

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Bc. Veronika Panchartková**

**Role neziskového sektoru v péči o duševní  
zdraví**

*Diplomová práce*

Praha 2010

Autor práce: **Veronika Panchartková**

Vedoucí práce: **Ing. Bohumila Čabanová, PhD.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2010**

Hodnocení:

## **Bibliografický záznam**

PANCHARTKOVÁ, Veronika. *Role neziskového sektoru v péči o duševní zdraví*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra Veřejné a sociální politiky, 2010. 100s. Vedoucí diplomové práce Ing. Bohumila Čabanová, PhD.

## **Anotace**

Diplomová práce „Role neziskového sektoru v péči o duševní zdraví“ se zabývá problematikou duševního zdraví uchopeného v kontextu nestátních neziskových organizací jako důležitého aktéra v péči o duševně nemocné. Kromě státu, který převážně koncipuje politické dokumenty týkající se duševního zdraví a převážně zajišťuje některé složky psychiatrické péče (v psychiatrických léčebnách), se významně podílí i neziskový sektor. Toto můžeme sledovat jak na úrovni tvorby nových koncepcí péče, se kterými přicházejí právě některé organizace neziskového sektoru, tak především z reakce na postupující trend deinstitutionalizace psychiatrické léčby projevující se širším pojetím duševních nemocí a následně i služeb, kterými neziskový sektor mnohdy roli státu doplňuje, ne-li zastupuje.

Tato práce se nejdříve zabývá duševním zdravím jako nedílnou složkou celkového zdraví, jehož význam je v ČR (a nejen zde) velmi často podceňován a následně pak nedostatečně zohledněn právě na úrovni přijímaných programů a politických opatření, jež by měla kopírovat světový trend uvědomování si neblahých následků duševních nemocí. Dále je po zakotvení neziskového sektoru do společenského a legislativního rámce zanalyzována a zhodnocena jeho role v péči o duševní zdraví. I když poskytuje svým pacientům a potažmo tak i státu medvědí službu v podobě tolik potřebných služeb komunitního typu, nejsou jeho požadavky a volání po některých změnách často vyslyšeny. Výsledkem této práce je zhodnocení role neziskového sektoru v péči o duševní zdraví, odhalení jeho vztahu ke státu v této problematice a navržení případných možností posílení jeho pozice.

## **Annotation**

This diploma thesis called „The role of the nonprofit sector in the mental health care“ deals with problems expressed in the context of nongovernmental organizations that are regarded as a significant stakeholder very important actors in the issue of mental disease. Besides the state that creates predominantly political conception concerning mental health and

also mostly ensures some constituents of mental health care (i.e. in the psychiatric asylums) there is also nonprofit sector playing an important role. We can observe its importance on the level of creation of the new mental health conceptions as well as on the level of response to the continuing process of deinstitutionalization of psychiatric care manifested in wider approach to mental disease and moreover its services with which the nonprofit sector completes and sometimes substitutes the role of the state.

This thesis firstly deals with the mental disease as the integral part of the complex state of health of each of us, which importance is often underestimated and consequently insufficiently reflected in mental health policy in the ČR (and not only here) which should follow the world wide trend of finding out the negative consequences of mental diseases. After grounding the nonprofit sector in social and legal frame I continue in analyzing and considering its role in the mental health care. Even if the nonprofit sector does patient and also the state a good turn in the sense of granting community treatment, its requests and call for change is not often heard. The output of this thesis is considering the role of nonprofit sector in mental health care, revealing its relationship to the state in this issue and offering the possible ways how to strengthen its position.

## **Klíčová slova**

nestátní neziskové organizace, duševní zdraví, duševně nemocný, zdravotní politika, psychiatrická rehabilitace, komunitní léčba, stigma

## **Keywords**

nongovernmental organization, mental health, patient with mental disease, health policy, psychiatric rehabilitation, community treatment, stigma

## **Prohlášení**

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

V Praze dne 21.5.2010

.....  
Veronika Panchartková

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své diplomové práce Ing. Bohumile Čabanové, PhD. za odborné vedení mé práce a za cenné podněty, které mě v průběhu práce posouvaly kupředu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem ostatním, kteří mě při psaní této práce podporovali.

