnění, nedodržíváním medikace s historií sebepoškozování či ohrožování okolí, s kombinací psychického onemocnění a závislosti na drogách či alkoholu. Snahou týmu je předcházet opakované hospitalizaci pacienta či je zkracovat na co nejkratší dobu. Tým spolupracuje se spádovým lůžkovým psychiatrickým zařízením. Práce týmu má převážně terénní charakter. Velkou část potřebné terapie poskytuje přímo ale zároveň se snaží zapojovat své pacienty do dalších, pro ně potřebných služeb. Dlouhodobým záměrem týmu je zvýšit motivaci pacientů a zlepšit jejich spolupráci s ostatními službami péče o duševně nemocné a předat jejich péči jiným, méně asertivním službám (denní stacionáře, ambulantní psychiatr).

Krizové služby

Jedná se o akutní a krátkodobou pomoc. Krizový komunitní tým je schopen pro svoji spádovou oblast zajišťovat krizovou službu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Poskytuje služby pro všechny věkové kategorie občanů. Mohou vznikat specializovaná krizová centra pro určité věkové kategorie (dospělí-děti). Krizový tým poskytuje službu jen po dobu nezbytně nutnou pro zvládnutí krize a zprostředkovává další následné potřebné služby. Patří sem čtyři základní typy služeb:

(1) Telefonická a emailová pomoc: Pacient může zůstat anonymní, jedná se o omezenou službu (například rada samotnému klientovi nebo jeho rodině, doporučení kontaktu). Možnosti terapeuticky či sociálně intervenovat jsou omezené.

(2) Krizové kontaktní centrum: Jedná se o lehce dostupný prostor, kam si klient dojde pro pomoc. Personál krizového centra poskytne klientovi informace a kontakty jak naložit s akutními problémy a doporučí mu další vhodnou službu ze systému služeb péče o duševně nemocné. **(3) Mobilní služba:** V tomto případě funguje mobilní multidisciplinární tým. Pomáhající osoba dojde do místa, kde je pomoci potřeba (i do domova potřebné osoby). Tato služba navíc umožňuje kontakt s bezprostředním okolím pacienta (jeho rodinným zázemím), což rozšiřuje zdroje informací a možnost intervencí. Jedním z cílů mobilních týmů je být u pacienta dříve

než policie a předejít eskalaci dramatických situací. **(4) Služba s možností přespání:** Základní charakteristikou této služby je oddělení pacienta od domácího prostředí v případě krize. Služba s možností přespání může být realizována formou samostatných krizových lůžkových center, případně jako akutní krizová lůžková centra psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici. Délka pobytu na oddělení by měla být jeden, maximálně dva týdny.

Domácí péče a domácí léčení

Rodinná péče, či domácí léčba je vhodná v případě, že rodinné vztahy jsou v pořádku a neohrožují klientovo zdraví. Pokud je rodina ochotna se o duševně nemocného člena starat je vhodné ji v tomto úsilí podporovat a to jak finančními dávkami, tak nabídkou pomocných služeb. Veškerá snaha je věnována tomu, aby pacienti fungovali v běžném domácím prostředí s minimálním pobytem na lůžkových zařízeních. Domácí péče je také určena lidem, kteří potřebují trénink ve svém bytě. Služba může být zavedena po hospitalizaci, čímž lze zkrátit dobu pobytu v lůžkovém zařízení. Hlavním vykonavatelem domácí péče jsou specializované psychiatrické a komunitní sestry. V základním týmu by měly být zajištěny i další potřebné profese (psychiatr, klinický psycholog, pečovatelky)

Lůžkové psychiatrické oddělení (psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice)

Hlavním úkolem lůžkového psychiatrického zařízení je krátkodobá hospitalizace. Péče je poskytována jen v případě, pokud průběh duševního onemocnění je natolik závažného a akutního charakteru, že dostupné mimo-nemocniční služby nejsou schopny poskytnout pacientovi dostatečnou terapii a podporu. Jedná se převážně o stavy, kdy pacient ohrožuje sebe či své okolí, nebo kdy diagnostika, nasazení nebo změna léčby vyžaduje intenzivní sledování a dohled. Lůžkové zařízení provádí potřebnou terapii po co nejkratší dobu. Komunikuje s profesionály, kteří se starají o pacienta v mimo-nemocniční péči. Personál by měl stabilizovat pacientův stav a navrhnout jemu, systém alternativ péče v dalších typech služeb tak, aby byly zajištěny všechny potřeby klienta a aby byla zajištěna kontinuita péče. Ani při největším úsilí zřejmě není možné nasměrovat veškerou péči do komunitních center. Psychiatrické kliniky by měly zůstat v systému péče jen v přiměřeném množství.

Následná zdravotní lůžková péče

Jde o lůžková zařízení, pro pacienty vyžadující dlouhodobou, značně invazivní terapii, rehabilitaci podporu 24 hodin denně a dohled zdravotnického personálu. Jde převážně o pacienty s dlouhodobou historií pobytu v psychiatrických léčebnách. Jedná se také o novou skupinu klientů, kteří přes veškerou podporu v komunitě nejsou schopni života v méně chráněných podmínkách. Podmínky a prostředí zařízení nemají azylový, ale domácí charakter s maximálním rehabilitačním potenciálem a využitím schopností pacientů zapojovat se do běžných každodenních činností, vlastní sebeobsluhy a chodu zařízení. Kapacita je limitována počtem klientů do 50 osob. Zařízení je vnitřně členěno na menší celky (domácnosti).

8.4.2 Nabídka služeb v resortu sociálních služeb

Centrum denních aktivit

Poskytuje celodenní strukturované i nestrukturované programy se zaměřením na podporu sociálního zázemí klientů, nácviku v oblasti každodenních praktických dovedností, pracovních dovedností a využití volného času. Podporuje aktivní zapojení klientů i do vlastního vedení zařízení. Kapacita max. 30 klientů denně s ohledem na velikost centra.

Programy podpory práce a zaměstnávání

Smyslem programů podpory práce a zaměstnávání je obnovení, zlepšení a udržení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. Dalším cílem těchto programů je posílení sebedůvěry a zlepšení zdravotního stavu klientů. Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám uživatelů, kteří jsou znevýhodněni na trhu práce takovým způsobem, že potřebují podporu přímo na pracovišti. Existují tři typy podporovaného zaměstnávání: **(1) Chráněná dílna:** je místo, kde je zaměstnáváno cca 15 osob se zkrácenou pracovní dobou a speciálním výrobním programem. Chráněné prostředí se snaží co nejvíc odrážet normální společenský život a podpora je omezena na nutné minimum. Klienti pracují dle svých možností a schopností 4-6 hodin. Se skupinou klientů pracují pracovní terapeuti. Občas do dílen dochází i další členové týmu (psychiatr, psycholog) kteří pracují s klienty na

rehabilitačních plánech ale hlavní díl podpory a koordinace práce má na starosti pracovní terapeut. Dílny jsou orientovány na různé výrobní programy (keramika, dřevěné hračky, zahradnictví aj.). Pobyt v chráněné dílně předpokládá trénink dovedností a případný pokus o přechod do zaměstnání v běžných podmínkách. **(2) Přechodné zaměstnávání:** Klienti jsou oproti chráněné dílně zaměstnání v běžných pracovních podmínkách, na běžných pracovních místech, která nejsou příliš kvalifikačně náročná a jsou vhodná pro pracovní rehabilitaci. Klienti jsou zaměstnání jen na přechodnou dobu, většinou na částečný pracovní úvazek (cca 15 – 20 hodin v týdnu). Klienti jsou v případě potřeby podporováni na pracovním místě a je zajištěn zástup (jiným klientem či terapeutem) v případě že do zaměstnání neodrazí. **(3) Chráněná místa v běžných pracovních podmínkách:** Tato místa jsou zabezpečena v chráněném podniku se samostatným provozem, kde většinu zaměstnanců tvoří klienti. V ideálním případě je provoz je zajišťován a podporován státem a je zapojen do běžného tržního prostředí.