## Obsah

<b>Teze diplomové práce</b> .....	9
<b>1. Úvod</b> .....	13
<b>2. Vymezení zkoumaného problému</b> .....	15
<b>3. Stanovení výzkumných cílů a otázek</b> .....	18
<b>4. Metodologie práce a způsoby sběru dat</b> .....	20
4.1. Analýza dokumentů a sekundární analýza dat .....	20
4.2. Dotazníkové šetření .....	20
4.3. Studium odborných pramenů.....	21
4.4. Odborné konzultace .....	21
4.5. Analýza politiky .....	22
<b>5. Teoretická východiska a koncepty</b> .....	23
5.1. Konceptuální mapa .....	23
5.2. Duševní zdraví a jeho determinanty .....	23
5.3. Duševní nemoc a mentální retardace.....	27
5.4. Veřejná politika a zdravotní politika .....	29
<b>6. Duševní zdraví v ČR</b> .....	31
6.1. Zdravotní politika v oblasti duševního zdraví.....	31
6.2. Proměny péče o duševní zdraví a její současný systém v ČR.....	34
6.3. Právní úprava v oblasti péče o duševní zdraví .....	38
6.4. Zátěž duševními nemocemi a spotřeba péče v ČR.....	40
<b>7. Neziskový sektor v ČR</b> .....	44
7.1. Legislativní rámec neziskového sektoru, typologie nestátních neziskových organizací .....	44
7.2. Společenský rámec neziskového sektoru .....	45
<b>8. Péče o duševní zdraví v NNO</b> .....	49
8.1. Struktura péče z hlediska regionálního rozložení.....	49
8.2. Struktura péče z hlediska zaměření poskytovaných služeb .....	51
8.2.1. Krizová intervence .....	52
8.2.2. Terapeutická komunita .....	54
8.2.3. Svépomocné a uživatelské aktivity .....	54
8.2.4. Právní poradenství.....	55
8.2.5. Rehabilitace psychiatrických pacientů .....	56
8.2.6. Pracovní rehabilitace .....	58
8.2.7. Podporované vzdělávání .....	60
8.2.8. Rehabilitace v oblasti bydlení .....	61
8.2.9. Rehabilitace v oblasti volného času a sociálních kontaktů .....	62
8.2.10. Odborné sociální poradenství.....	62
8.2.11. Case management.....	63
<b>9. Postavení NNO v systému celorepublikové péče o DZ a možnosti ovlivňování veřejné politiky v oblasti péče o duševní zdraví</b> .....	65

9.1. Neziskový sektor jako společenský aktér ovlivňující veřejnou politiku.....	65
9.1.2. Varianty vztahů mezi státem a NNO.....	65
9.1.3. Konkrétní příležitosti, jak ovlivňovat veřejnou politiku .....	68
9.2. Reálná podoba ovlivňování veřejné politiky (výsledky dotazníku).....	72
<b>10. Možnosti posílení role neziskového sektoru a spolupráce se státem .....</b>	<b>79</b>
<b>11. Závěr.....</b>	<b>82</b>
<b>12. Resumé .....</b>	<b>85</b>
<b>13. Summary .....</b>	<b>86</b>
<b>14. Seznam obrázků .....</b>	<b>87</b>
<b>15. Seznam grafů .....</b>	<b>87</b>
<b>16. Použitá literatura.....</b>	<b>88</b>
<b>17. Seznam příloh .....</b>	<b>97</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>97</b>



## Teze diplomové práce

*Předpokládaný název práce:*

Politika duševního zdraví v ČR a role neziskového sektoru v ní v průběhu času

*Jméno diplomanta:*

Veronika Panchartková

*Jméno konzultanta:*

Ing. Bohumila Čabanová, PhD.

*Stručná charakteristika práce*

Má práce bude vycházet z celkového tématu zdraví, které je podmíněno fyzickou, duševní a sociální pohodou (vzor definice WHO 1948) s poukazem na to, že komponenta duševního zdraví bývá podceňována a často nebývá začleňována ani do právního rámce a souvisejících programů některých zemí. Výsledkem je pak zátěž obyvatelstva různou duševní nemocí, jejímuž výskytu a politickému ošetření bych se také věnovala (jak častý je výskyt nemocí, zda a jak je uspořádaná zdravotní politika apod.). Dále se budu snažit analyzovat možnosti aktivní změny zátěže duševních nemocí a z toho vyplývajícími sociálními, ekonomickými a individuálními důsledky. Toto obsahuje i přístupy politik zabývajících se podporou zdraví (vzdělávání ke zdraví, prevence), investicemi do zdraví, změnami v organizaci služeb (primární péče, komunitní péče) a např. i výzkumem (výzkumy hodnotící oblast služeb, psychosociální aspekty, mezinárodní srovnání, analýza rozdílů v poskytovaných službách a jejich výsledcích).

Cílem první části je nejdříve podat přehled souvisejících teoretických poznatků (teoretická východiska veřejné politiky, determinanty zdraví apod.), následně analyzovat vývoj poznání duševního zdraví, duševních nemocí a péče o zdraví a poté analyzovat prevenci a léčbu duševních nemocí v jejich společenském kontextu.

Dalším bodem v analýze bude tvorba a realizace politik duševního zdraví na úrovni EU a porovnání jednotlivých strategií v různých typech států v závislosti na jejich ekonomických možnostech. Jako v členské zemi EU totiž tvorba příslušných politik podléhá nejen programům a rozhodnutím tvořených na národní úrovni, ale také na úrovni mezinárodní.

V druhé části práce bych ráda zmapovala působení neziskového sektoru v oblasti politiky duševního zdraví, které se může manifestovat jak v podobě přímého působení na proces tvorby politiky duševního zdraví, nebo následně se s již vytvořenými politikami vyrovnávat. Neziskový sektor se jako významný aktér podílí na péči o duševně nemocné a to především prostřednictvím mnoha organizací umožňující duševně nemocným vést běžný život. Zároveň se neziskové organizace svými zásahy a přispěním často podílí při tvorbě nových programů a politik, právě protože neziskový sektor je významným hráčem na poli péče o duševní zdraví.