Podpora bydlení

Skládá se ze systému různých typů bydlení, které se liší mírou podpory a tréninku ze strany odborného personálu. Poskytuje podmínky pro nácvik samostatného vedení domácnosti a umožňuje klientům s dlouhodobě či celoživotně omezenou mírou samostatnosti život mezi běžnou populací. Existují různé typy bydlení: komunitní bydlení, dlouhodobé chráněné bydlení, dům na půli cesty, byt na půli cesty, tréninkové bydlení, podporované bydlení. Blíže uvádíme logiku fungování komunitního a podporovaného bydlení. **(1) Komunitní bydlení:** jsou určena pro pacienty, u nichž se nepředpokládá výrazné zlepšení zdravotního stavu. Pokud se jejich stav zlepší natolik, že budou moci žít sami, mohou odejít z komunity do vyšších úrovní bydlení (bytů sdílených po dvou či třech spolubydlících či do bytů samostatných), avšak nemusí. Komunitní bydlení je důležitým článkem nahrazujícím psychiatrické léčebny pro klienty s dlouhodobým pobytem. Pokud se stav klienta nebude zlepšovat a bude stabilizovaný, klient může na komunitním bydlení zůstat žít dlouhodobě. Pokoje v komunitním bydlení mohou být společné či samostatné. V komunitním bydlení je 24 hodin přítomný terapeut či sociální pracovník. Jeho úkolem je zajišťovat praktický chod zařízení, pomáhat klientům při každodenních povinnostech, dohlížet na dodržování medikace klientů aj. Praktický chod bydlení

(úklid, nákup, vaření) zajišťují klienti sami s ohledem na jejich možnosti. Pracovní terapeut pouze dohlíží, případně pomáhá při plnění denních činností. Zároveň se na něj klienti mohou obrátit s jakýmkoliv problémem. Komunitní bydlení zajišťuje klientům základní sociální síť. Podporuje jejich aktivity, pracuje na rehabilitačních plánech klientů, přizpůsobuje se jejich potřebám, klienti jsou vedeni tak aby neztratili základní dovednosti v péči o sebe a své okolí (hygiena, úklid, vaření, jednání s úřady). Vše se děje s ohledem na stav klienta. Jednotlivé rehabilitační plány se přizpůsobují dle klientovy potřeby. Život v komunitě má stanovený základní řád, ke klientům je však přistupováno individuálně. Komunitní bydlení má k dispozici multiprofesní tým a spolupracuje s dalšími články systému péče o duševně nemocné (například psychiatrická lůžková zařízení, centrum volnočasových aktivit, dobrovolníci). **(2) Podporované bydlení:** vyžaduje vyšší úroveň samostatnosti klientů než bydlení v komunitě. Je též založeno na komunitních základech. Spočívá v tom, že klienti bydlí po dvou či třech ve společném bytě bez stále přítomnosti terapeuta. Kontakt s terapeutem, psychiatrem, lékařem a dalšími pracovníky je zachován, ale klient už sám dbá na dodržování jejich návštěv, na svou medikaci, odchod do zaměstnání, vaření a další běžné úkony. Jde o téměř samostatné bydlení, ovšem s podporou dalších spolubydlících a týmu. (Jsou povinné například týdenní návštěvy terapeuta, který monitoruje stav klientů, občas ověřuje, zda navštěvují svého psychiatra, dodržují medikaci aj.). V případě potřeby mohou klienti kontaktovat pomoc týmu případně se vrátit do komunitního bydlení nebo dalšího článku ze sítě péče o duševně nemocné. Tento typ bydlení může být opět doplněn chráněnou prací, denním stacionářem a dalšími službami. V obou typech bydlení mají klienti tolik kompetencí, kolik jich sami zvládnou. Sami se mohou účastnit na rozhodování o všech záležitostech, které se jich týkají. Podporované jsou i vztahy s rodinou případně partnery či partnerkami, volnočasové i pracovní aktivity a vůbec jakékoliv zdraví neškodící klientovi aktivity a přání.

Svépomoc

Náplní svépomocných skupin jsou různé klubové a volnočasové aktivity, vzájemná praktická výpomoc nebo společná organizace možností zaměstnávání. Skupiny se často orientují na hájení vlastních práv a stávají se partnery profesionálů v plánování i provozování psychiatrických služeb. Dále pacienti sdílejí své zkušenosti s nemocí,

hledají nová řešení problémů a navzájem si mohou pomáhat.

Centra volno-časových aktivit

Centra by měla dle potřeb klientů, zajišťovat možnost aktivního trávení volného času. Mělo by jít o širokou paletu aktivit ať už sportovních, zájmových či kulturních. V jejich rámci je možné provozovat i doškolovací centrum. Programem doškolovacího centra je především vzdělávání a rekvalifikace klientů pro jejich současné či budoucí povolání. Například v ovládnutí PC, učení základů cizích jazyků a jiných, pro běžný život, potřebných dovedností.

Dobrovolnické organizace

Členové dobrovolnických organizací mohou zastávat téměř jakoukoliv funkci v asistované pomoci. Pracují zadarmo, většinou několik hodin v týdnu. Mohou docházet do chráněných bydlení, dílen či stacionářů. Pomáhají klientům s věcnými problémy a zajišťovat sociální kontakty. Měli by projít zvláštním školením podle toho, s jakou skupinou klientů pracují. Pomáhají sociálnímu začlenění klientů do běžného prostředí.

8.4.3 Další subjekty a opatření zajišťující kvalitní fungování péče o duševní zdraví

Aby systém služeb péče dobře fungoval, musí být do procesu zapojeny další opatření, subjekty a mechanismy, které popisujeme níže.

Je potřeba zvážit návrh zákona o duševním zdraví. Takové zákony existují v mnoha zemích EU. Zákon o duševním zdraví zajišťuje pacientům i společnosti jasně definovaná práva a povinnosti a může řešit sporné otázky detence, omezovacích prostředků, lidských práv aj. Také je potřeba realizovat dlouhodobou koncepci duševního zdraví. Politika péče o duševní zdraví musí být odborně řízena a koordinována na úrovni republiky i na úrovni krajů. Řízení na úrovni republiky provádí meziresortní skupina sestavená ze zástupců ministerstev jednotlivých resortů, zástupci jednotlivých oblastí systému péče o duševně nemocné, zástupci pacientů a zástupci příbuzných pacientů. Tato skupina pracuje s kraji, jejím posláním

je monitorovat průběh procesu změny a vytváření legislativních podkladů, strategických materiálů, standardů aj. strategických materiálů. Krajská skupina je zřízena krajskými zastupitelstvy. Ty řídí systém péče o duševně nemocné. Skupina se skládá z reprezentantů krajské správy, zástupců systému zdravotního pojištění na úrovni krajů, zástupců jednotlivých oblastí systému péče o duševně nemocné, zástupců pacientů a jejich příbuzných. Skupina mapuje situaci a zjišťuje místní potřeby v oblasti péče o duševně nemocné. Vytváří místní plán rozvoje péče a koordinuje jeho realizaci. Podílí se na kontrole kvality péče a spolupracují s republikovou skupinou.

Důležité je zajištění kvality poskytované péče. Je prováděno několika nástroji a tvoří moderní ucelený systém. Hlavní složkou je zapojování uživatelů a rodinných příslušníků do rozhodovacích mechanismů a mechanismů zpětné vazby a pozitivní motivace pracovníků v systému péče. Standardy jsou jedním z hlavních nástrojů zajištění kvality poskytované péče. Přispívají ke srovnatelnosti péče. Tvorba probíhá průběžně tak, aby trendy odpovídaly moderním poznatkům včetně aktuálního pojetí lidských práv. Do jejich tvorby jsou zapojeny relevantní odborné a profesní společnosti, sdružení a skupiny poskytovatelů a pacienti a jejich rodiny. Obsahují oblasti obecných terapeutických postupů a sociorehabilitačních postupů, optimální postupy u jednotlivých skupin pacientů (například dle diagnóz, věku atd.), koordinaci a kontinuitu péče napříč jednotlivými zařízeními, práci multidisciplinárních týmů i systém kontinuálního vzdělávání. Standardy zahrnují i procedurální postupy týkající se přijetí do zařízení a vstupní procedury, režimových opatření, kontaktu pacientů s vnějším světem, používání prostředků fyzického omezení, dokumentace, vzdělávání, systém řešení stížností nebo vnitřních kontrolních mechanismů kvality péče. Dalším článkem v zajištění kvality péče je supervize. Hlavní náplní není kontrola ale podpora profesního rozvoje. Probíhá pravidelně na úrovni individuální či týmové práce s klientem a na úrovni vnitřního dění profesního týmu. Je zaměřena na reflexi práce s klientem, reflexi potřebných profesních dovedností a znalostí, uvědomění emocionálních obsahů spojených s náročnou prací v oblasti péče o duševně nemocné a uvědomění kontextu, ve kterém je péče poskytována. Posledním článkem zajištění kvality péče je systém kontroly a evaluace (hodnocení) poskytované péče. Činnost zařízení kontroluje zřizovatel. U nestátních zdravotnických zařízení provádí kontrolu orgány Lékařské komory. Na

kontrolní činnosti se podílí i Všeobecná zdravotní pojišťovna prostřednictvím revizních lékařů. Zapojen je i Úřad veřejného ochránce lidských práv. Na hodnocení služeb se podílí jak klienti sami tak jejich rodiny.

Služby o duševně nemocné je nutné kvalitně personálně zabezpečit. V zařízeních služeb o duševně nemocné pracuje široká škála profesí: psychiatři, kliničtí psychologové, specializované psychiatrické (komunitní) a zdravotní sestry, střední a pomocní zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním, lékaři jiných odborností, rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti a ergoterapeuti, arteterapeuti, pedagogové, dobrovolníci a laičtí terapeuti a případně i uživatelé služeb. Je potřeba aby všichni pracovníci jednotlivých profesí byli specializováni či vyškoleni pro práci s duševně nemocnými v komunitně orientovaném systému péče, včetně systému multidisciplinární týmové práce. Vedoucí pracovišť mají být vzděláni i v obecném a speciálním řízení služby.

Vzdělávání je důležitým předpokladem péče o duševně nemocné. Obsah pregraduálního a zvláště postgraduálního a kontinuálního vzdělávání všech profesí odráží moderní trendy v péči o duševně nemocné. Vzdělávání je zaměřené na bio-psycho-sociální model. V obsahu vzdělávání se uplatňuje nejen model nemoci ale také model uzdravení. Vzdělání je zaměřené nejen na terapii ale také na rehabilitaci a moderní komunitní péči a je úzce propojeno s praxí. Obsahem vzdělávání je i oblast lidských práv. Do vzdělávání je včleněn princip multidisciplinární týmové práce. Pro pracovníky organizací je připravováno specializované vzdělávání zaměřené na změny respektive restrukturalizaci v oblasti služeb péče o duševně nemocné.

V systému služeb péče o duševně nemocné je potřeba stále respektovat lidská práva. Diagnostické, léčebné a rehabilitační postupy respektují a chrání důstojnost pacienta a práva duševně nemocných. V každé fázi se postupuje tak, aby byly používány nejméně restriktivní formy pomoci. Důraz je kladen na respekt práv pacientů. Pacient je co nejvíce zapojován do rozhodovacích procesů. Rozhodování o přijetí, léčení a propuštění z lůžkových zařízení jsou činěna po informování pacienta a v souladu s platnými zákony a etickými normami. Prostředky omezující osobní svobodu mohou být použity až v krajním případě, po vyčerpání všech jiných možností a po co nejkratší dobu.

Práva duševně nemocných je nutné aktivně obhajovat. Přestože duševně nemocní mají stejná práva jako jiní občané, nejsou často schopni je v důsledku svého

onemocnění sami prosazovat a hájit. Spolu s nedostatečnou legislativou dochází k diskriminaci duševně nemocných ve společnosti v přístupu k veřejným službám. Jsou častěji ohroženi ztrátou majetku a práce během hospitalizace a při soudních řízeních. Proto je potřeba vytvářet specifické mechanismy ochrany jejich práv.

Důležitou aktivitou v oblasti péče o duševní zdraví je destigmatizace duševně nemocných. Poskytování informací a osobní setkání s duševně nemocnými podporují proces destigmatizace a usnadňují integraci těchto osob do společnosti. Osvětové a preventivní programy se mohou dít i na půdě škol základních a středních stejně tak v různých volnočasových organizacích. Významnou roli hrají masmédiá, která mohou ovlivňovat obraz vnímání duševně nemocných v očích běžné populaci.

8.5 Kam zaměřit další vývoj decentralizace

V současnosti jsou lůžkové kapacity psychiatrických sítí dostatečné, jejich rozložení je však výrazně špatné. Nejvíce kapacit (personálu, financí) je soustředěno do velkých léčeben. Podmínky v psychiatrických zařízeních často nesplňují hygienické normy. Dokumenty vytvořené na úrovni Evropské unie (The World Health Report, 2001) jasně hovoří o nutnosti plného nahrazení psychiatrických nemocnic jinými službami nebo minimálně vytvořit mezi službami přijatelnou rovnováhu (McDaid, 2005b).

Pokud jde o komunitní sektor jeho služeb je „cca 1/5 možná méně běžné potřeby“ (Pfeiffer, 2003, s. 91). Řada z nich nemá legislativní statut. Existuje jen malá orientace na mobilní části služeb. Aktuálně prakticky neexistují. Celý systém není orientován na potřeby klienta, ale na potřeby zařízení. Neexistuje v podstatě systém kontroly kvality služeb a není jasně formulováno, co se kvalitou myslí. Zapojování klientů a rodinných příslušníků do plánování a řízení služeb téměř neexistuje. Financování služeb nezohledňuje jejich kvalitu.

V České republice by měl být v budoucnu, při tvorbě dalších koncepcí a jejich uvádění do reality je kladen důraz na tyto čtyři oblasti:

1. Význam primární péče
2. Nahrazení psychiatrických léčeben službami zasazenými v komunitě
3. Maximální zapojení uživatelů a rodinných příslušníků

4. Udržení transparentnosti systému a udržení zpětné vazby a kontroly systému
5. Zohledňování kvality života pacientů

9 Závěr

Ústředním tématem této práce bylo analyzovat politiku péče o duševní zdraví v České republice. Zkoumána byla především organizace a náplň systému služeb v péči o duševně nemocné s cílem zjištění jejich nedostatků a navržení modelu péče vzhledem k trendům prosazovaných na úrovni Evropské unie a doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO). Práce je hodnotově zakotvena v teorii kvality života a klade důraz na dodržování lidských práv.

Pro stávající síť péče o duševně nemocné v České republice je charakteristické, že velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách. Léčebny slouží současně jak pro akutní, tak pro následnou lůžkovou péči. Po celém světě jsou léčebny označovány jako nevyhovující moderním pojetím péče o duševně nemocné. Péče poskytovaná v léčebnách nesplňuje nároky psychosociální rehabilitace z důvodu nedostatečného počtu personálu a nemožnosti navázat vysoký počte klientů a bližší komunitu (např. obce). Spádovost některých zařízení je i 200 km což ztěžuje udržování dostatečného kontaktu s rodinou a blízkými. Stavebně technický charakter léčeben není optimální (pokoje s vysokými počty lůžek) a často zde panují nevyhovující zvyklosti (omezení vycházek, omezení možnosti zacházení s doklady, těžká přístupnost vlastní zdravotnické dokumentace, umístování na uzavřená oddělení).