### 1) *Předpokládané metody zpracování a předběžná struktura*

Použiji především metody analýzy veřejné politiky a vybraných událostí (analýza problémů ve veřejné politice, klasifikace aktérů a jejich zájmů, legislativní procesy, východiska, srovnání legislativy v rámci péče o duševně nemocné), obecné metody (obecná metodologie věd, jak psát odbornou práci) a sociologické metody (využití údajů sociologických dotazníkových šetření či rozhovorů).

Dále použiji empirické údaje např. o nemocnosti, službách či ekonomických výdajích (epidemiologická data, statistická data o spotřebě péče a síti služeb, sociologické výzkumy a marketingové výzkumy), rozhovory se zainteresovanými aktéry.

Pravděpodobně také využiji longitudinální analýzu a zachycení vývoje v čase.

Základní struktura mé práce bude zhruba následující:

- 1) současné klíčové problémy v oblasti duševního zdraví, prevence a zdraví
- 2) mezinárodní srovnání přístupů k politice duševního zdraví ve vybraných státech
- 3) analýza tvorby a realizace politik duševního zdraví na úrovni EU
- 4) diskuse výsledků analýz ve vztahu k vývoji v ČR
- 5) analýza vlivu neziskového sektoru na tvorbu politik zaměřených na duševní zdraví v průběhu času
- 6) zmapování možností neziskového sektoru při poskytování služeb duševně nemocným
- 7) případná analýza dobré praxe ve vybraném státu EU

### 2) *Orientační seznam literatury*

*Monografie*

- Danzer, G., *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*, Praha, 2001
- Dzúrová, D., *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech: (výsledky výběrového šetření v České republice)*, Praha, 2000
- Goulli. *Neziskový sektor v ČR*
- Kebza, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha 2005
- Křivohlavý J., *Psychologie zdraví*, Praha, 2001
- Patton, C., V., Sawicki, D., S. *Basic Methods of Policy Analysis and Planning* (Second Edition). New Jersey: Englewood Cliffs, 1993
- PFEIFFER, J. a kol. *Politika péče o duševní zdraví v ČR. Cesty k její realizaci*. Praha: Open Society Fund, 2005. 37 s.
- Styx Petr. *O psychiatrii: Jak žít a jak jednat s duševně nemocnými lidmi*. Computer Press: Brno 2003
- Rennie, T. A. C., *Mental health in modern society*, New York, 1948
- Škoda, C., *Duševní zdraví obyvatel ČR včera, dnes a zítra: z pohledu spotřeby zdravotnických služeb*, Praha, 1996
- Salačová, L. *Zdraví v nové perspektivě*, Praha, 1994.

#### *Internetové zdroje*

- [www.eurostat.eu](http://www.eurostat.eu)
- [www.mapasluzeb.cz](http://www.mapasluzeb.cz)
- [www.osn.cz](http://www.osn.cz)
- [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)
- [www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)
- [www.who.dk](http://www.who.dk)
- [www.who.int](http://www.who.int) - reporty atd. (WHO Report 2001)

#### *Diplomové práce a další zdroje informací*

- Kovářníková, K. *Nestátní neziskové organizace jako aktér procesu zavádění kvality v sociálních službách*. Praha.
- Fujanová, I. *Péče o duševně nemocné v nestátních neziskových organizacích*. Praha.
- Šlachťová, H. *Státní správa a nestátní neziskové organizace v oblasti ochrany veřejného zdraví*. Praha.

- sociologické výzkumy týkající se názorů veřejnosti na obecné problémy a údaje o spotřebě péče
- rozhovory s představiteli neziskového sektoru a se zainteresovanými aktéry

Diplomantka: Veronika Panchartková

Podpis:

Konzultantka: Ing. Bohumila Čabanová, PhD.

Podpis:

## 1. Úvod

Téma duševního zdraví jsem si vybrala především ze dvou důvodů: jednak proto, že jsem se mu v jiné variantě věnovala již ve své bakalářské práci a disponuji už tak jistou informační základnou, což mi umožnilo v následující práci stavět na již nabitých poznatcích a využívat některé z již objevených informačních zdrojů. Dále také proto, že problematika duševního zdraví je živé a aktuální téma týkající se mnohého z nás a o němž se stále více mluví i na mezinárodní úrovni politiky. V neposlední řadě to bylo také zjištění o tom, jak málo lidí má povědomí o duševních nemocech (setkala jsem se i s lidmi, kteří duševní nemoc nepovažují za nemoc) v porovnání s tím, jak je v dnešním světě výskyt duševních nemocí častý a díky modernímu způsobu života (stres, sladřování pracovních a rodinných povinností, urbanizace aj.) i mnohem častěji ohrožující každého z nás.

V reakci na současné problémy, jímž duševní zdraví a péče o duševně nemocné dozajista je, by se dalo očekávat, že kromě nadnárodních a mezinárodních organizací a jejich projektů (ať už nastolením agendy, vnikem programových dokumentů či realizací výzkumů) se problematikou duševního zdraví - a v poslední době podle trendů ve vyspělých státech především transformací péče - bude zabývat i ČR. Tak tomu v ČR bohužel ale není, a ačkoliv jsou některé podstatné složky péče o duševně nemocné opakovaně kritizovány a to z několika stran (Nestátní neziskové organizace<sup>1</sup> a jejich volání po samostatném zákonu pro duševně nemocné [OSPDN, 2009], ombudsman Motejl se svojí zprávou o stavu psychiatrických léčeben [Motejl, 2008], Centrum pro rozvoj péče o duševně nemocné a jejich koncepční dokumenty o možnostech reformy české psychiatrie Politika péče a další [Pfeiffer a kol., 2005, ]), příliš zásadních změn se bohužel ze strany rozhodovatelů neděje.

V již zmiňovaném procesu transformace psychiatrie, která díky mnohým faktorům probíhá stále relativně pomalu, hraje také významnou roli fakt, že péče o duševně nemocné ve svých různých aspektech spadá pod ministerstvo práce a sociálních věcí i pod ministerstvo zdravotnictví, takže toto rozvětvení je často faktickým problémem pro podniknutí velkých změn - např. v oblasti financování psychiatrické péče, kde vedle sebe existují možnosti zdravotnické léčby a sociální péče psychiatrických pacientů. Ve složitém systému péče o psychiatrické pacienty hraje kromě státu důležitou roli neziskový sektor a jeho organizace, které v mnoha ohledech doplňují (ne-li nahrazuje) aktivity státu. Tzv. komunitní péči, která je právě jedním z důležitých kroků v probíhající transformaci psychiatrické péče, poskytují

---

<sup>1</sup> dále jen NNO. Více k charakteristice organizací a jejich právních forem viz kap. č. 7

z velké části organizace neziskového sektoru – a nejen tu: velkým problémem spojeným s přítomností psychické nemoci je stigma a sní spojená diskriminace psychicky nemocných. I v této oblasti je neziskový sektor poměrně aktivní v několika směrech, např. i zakládáním patientských sdružení, jejichž některé aktivity jsou zaměřené na destigmatizaci psychiatrických pacientů. Jaké další funkce ještě plní neziskové organizace v péči o duševně nemocné? Poskytuje služby, nebo se i jako společenský aktér podílí např. na tvorbě nových zákonů a jiných aktivitách? A jak jsou tyto služby územně rozloženy? Těmto a dalším otázkám se budu věnovat v mé diplomové práci.

## 2. Vymezení zkoumaného problému

Duševní zdraví je nedílnou složkou našeho celkového zdraví, která je podstatná nejen pro celkový dobrý zdravotní stav každého jednotlivce, ale i pro společnost jako celek. Společně s fyzickým zdravím a sociální pohodou tvoří tři základní složky, které jsou vzájemně propojené a jejichž kvalita do nejvyšší míry ovlivňuje schopnosti člověka uplatnit se v prostředí, ve kterém žije. V některých zemích ale právě duševní zdraví bývá často opomíjeno, protože je péče častěji věnována pouze tomu, co lze vidět-tedy nemocem těla. Dokladem toho je i fakt, že na celém světě jakoukoli formou duševní nemocí či poruchou chování trpí až 450 milionů lidí, z nichž jen část se dostane náležité a kvalitní péče. Duševní nemoci se tak dostávají na celosvětovém žebříčku nemocí a příčin pracovní neschopnosti mezi prvních 10 míst a jejich objem z celkového objemu nemocí je až 12% [WHO Report, 2001: 3].

V minulém století došlo k rozvoji léčebných metod (psychofarmaka, psychoterapie), ale i diagnostiky v této oblasti, což znamenalo i lepší pochopení těchto nemocí. V průběhu staletí byly duševní nemoci považovány za posedlost zlým duchem nebo za boží trest, až postupně začaly být považovány za projev onemocnění mozku [Foucault, 1994; Vacek, 1996]. Zhruba až do 50. let 20. století tak byla lůžková péče až na výjimky zajišťována v psychiatrických léčebnách (bez rozlišení akutní či dlouhodobé péče): postupně bylo s rozvojem psychofarmak možné zkracovat dobu hospitalizace, propouštět pacienty do domácí léčby a snižovat tak počet lůžek. Dále také dochází k prohloubení poznatků v oblasti determinant zdraví (biologických, sociálních či ekonomických faktorů), ale zároveň také dochází ke změnám ve vývoji nemocnosti. Velký vliv má v souvislosti s vývojem nemocí prevence, jejíž pozitivní dopad je empiricky podložen. Na základě těchto vývojových trendů se tak mění přístupy k tvorbě a realizaci zdravotní politiky v oblasti duševního zdraví (aktivity WHO Report 2001, EU-Green Paper 2005). Otázkou však zůstává, jak efektivní tento proces je.

Znepokojivým faktem také zůstává, že čtyři z deseti zemí nemají explicitní politiku duševního zdraví a průměrně každá třetí země nemá žádnou politiku zaměřenou na zneužívání drog a alkoholu [WHO Report, 2001: 77]. Kritickou reflexí tohoto vývoje se dlouhodobě zabývá např. WHO, která je významným iniciátorem nastolení agendy (např. konference v Helsinkách 2005). Organizace spojených národů (dále OSN) již v roce 1992 přijala na

valném shromáždění rezoluci č. 119, která prohlašuje léčbu duševní nemoci za lidské právo. Tato rezoluce měla kromě zlepšení péče o duševně nemocné také snahu bojovat proti diskriminaci s duševními nemocemi spojenou. Aktuální situace tak poskytuje náměty k diskusi, která může inspirovat tvůrce politik jak v České republice, tak ve zbytku Evropy. Evropská unie se aktuálním problémům věnuje např. v Green Paperu z r. 2005 (Improving the mental health of the population. Towards strategy on mental health in the European Union), dále pak např. Evropská observatoř v Policy Briefs I, II a III či WHO Mental Health Report z r. 2001).