V České republice neexistuje zákon o duševním zdraví. Existuje strategie oboru, tzv. Koncepce oboru psychiatrie, která je krokem k modernější péči o duševně nemocné ale stále vychází z “klasického” systému psychiatrické péče, kde má lékařská profese dominantní a značně kontrolující roli. Prezentovaný systém péče je roztržitý. Síť služeb je dělena na tři segment: ambulantní, semimurální a lůžkovou. Chybí přesný popis funkce sítě služeb a definice principu ze kterého služby vycházejí. Primární péče je zapojena okrajově a koncepce počítá s psychiatrickými léčebnami jako s významným článkem péče a není definován dlouhodobý záměr jejich větší transformace. Jsou zde naznačeny změny v postavení klientů ale koncepce nepopisuje jasný princip jejich zapojování do struktur řízení a rozhodování. Ochrana lidských práv je v dokumentu přítomna jen okrajově.

Stávající síť služeb péče o duševně nemocné je rozdělena na péči lůžkovou (psychiatrické léčebny; psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic;

ústavy sociální péče), ambulantní (všeobecný lékař; ambulance psychiatrů a klinických psychologů) a intermediární (denní stacionáře; krizová centra; komunitní sociorehabilitační zařízení). Toto rozdělení služeb neodpovídá koncepci politiky Světové zdravotnické organizace (WHO) kde služby tvoří komplementární síť v daném regionu a dělí se na služby poskytované v nemocnicích anebo v komunitě. Pokud jde o komunitní (zde tzv. intermediární sektor), jeho služby pokrývají jen asi 1/5 běžné potřeby.

Česká republika by se při transformaci péče měla soustředit na přechod z fragmentovaného systému na systém komprehensivní. Hlavní orientace systému by měla spočívat na terapii a péči v komunitě a realizace cílů má probíhat prostřednictvím akčního programu v němž budou jasně vymezené dílčí cíle. Procesy změn mají směřovat k systému komunitní vyvážené péče, kdy si pacient může vybrat z různých typů služeb, které nabídkou odpovídají jeho současným potřebám. Existuje koordinace, řízení služeb a hodnocení poskytovaných služeb.

V péči o duševně nemocné dochází k ohrožení dodržování lidských práv především v souvislosti s nejasnými ustanoveními v příslušné legislativě. V případě psychiatrické detence není regulováno používání omezujících prostředků a není provedena jejich klasifikace. Legislativa nezakotvuje nárok pacientů na přímý přístup ke zdravotnické dokumentaci. V institutu opatrovnictví nejsou dostatečně upraveny kompetence opatrovníka. V praxi také existuje vysoký počet opatrovanců na jednoho zaměstnance což vede k nízké míře angažovanosti osob, které funkci veřejných opatrovníků vykonávají. Situace často vede k tomu, že opatrovanci s tzv. veřejným opatrovníkem končí bezdůvodně v ústavech sociální péče. Dochází též k nadužívání zbavování způsobilosti fyzických osob k právním úkonům na rozdíl od jejího omezování. Po zbavení svéprávnosti má osoba nulovou možnost projevit relevantním způsobem svou vůli a neexistuje povinná periodicita při přezkumu rozhodnutí o zbavení (omezení) způsobilosti.

Mezi aktéry péče o duševně nemocné patří: Parlament ČR, Úřad vlády České Republiky, Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí, kraje a místní samospráva, zdravotní pojišťovny, poskytovatelské a profesní organizace, nestátní neziskové organizace a sami příjemci péče a jejich rodiny. Významnými aktéry jsou média a mezinárodní a nadnárodní organizace. V oblasti prosazování reformních kroků v politice péče o duševně nemocné se na poli státních

organizací příliš neděje. Důvodem mohou být nejasně definované cíle při prosazování Koncepce oboru psychiatrie, její nedostatky a její neznalost mezi samotnými psychiatry a dalšími odbornými pracovníky. V oblastí nestátních neziskových organizací vzniká řada projektů inspirovaná evropskými trendy ať už v oblasti výzkumné, poradenské, destigmatizační či v oblasti podpory bydlení nebo zaměstnání.

Návrh politiky péče o duševně nemocné v České republice má ústřední těžiště v konceptu kvality lidského života, dodržování lidských práv a jako vzor mu slouží Thornicroftův model vyvážené péče mezi komunitou a institucí jehož základním předpokladem je deinstitucionalizace systému péče koncentrovaného v ústavech směrem ke komunitě. V rámci třífázového modelu se dějí decentralizační aktivity s ohledem na různé finanční, personální a kapacitní vybavení států. Protože Česká republika patří ke státům se střední kapacitou zdrojů, skládá se proces navrhované reformy z vyvážení lůžkové a mimolůžkové péče. Typ služeb sleduje linii k vysoce rozvinutým zemím s diferenciovanou nabídkou péče.

V návaznosti na tuto teorii je systém služeb v modelovém návrhu péče o duševně nemocné rozdělen na služby v resortu zdravotnictví (primární zdravotní péče a diagnostika; ambulantní psychiatr; klinický psycholog; denní stacionář; asertivní komunitní tým; krizové služby; domácí péče a domácí léčení; lůžkové psychiatrické oddělení; následná zdravotní lůžková péče) a služby v resortu sociálních služeb (centrum denních aktivit; programy podpory práce a zaměstnávání; podpora bydlení; svépomoc; centra volno-časových aktivit; dobrovolnické organizace). Jsou definovány ještě další subjekty a opatření, zajišťující kvalitní fungování takového systému péče jako například návrh zákona o duševním zdraví, zajištění kvality poskytované péče, personální zabezpečení, vzdělávání, a destigmatizace oboru a pacientů. Je uvedena charakteristika péče, která podporuje duševní zdraví a poskytuje prevenci, je poskytována v přirozeném prostředí, má kontinuální charakter, funguje propojení jednotlivých služeb s ohledem na aktuální potřebu pacienta. Systém péče je schopen aktivně vyhledávat nemocné, pracuje s rodinou. Služby kapacitně a spádově odpovídají regionům. Lůžková a mimolůžková péče je vyvážená. Lůžková péče je také součástí komunitního systému (následná zdravotní lůžková péče). Péče však není centrována okolo lůžek a lůžka jsou doplňkem k péči, která se primárně odehrává v komunitě. Péče funguje na sedmi

základních principech (autonomie; zapojování klientů a rodinných příslušníků; účinnost; všestrannost; spravedlnost; odpovědnost; efektivní využívání zdrojů).

Ambicemi práce nebylo zkoumat praktické možnosti implementace výše zmíněného návrhu politiky péče o duševně nemocné. Hlavním cílem bylo analyzovat politiku péče, diskutovat a popsat fungování současného systému služeb a navrhnout model péče odpovídající současným trendům. Jakým způsobem má proběhnout decentralizace péče a vyvážení lůžkové a mimolůžkové péče může být námětem dalšího zkoumání. Jisté je, že nejprve je potřeba vytvořit odpovídající síť komunitních služeb, kam bude péče postupně přesunována, což vyžaduje opatření na poli legislativy, financování, personálního zabezpečení, kapacitních možností a v neposlední řadě podpory odborníků i veřejnosti.

České resumé

Práce se zaměřuje na analýzu politiky duševního zdraví v České republice. Pro stávající síť péče o duševně nemocné v České republice je charakteristické, že velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách. Léčebny slouží současně jak pro akutní, tak pro následnou lůžkovou péči. Péče poskytovaná v léčebnách nespĺňuje nároky moderních trendů prosazovaných v dokumentech Evropské unie ani doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), kde se prosazuje decentralizace ústavní péče směrem k péči komunitní. Celý systém péče má být více diferencovaný a s ohledem na finanční, personální a kapacitní vybavení státu, rozšiřovat nabídku služeb podle potřeb klientů. V České republice je nutné provést kroky k vyvážení lůžková a mimolůžkové péče a k postupnému přesunu péče do komunitních typů zařízení. Péče pak není centrována okolo lůžek (v psychiatrických léčebnách) a lůžka jsou doplňkem k péči, která se primárně odehrává v komunitě. Tento systém péče zvyšuje kvalitu života pacientů a usnadňuje dodržování lidských práv.