Jak je zřejmé z výše zmíněného, kromě vlivu státu a jím tvořených politik hrají v procesu zkvalitňování péče o duševně nemocné významnou roli také mezinárodní instituce, jež svými doporučeními - do různé míry pro nás závaznými – ovlivňují současný stav a vývoj politik a programů zaměřených na zlepšení péče a života duševně nemocných. Dalším významným aktérem, jehož role je v procesu zkvalitňování péče a života duševně nemocných neméně podstatná, je neziskový sektor. Jako tzv. třetí sektor doplňuje strukturu nejvýznamnějších regulátorů, jež se podílejí na udržování či proměně sociální organizace, tj. státu a soukromého sektoru [Potůček a kol., 2005]. Neziskový sektor tak tvoří nedílnou složku ve struktuře organizace péče o duševně nemocné, a to v několika jejích dimenzích. Neziskové organizace se podílejí jak např. na právní pomoci duševně nemocným, na zlepšení obrazu duševně nemocných ve společnosti a jejich destigmatizaci, na začleňování duševně nemocných na trh práce, ale důležitá jsou také svépomocná sdružení příbuzných či samotných duševně nemocných. Působení jednotlivých organizací a institucí zabývajících se péčí o duševně nemocné se často vzájemně velmi prolíná a navzájem ovlivňuje: v praxi tak např. spolupracují neziskové organizace jak se státem zřizovanými psychiatrickými léčebnami, tak např. i s oborovými sdruženími, jako je Sdružení praktických lékařů České republiky (ČR) [www.cmhcd.cz].

Ovšem jak někteří autoři poukazují (např. Frič), pozice neziskového sektoru a vývoj neziskových organizací vůbec, je velmi často ovlivněna právě přístupem státu; na jedné straně je neziskový sektor významně závislý na postoji státu např. v oblasti financování, na straně druhé je na něm velmi nezávislý, co se týká spektra poskytovaných služeb a jejich charakteru. Kromě neziskových organizací zaměřených na podporu zdraví a sociální služby, které mě se zaměřením na duševní zdraví budou v práci zajímat, existují i další oblasti podporované neziskovým sektorem (ekologie, komunitní rozvoj, profesní zájmy, kultura a sport či školství) [Frič, Goulli, 2001]. Také pohled na neziskový sektor z mezinárodní perspektivy poskytuje



zajímavý vhled a následné porovnání s povahou neziskového sektoru v České republice. Ačkoli neziskový sektor v České republice tvoří významnou ekonomickou sílu (v r. 1995 pracovalo v neziskovém sektoru v přepočtu na plné pracovní úvazky okolo 74 tis. pracovníků), v porovnání se západními zeměmi je velikost neziskového sektoru v České republice spíše podprůměrná (co se týká podílu neziskového sektoru na tvorbě HDP<sup>2</sup>), na druhou stranu ve srovnání se zeměmi střední a východní Evropy je český neziskový sektor největší [tamtéž].

Mezi neziskové organizace aktivně se podílející na péči o duševně nemocné pak patří např. Česká asociace pro psychické zdraví, o. s. Kolumbus, Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví, SYMPATHEA, o.p.s., Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, FOKUS – Sdružení pro péči o duševně nemocné, Green Doors o. s., o. s. Baobab a o. s. ESET-HELP. Na dalších stránkách se také snažím využívat jejich poznatků a také využívám při analýze informace přímo poskytnuté některými těmito organizacemi.

---

<sup>2</sup> Podíl neziskového sektoru na tvorbě HDP činil v r. 1995 1,6%, přičemž průměr ve 22 vybraných evropských státech, je ve stejném roce 4,6% [Frič, Goulli, 2001] .

### 3. Stanovení výzkumných cílů a otázek

Hlavním cílem práce je **na základě analýzy zkoumaného problému posoudit roli neziskového sektoru v oblasti péče o duševní zdraví a případně navrhnout možnosti dalšího rozvoje (např. lepší spolupráce se státním zdravotnictvím).**

**Dílčích cílů** mé práce je několik, a to v závislosti na struktuře problému:

1. zachytit základní tendence v oblasti vývoju konceptů duševního zdraví a zacházení s duševně nemocnými; popř. zachytit základní problémy v péči o duševně nemocné, zjistit, jaká je spotřeba péče a zátěž duševními nemocemi,
2. zjistit, jakým způsobem je v ČR zahrnuta problematika duševního zdraví v oblasti tvorby politiky, jakým způsobem se politika duševního zdraví vyrovnává s požadavky kladenými jak zainteresovanými aktéry zde v ČR, tak i mezinárodními organizacemi, jako je EU apod.,
3. odhalit, jakým způsobem v oblasti duševního zdraví funguje neziskový sektor, který je v oblasti poskytování sociálních služeb významným aktérem; obecně jaká je pozice neziskového sektoru a jeho zasazení do společenského a legislativního rámce,
4. zachytit soustavu služeb poskytovaných neziskovým sektorem v oblasti péče o duševní zdraví, její regionální rozložení a charakter poskytovaných služeb,
5. poznat principy ovlivňování politiky duševního zdraví – do jaké míry se podílí neziskový sektor, jaký je případně jeho vztah ke státu v souvislosti s péčí o duševní zdraví,
6. případně navrhnout možnosti dalšího rozvoje (např. lepší spolupráce se státním zdravotnictvím).

Z výše zmíněných cílů práce vyplývají následující **výzkumné otázky**:

1. Co je duševní zdraví a jaká je jeho důležitost a přínos pro jedince a společnost, ve kterém žije?
2. Jak se vyvíjel koncept duševního zdraví a přístup k duševně nemocným v průběhu času a v reakci na sílící uplatňování principu kvality života pro každého jedince?
3. Jak se utváří politika duševního zdraví, existuje nějaká explicitní politika v ČR?
4. Jaká je spotřeba péče a zátěž duševními nemocemi v ČR?

5. Jak funguje neziskový sektor v oblasti péče o duševní zdraví, jaké jeho legislativní a společenské zakotvení a jak se podílí na systému péče o duševní zdraví?
6. Jak ovlivňují organizace neziskové sektoru politiku duševního zdraví – existuje např. spolupráci se státem?

## 4. Metodologie práce a způsoby sběru dat

Ve své práci jsem využila především následující metody:

### 4.1. *Analýza dokumentů a sekundární analýza dat*

Při analýze dokumentů jsem využila dokumenty, které již zpracovali daní odborníci na téma (resp. jeho různé části a aspekty), kterému se ve své práci věnuji. Využila jsem jich, protože k mnoha informacím bych se jen stěží dostala, ale také protože jejich autoři jsou odborníci ve svém oboru a tématu se věnují již řadu let. Jde tak např. o dokumenty P. Friče jako odborníka na neziskový sektor, O. Pěče a V. Probstové v oblasti psychiatrické rehabilitace a dalších. Dále také používám dokumenty významných mezinárodních a nadnárodních organizací, jež se prosazují v oblasti péče o duševní zdraví, jako je např. WHO, OSN či EU.

Ve své práci jsem také využila již sebraná statistická data existující o dané problematice. V mém případě to byla především data (např. statistické ročenky) Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR o spotřebě péče, počtu duševně nemocných, době hospitalizace duševně nemocných atp. Dále jsem také využila data z reprezentativního sociologického výzkumu týkajícího se názorů na schizofrenii společnosti DEMA.

### 4.2. *Dotazníkové šetření*

V rámci své práce jsem také využila metodu primárního sběru dat, a to standardizovaným dotazníkovým šetřením. Tento nástroj jsem zvolila především kvůli časové úspoře a kapacitních omezení, ale hlavně protože jsem chtěla získat informace přímo od subjektů, o kterých v mé práci pojednávám a ty se jinou cestou (právě i vzhledem k regionálnímu rozložení a časové náročnosti) daly jen velmi obtížně získat.

Cílovou skupinou jsou NNO působící v oblasti péče o duševní zdraví. Protože mě ale zajímá i jejich skupinová činnost, tedy v rámci jakéhokoliv sdružování, použila jsem při výběru právě hledisko sdružování a na internetových stránkách jsem objevila Asociaci komunitních služeb sdružující právě NNO poskytující péči a služby duševně nemocným. Oslovila jsem všech dvacet jedna členů (mailovou poštou), ovšem vyplněných dotazníků se mi i po opakované žádosti vrátilo jen osm. Nekladu si ale nejmenší nároky na reprezentativitu výzkumu, tedy že by se výsledky daly zobecnit na celou populaci, protože každá informace je

cenná a získanými daty tak jen dokresluji zjištění z dalších dokumentů: snažím se skrze sebrané informace pouze potvrdit (nebo vyvrátit) zjištění, která např. platí obecně o neziskovém sektoru i pro oblast NNO v péči o duševně nemocné. Důležitým pozitivem i v tak malém vzorku je regionální rozložení odpovědí: čistou náhodou jsou odpovědi z NNO sídlících v oblastech téměř celé ČR. Jsou zde názory organizací ze severních a západních Čech, z Prahy, z Vysočiny, z Moravy i Slezska a jedna organizace má pobočky ve všech větších městech v ČR. První dvě otázky byly otevřené, u třetí až páté a sedmé otázky byla možnost odpovědi jen ano-ne a u šesté otázky pátrající po frekvenci využití dané možnosti bylo možné zvolit mezi pravidelně-občas-ne.

Pro účely své práce jsem si vytvořila vlastní dotazník (viz Příloha č. 3), ve kterém nejdříve zjišťuji identifikační údaje o dané organizaci, poté jsem činnost v rámci Asociace a subjektivní vnímání úspěchu dosaženém v rámci Asociace, dále zjišťuji míru zapojení NNO do rozhodovacího procesu a spolupráci s orgány na úrovni obce a města (přičemž jsem se inspirovala jednou otázkou strukturovanou do několika podotázek z výzkumu Cheval, který užívá Frič ve své kapitole o neziskovém sektoru v empirických výzkumech [Frič, 2008]) a v poslední části mě zajímá aktivita NNO na úrovni centrálních státních orgánů.