English Summary

The thesis focuses on analyzing mental health policy in the Czech Republic. It is characteristic for current healthcare network for mental patients that a large amount of human and financial resources is bound in psychiatric institutions. Such institutions serve both for acute and successive ward care. Health care in such institutions does not follow advanced trends in EU nor recommendation of World Health Organisation (WHO) documents where decentralization of institutional care towards community care is taking place. The whole system of health care should be more differentiated and considering financial, personal and capacity resources of the state, enlarge offering of services according to client' needs. In the Czech Republic it is seemed necessary to take steps to balance institutional and community care. Then health care will not centre around wards in psychiatric institutions but wards would supplement care primarily taking place in community. Such a system would improve quality of life of the psychiatric patients and facilitate observation of human rights.

Seznam literatury

Anderson, P. (1999) Complexity Theory and Organization Science. *Organization science*, 2005, Vol. 10, No. 3, pp. 216 - 232.

ATKINSON, R.L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3

BAŠNÝ, Z. O nevědomí psychiatrů. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 2005, roč. 101, č. 7, s. 349.

BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3

BAUDIŠ, P. *Psychiatrie v číslech*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-851-21-35-2

Complexity Theory in Organization Science: Seizing the Promise or Becoming a Fad? [online]. 1999 [cit. Dne 14.03.2008]

Dostupné z:

<http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a787463857>

Constitution of the World Health Organisation [online]. 2006 [cit. dne 16.09.2007].

Dostupné z:

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

DAVID, I. (2007a) Koncepce je jen na papíře ale psychiatrii přesto škodí. *Medical Tribune*, 2007, roč. 3, č. 8, s. B6.

DAVID, I. (2007b) Psychiatrie s koncepcí a bez ideologie po 90 letech. *Medical Tribune*, 2007, roč. 3, č. 16, s. A16.

Disability Adjusted Life Years (DALY) [online]. 2008 [cit. dne 29.01.2008].

Dostupné z:

<http://www.who.int/healthinfo/boddaly/en/index.html>

DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republic's 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press, 2008, s. 21 – 34.

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

DZÚROVÁ, D., SMOLOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ, E. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, katedra sociální geografie a regionálního rozvoje. Laboratoř psychiatrické geografie Psychiatrického centra Praha, 2000. ISBN 80-238-6038-0

FALTUS, F., a kol. Koncepce psychiatrické péče v ČR (návrh). Politika péče o

duševní zdraví. *Česká a slovenská psychiatrie-Supplementum 2*, 1997, roč. 93, s. 6-80.

FOUCAULT, M. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin, 1999. ISBN 80-860-19-30-6

Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. [online]2005 [cit.dne 17.9.2007].

Dostupné z:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X

HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-415-X

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

HOWLETT, M., RAMESH, M. *Studying public policy*. Toronto: Oxford University Press, 1995, s. 89- 113. ISBN 0-19-540976-0

JENKINS, R., MOODIE, R. (2005) I am from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I? *Promotion and Education, The evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action*, 2005, Vol. 2, pp. 37 - 41.

JERŠÁBEK, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-662-5

KNAPP, M., MCDAID, D., MOSSIALOS, E., THORNICROFT, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction on mental health care*. Berkshire: Open University Press, 2007. ISBN 10 0 335 21467 3

KREBS, V. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Potrál, 2001. ISBN 80-7178-551-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0

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

Odborné léčebné ústavy 2002. [online] 2002 [cit.dne 16.10.2007]

Dostupné z:

http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=léčebné%20ústavy®ion=100&kind=21&mnu_id=6200

Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. [online] 2001 [cit.dne 15.1.2008]

Dostupné z:

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče.* Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7

MARMOT, M., WILKINSON, R. *Sociální determinanty zdraví. Fakta a souvislosti.* Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. ISBN 80-86625-46-X

McDAID, D. (2005a) *Mental Health I: Key issues in the development of policy and practice across Europe. Policy Brief.* [online] 2005 [cit.dne 12.12.2007]

Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/Document/E85488.pdf>

MCDAID, D., THORNICROFT, G. (2005b) *Mental health II: Balancing institutional and community-based care. Policy brief.* [online] 2005 [cit.dne 13.12.2007]

Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/Document/E85488.pdf>

MCDAID, D., KNAPP, M., CURRAN, C. (2005c) *Mental health III: Funding mental health in Europe. Policy brief.* [online] 2005 [cit.dne 12.12.2007]

Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/Document/E85488.pdf>

PALEČEK, J., SUKOVÁ, M. (2002) *Adresář komunitních služeb pro duševně nemocné.* [online] 2002 [cit.dne 20.10.2007]

Dostupné z:

<http://www.muweb.cz/Institute/asociace%5Fkomunitnich%5Fsluzeb/adresar.htm>

PEČ, O. Náklady na péči o duševně nemocné v roce 2001. In *Transformace oboru psychiatrie*, 1. vyd. Praha: Amepra, 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. ISBN 80-86429-50-4

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

SEN, A. *Etika a ekonomie*. Praha: Vyšehrad, 2002. ISBN 80-7021-594-6

SEN, A. *Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure*. Florence: Istituto degli Innocenti, 1995. ISBN 88-85401-25-2

Suicide prevention website. [online] 2005 [cit.dne 17.9.2007].

Dostupné z:

www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 1999, roč. 43, č. 1, s. 19-38.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. (2002). Sociálně založené nerovnosti ve zdraví. *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 3, s. 219-224.

Tackling Health Inequalities 2003 – 2005 [online] 2006 [cit.dne 11.01.2008].

Dostupné z:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_063689

The World Health Report: Changing History. [online] 2004 [cit.dne 17.9.2007].

Dostupné z:

<http://whqlibdoc.who.int/whr/2004/924156265X.pdf>

The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope [online].2001 [cit.dne 17.9.2007].

Dostupné z:

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

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.

Ústavní zákon č.1/1993 Sb. ve znění ústavního zákona.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně č.96/2001 Sb.

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

VESELÝ, A. *Analýza aktérů: podklad pro metody tvorby politik*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky, 2006. 5s.

What is a QALY? (2001) [online] 2001 [cit.dne 29.01.2008].

Dostupné z:

<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/QALY.pdf>

Zákon č. 2/1993 Sb., listina základních práv a svobod.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu.

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

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

Seznam příloh

Příloha č. 1: Prevalence nejčastěji se vyskytujících duševních poruch, celosvětově

Příloha č. 2: Věkově standardizovaná úmrtnost (na 100 000 osob) u mužů a žen dle úrovně vzdělání

Příloha č. 3: Zdravotní zátěž v rozvinutých státech (WHO 1997)

Příloha č. 4: Vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb podle zdrojů států

Příloha č. 5: Vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb

Příloha č. 6: Srovnání služeb v péči o duševní zdraví ve 25 členských zemích EU

Příloha č. 7: Spokojenost s komunitní péčí

Příloha č. 8a: Modelace měsíčních nákladů (v objemu vykázané péče) u některých typů péče na 1 pacienta

Příloha č. 8b: Modelace měsíčních nákladů (v objemu vykázané péče) u některých typů péče na 1 pacienta

Příloha č. 9: Modelace měsíčních nákladů na různé typy psychiatrických služeb

Příloha č. 10: Duševní poruchy ve světě

Příloha č. 11: Celoživotní výskyt duševních poruch v ČR

Příloha č. 12: Duševní poruchy v populaci

Přílohy

Příloha č. 1: Prevalence nejčastěji se vyskytujících duševních poruch, celosvětově

Typ poruchy	Míra prevalence (%)
Unipolární deprese	1,9 (muži); 3,2 (ženy)
Schizofrenie	0, 4
Alzheimerova choroba	1-5; 5 (muži); 6 (ženy); starší 60ti let
Závislost na alkoholu	1,7 ; 2,8 (muži); 0, 5 (ženy)

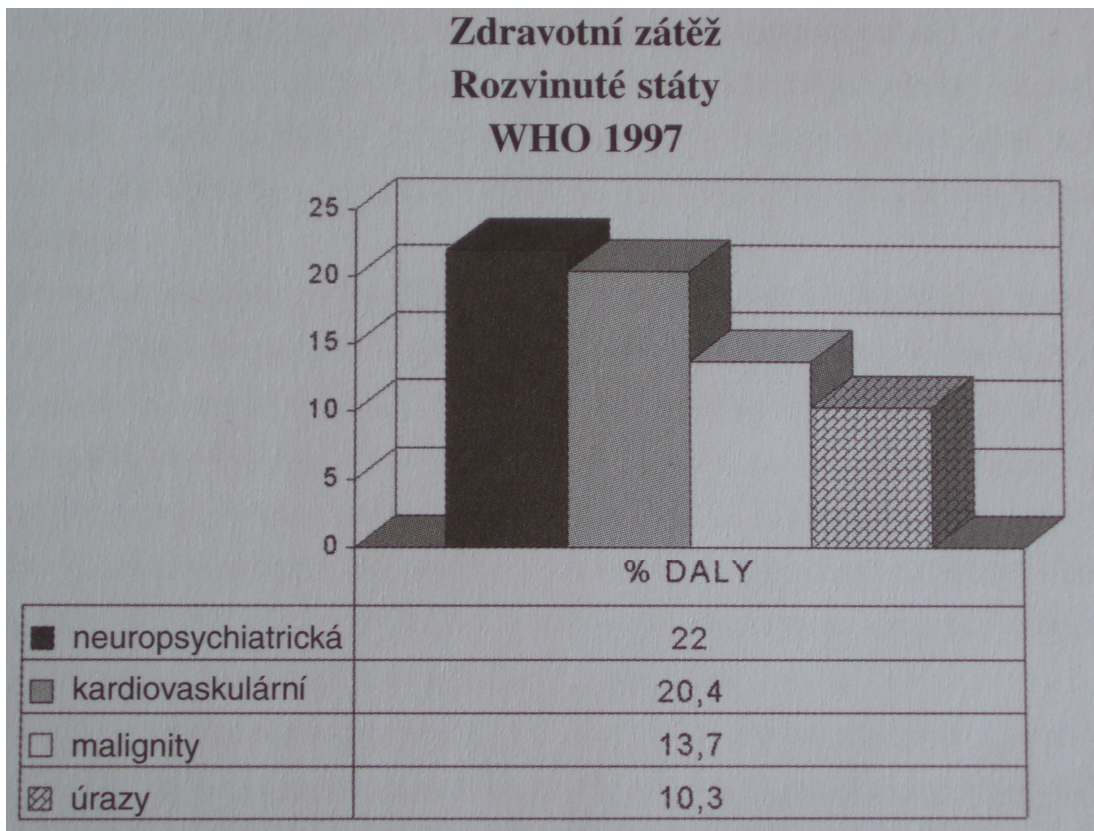
Zdroj: World Health Report, 2001

Příloha č. 2: Věkově standardizovaná úmrtnost (na 100 000 osob) u mužů a žen dle úrovně vzdělání

Země	období	ženy		muži	
		vzdělání		vzdělání	
		vysoké	základní	vysoké	základní
USA	1979-1989	392	493	685	934
Finsko	1981-1990	341	432	810	1094
Norsko	1980-1990	324	401	666	831
Itálie	1981-1989	312	362	645	800
ČR	1988-1992	568	681	891	1336
Maďarsko	1982-1985	572	722	930	1660
Estonsko	1987-1991	500	642	1121	1605

Zdroj: Šolcová& Kebza, 2002

Příloha č. 3: Zdravotní zátěž v rozvinutých státech (WHO 1997)



Zdroj: Raboch, 2003

Příloha č. 4: Vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb podle zdrojů států

Málo rozvinuté země	Středně rozvinuté země	Vysoce rozvinuté země
A/ Primární péče podporovaná psychiatrickými specialisty	A/ + B/ Základní psychiatrické služby	A/ + B/ + C/Specializované psychiatrické služby
Záchyt a diagnostika v primární péči	Psychiatrické ambulance	Specializované ambulance pro: - poruchy příjmu potravy - dvojné diagnózy - resistantní afektivní poruchy - děti a dorost
Poradenství	Universální komunitní týmy	Specializované komunitní týmy pro: - včasnou intervenci pro osoby s psychózou - asertivní týmy pro chronické pacienty
Farmakoterapie		
Konsultace a trénink pracovníků primární péče ze strany specialistů	Akutní lůžková zařízení	
	Residenční služby pro dlouhodobě duševně nemocné	Alternativy residenčních služeb: - komunitní bydlení s 24 hodinovým servisem 7 dní v týdnu - podporované a nezávislé bydlení
Limitované specializované služby - konsultace se specialistou na běžných lůžkových odděleních		
	Sociorehabilitační centra	Alternativní formy sociorehabilitačních center: - sociální firmy - klubová zařízení - podporované zaměstnání

Zdroj:Pfeiffer, 2001

Příloha č. 5: Vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb

Tvorba velkých institucí	Redukce institucí	Vyváženost lůžkové a mimolůžkové péče
Rozvoj počtu lůžek ve velkých institucích	Rušení velkých institucí Snižování počtu lůžek	Instituce plně nahrazeny menšími zařízeními Akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích
Nedostatečná podpora rodiny. Většina investic směřuje do institucí. Profesionálové sestávají především z doktorů a sester.	Zvyšování role rodiny Investice do mimo-nemocničních služeb Pestřejší škála profesí/psychologové, sociální pracovníci	Silná podpora rodiny Mnoho-zdrojová podpora komunitního systému “Nové profese” v komunitních službách
Nediferencovaný přístup k pacientům	Růst individuálního přístupu k pacientům	Rovnováha mezi kontrolou a nezávislostí pacienta
Dominance „kustodiální péče” a kontroly symptomů	Centrovaná pozornost na kontrolu psychofarmaky, ale i zařazování rehabilitace	Přístupy založené na důkazech orientované na všechny potřeby pacientů