### ***4.3. Studium odborných pramenů***

Ve své práci také používám odborné články, a to jak z časopisů, tak internetových verzí časopisů. Dále také čerpám z některých právních předpisů, jež se vztahují k problematice duševního zdraví.

### ***4.4. Odborné konzultace***

V rámci své praxe jsem také průběžně konzultovala jednotlivá témata s vedoucím mé praxe Mgr. Martínkem, který mi skrze své působení v neziskové organizaci zaměřené na rozvoj péče o duševní zdraví (Česká asociace pro psychické zdraví) poskytl cenné informace a náhled na souvislosti v dané problematice. Také jsem skrze mailovou poštu komunikovala s předsedou Národní rady pro zdravotně postižené (NRZP) V. Krásou, který mi osvětlil určité kroky podnikané NRZP v oblasti ochrany práv duševně nemocných.

#### **4.5. Analýza politiky**

Ve své práci také částečně aplikuji analýzu veřejné politiky a to především při analýze existujících politik duševního zdraví na národní i nadnárodní úrovni skrze přijaté programy či významné události. Částečně také využívám koncept aktérů a to při zkoumání možností neziskového sektoru právě jako společenského aktéra v oblasti péče o duševní zdraví.

Na tomto místě bych ještě vysvětlila dvě terminologické záležitosti: v celém textu používám ve vztahu k člověku trpícího psychickou nemocí buď slovo pacient, nebo klient, nebo uživatel služby. Pokaždé ovšem mám na mysli stejný „objekt“, ale pokaždé je zdůrazněn trochu jiný aspekt: v případě, že jde o poskytování psychiatrické péče, mluvím spíše o pacientovi (stejně tak jako autoři odborné literatury, kterou používám), mluvím-li o službách poskytovaných neziskovým sektorem, užívám spíše termín klient nebo uživatel služeb (některé služby se kupují, proto klient, některé jsou bezplatné a jen se užívají, proto uživatel).

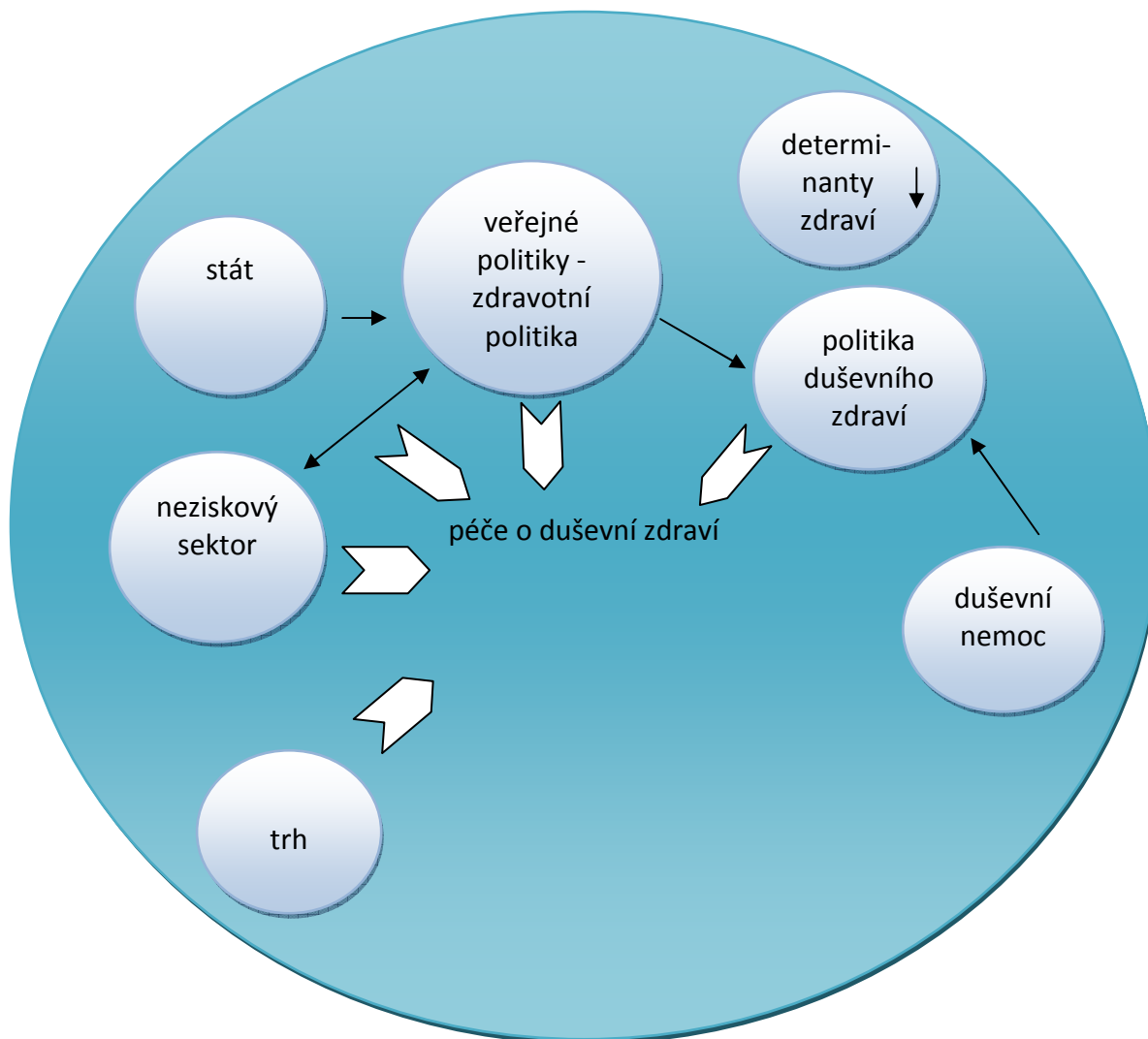
Druhou je používání zkratky NNO pro nestátní neziskové organizace, což zároveň zjednodušeně občas nazvu pouze neziskový sektor (užívám to tak ve své práci, i když realita je mnohem složitější – viz kap. 7.1 o legislativním prostředí neziskového sektoru).