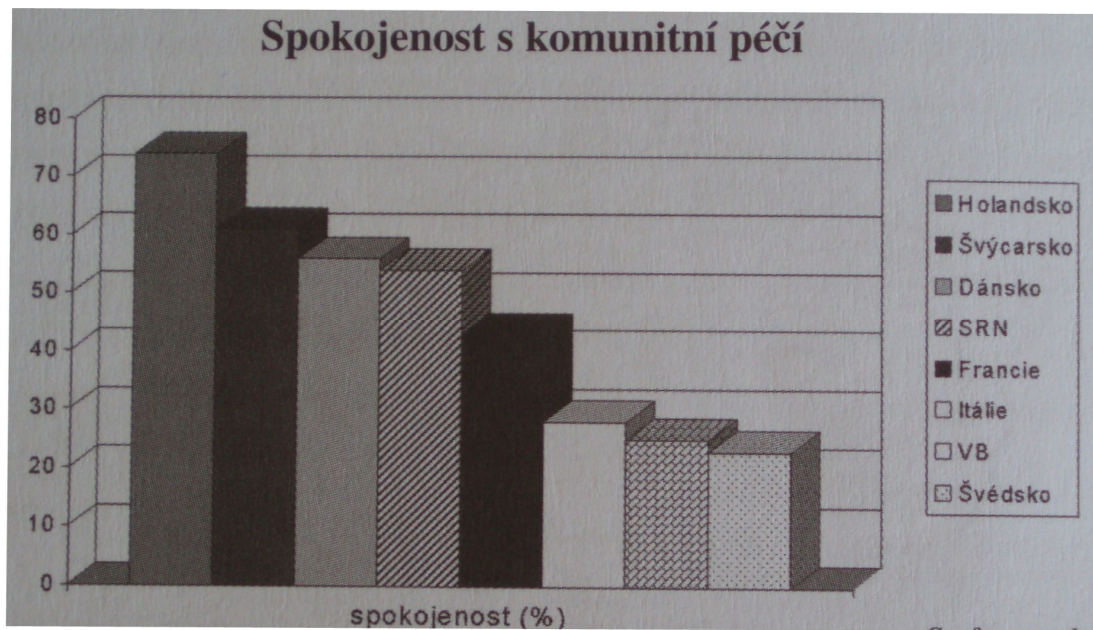
Zdroj: Pfeiffer, 2001

Příloha č. 6: Srovnání služeb v péči o duševní zdraví ve 25 členských zemích EU

	Psychiatrická lůžka celkem	Psych. lůžka v ústavech	Psych. lůžka v nemocnicích	Psych. lůžka v ostatních zařízeních	Počet psychiatrů	Rozpočet na duševní zdraví (%)
Na 10 000 obyvatel						
Anglie	5,8	-	-	-	11	10
Belgie	25,0	16,4	2,4	6,6	18	6,0
Česká republi-ka	11,3	9,7	1,4	0,2	12	3,0
Dánsko	15,1	4,0	3,6	7,5	16	-
Estonsko	10,2	8,0	2,1	0,0	13	-
Finsko	11,6	0,0	10,4	1,2	16	-
Francie	12,1	7,3	2,3	2,2	20	5,0
Irsko	11,5	10,0	1,6	0,8	5	7,7
Itálie	1,7	0,0	0,8	0,9	9	-
Kypr	5,2	4,7	0,6	0,0	5	7,0
Litva	11,8	10,8	0,7	0,3	13	7,0
Lotyšsko	15,5	15,1	0,4	-	10	5,0
Lucemb.	10,1	7,5	3,0	0,0	12	13,4
Malta	18,9	18,8	0,1	0,0	5	9,0
Maďar-sko	9,6	2,3	7,2	0,1	9	8,0
Nizozemí	18,7	15,4	1,0	2,3	9	7,0
Německo	7,6	4,8	-	-	7	-
Polsko	7,5	5,9	1,0	0,6	6	-
Portugal-sko	7,7	2,1	1,2	4,4	5	-
Rakousko	5,2	4,7	0,5	-	10	-
Řecko	8,7	4,3	0,3	4,1	6	-
Slovensko	9,0	6,0	3,0	0,0	10	2,0
Slovinsko	11,9	6,8	1,1	4,0	8	-
Španělsko	4,4	3,7	0,6	0,1	4	-
Švédsko	6,7	-	-	3,2	20	11

Zdroj: Knapp, 2007

Příloha č. 7: Spokojenost s komunitní péčí



Zdroj: Raboch, 2003

Příloha č. 8a: Modelace měsíčních nákladů (v objemu vykázané péče) u některých typů péče na 1 pacienta

Typ péče	Resocializace NNO + psych. ambulance Bod 1,02 Kč		ÚSP + psych. ambulance Bod 1,02 Kč	
	Výkony	Kč	Výkony	Kč
	35 023 × 1	193	35 023 × 1	193
	Léky za 30 dní (odhad)	400	Léky za 30 dní (odhad)	400
	Průměrné měsíční náklady na 1 psych. nemocného NNO	2 750	Průměrné měsíční náklady na 1 psych. nemocného v ÚSP	14 037
Objem vyk. péče v Kč/ náklady		3 343		14 630

Zdroj: Peč, 2003

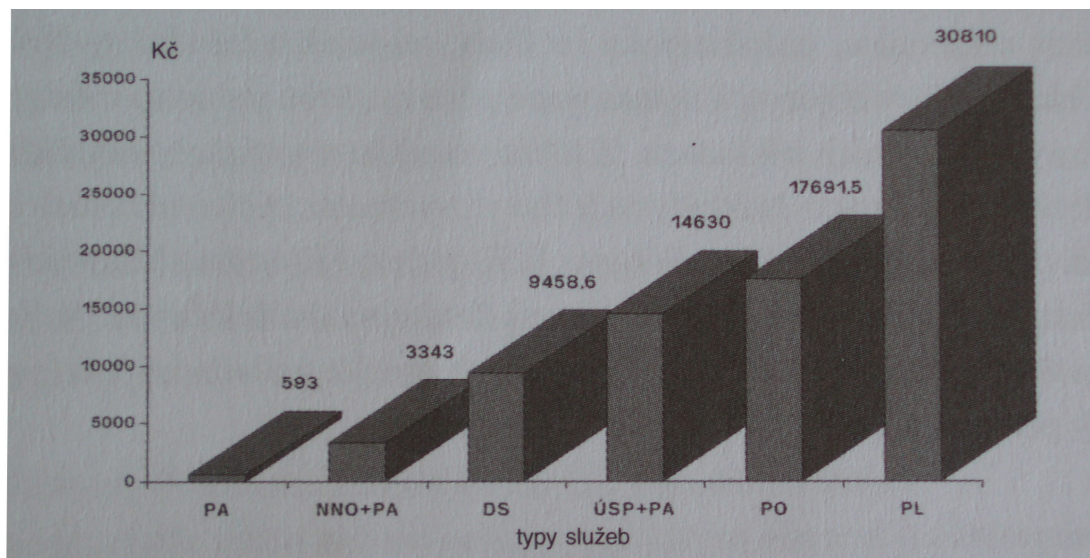
Příloha č. 8b: Modelace měsíčních nákladů (v objemu vykázané péče) u některých typů péče na 1 pacienta

Tab. 10a. Modelace měsíčních nákladů (v objemu vykázané péče) u některých typů péče na 1 pacienta

Typ péče	Psych. ambulance Bod 1,02 Kč			Denní stacionář Bod 1,02 Kč			Psych. odd. nemocnice Bod 0,89 Kč			Psychiatrická léčebna Bod 1,0 Kč		
	Výkony	Kč		Výkony	Kč/den	Kč/měs. = 20 dní	Výkony	Kč/den	Kč/měs.	Výkony	Kč/den	Kč/měs. = 30 dní
	35 023 x 1	193		OD 00041	65,28	1 305,6	1. deset dní OD 00006	590,96	5 909,6	OD 00021	464	
	Léky za 30 dní (odhad)	400		3x35 610	378	7 560	35 610 jen 7 dní	112	784	Režie 132 + 300 %	528	
				35 023 x 1		193	2. deset dní OD 00006	496,6	4 966	Léky	35	
				Léky za 30 dní (odhad)		400	35 610 jen 7 dní	112	784	(r. 2003)		
							3. deset dní OD 00006	401,39	4 013,9			
							35 610 jen 7 dní	112	784			
							Lékový paušál	15	450			
Objem vyk. péče v Kč		593			443,28	9 458,6			17 691,5		1 027	30 810

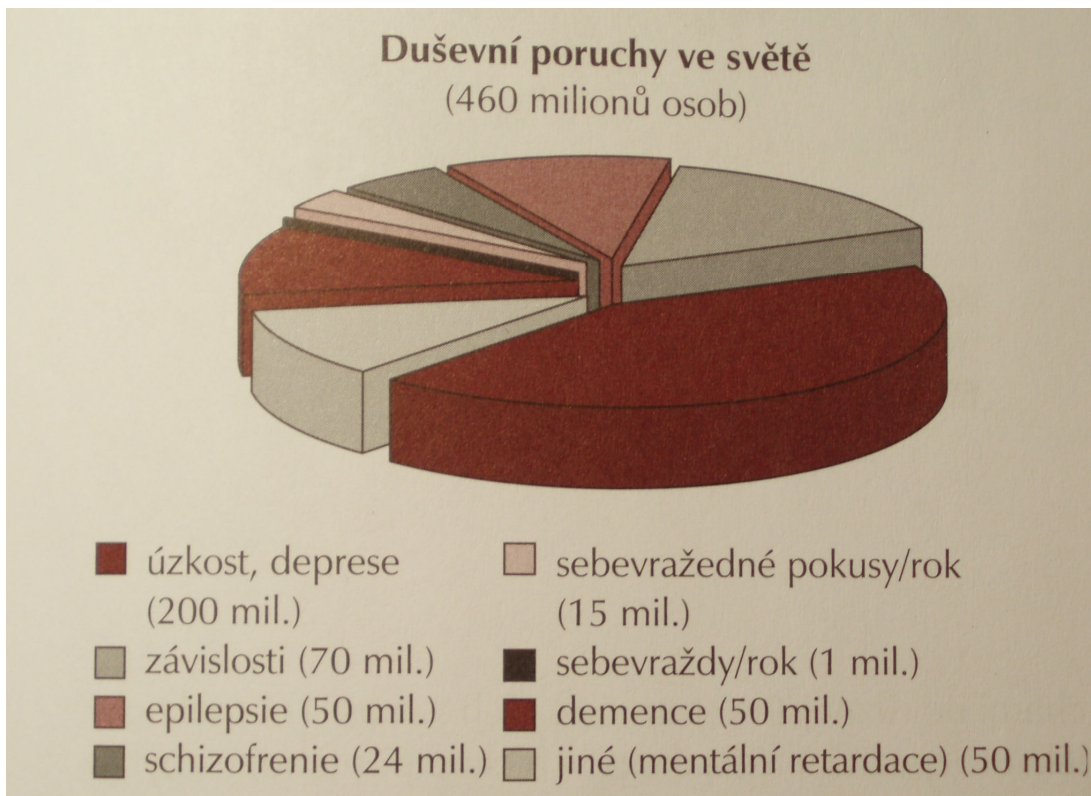
Zdroj: Peč, 2003

Příloha č. 9: Modelace měsíčních nákladů na různé typy psychiatrických služeb



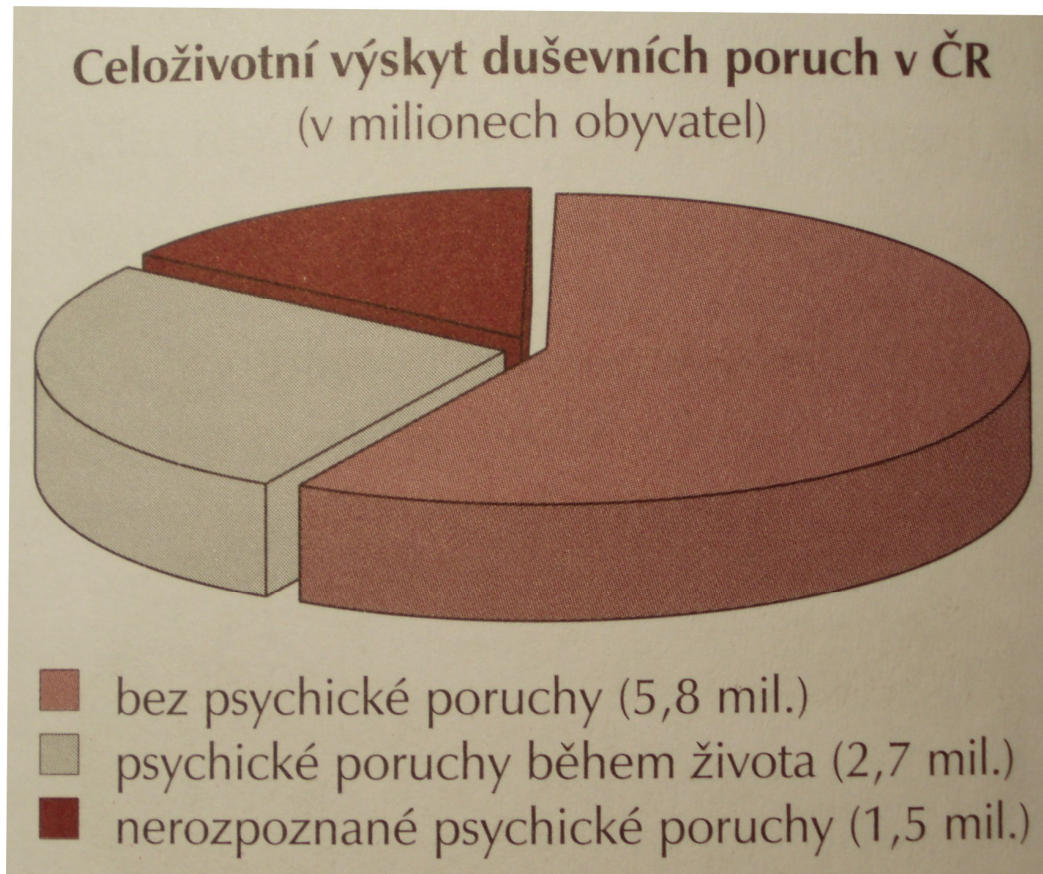
Zdroj: Peč, 2003

Příloha č. 10: Duševní poruchy ve světě



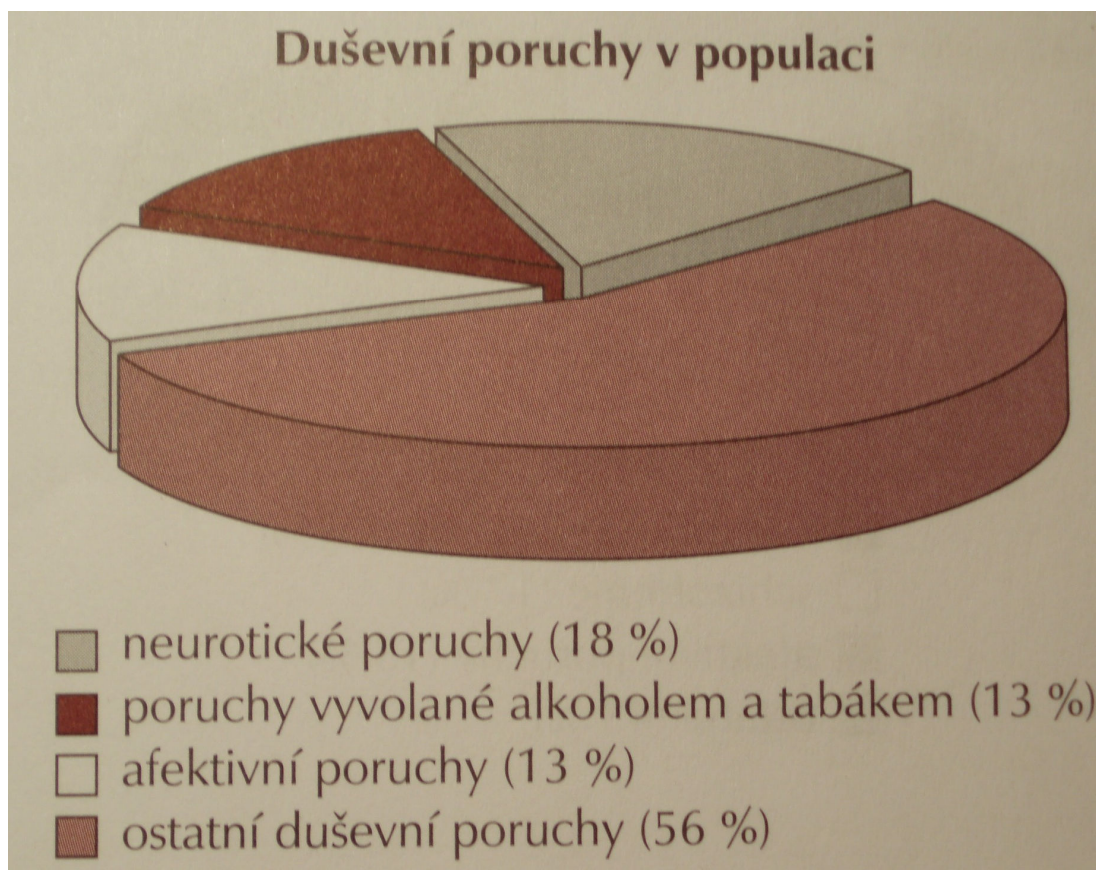
Zdroj: Baudiš, 2006

Příloha č. 11: Celoživotní výskyt duševních poruch v ČR



Zdroj: Baudiš, 2006

Příloha č. 12: Duševní poruchy v populaci



Zdroj: Baudiš, 2006