## 5. Teoretická východiska a koncepty

### 5.1. Konceptuální mapa

Na následující mapě jsem se pokusila zachytit základní vztahy ovlivňující péči o duševní zdraví (obr. č. 1)

Obrázek 1: Konceptuální mapa



zdroj: autorka

### 5.2. Duševní zdraví a jeho determinanty

S vývojem poznání společnosti se zjišťuje, že zdraví a celková pohoda je klíčovým prvkem v životě každého člověka. V poslední době se postupně mění chápání konceptu zdraví a rozšiřuje se o nové poznatky z oblasti psychologie, sociologie a ekonomie. Existuje mnoho

konceptů zdraví, ale většinou se do něj zahrnuje fyzická i psychická zdatnost. Tomu odpovídá i definice zdraví podle WHO, která říká, že „*zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody*“, tzv. well-being - ne jen nepřítomnost nemoci [WHO Report, 2001].

Koncept duševního zdraví má více variant lišících se podle autorů. G. E. Vaillant [Vaillant, 2003] uvádí 6 základních konceptů duševního zdraví, které mají jak své přednosti, tak vždy i drobné nedostatky, proto je zde uvádím všechny.

Prvním konceptem je pojetí duševního zdraví jako *prostředku zvládnání každodenního života*. Již A. Quetelet<sup>3</sup> se v r. 1835 snažil definovat spíše než to, co je patologické to, co je dobré [Quetelet, 1842 In Vaillant, 2003: 1374]. Podle Jahody by duševně zdravý člověk měl mít své pocity a integritu osobnosti, měl by být orientován směrem k budoucnosti a investovat do života, měl by být odolný vůči stresu a schopný práce, milovat a řešit životní problémy [Jahoda, 1958 In Vaillant, 2003: 1375].

Druhým pojetím je pojetí duševní zdraví jako *pozitivní psychologie*. Přijmutí pozitivního postoje totiž neslouží jen jako behaviorální léčba, ale může vést i k pozitivnímu duševnímu stavu. Zastánci pozitivní psychologie by chtěli vybudovat kvality, které by jednotlivcům pomohly život nejen přežít a vydržet, ale užít si ho. Model pozitivní psychologie je popisován následovně [Peterson, Seligman, 2003 In Vaillant, 2003: 1375]: člověk by měl mít oboustranné vztahy, měl by být velkorysý a vlídný, umírněný-schopný odpouštět, skromný a opatrný, přiměřeně zvědavý a zvědavý, měl by být schopný pracovat v týmu a mít pocity loajality, měl by být vděčný apod.

Další pohled na duševní zdraví je jeho pojetí jako *zralosti*. Vaillant poukazuje na skutečnost, že mozek je na rozdíl od tělesných orgánů plastický a během času se proměňuje a do určité míry tento proces zrání odráží i duševní zdraví: z toho je patrné, že tento model duševního zdraví zakládá na předpokladu, že větší fyzická zralost odráží větší duševní zdraví [Vaillant, 2003: 1377]. Asociace duševního zdraví se zralostí je pravděpodobně také navozena faktem, že i sociální a emocionální inteligence se vyvíjí v čase.

Duševní zdraví jako *socio-emocionální inteligence* nám ukazuje přístup k duševnímu zdraví s důrazem na rozvoj schopností jednat ve skupině. Schopnost dokázat odhadnout

---

<sup>3</sup> Adolphe Quetelet byl belgický astronom, statistik a sociolog 19. století, který začal zavádět statistické metody do sociálních věd a zabýval se rovněž veřejným zdravím [http://en.wikipedia.org/wiki/Adolphe\_Quetelet#Public\_health] [cit. 2010-05-05]



pocity druhých je bezesporu klíčem k úspěšnému zvládnání každodenních situací: tato skutečnost je patrná již ve školním věku, kdy dítě musí pochopit, jak se ve kterých situacích smí či má chovat a jak vycházet s ostatními dětmi, což následovně zvyšuje i jeho popularitu mezi ostatními [Oden, Schweinhart, Weikart, 2000 In Vaillant, 2003: 1379].

Nový náhled na duševní zdraví je také z pohledu *subjektivní pohody*. Kromě toho, jak pozitivně působíme na ostatní je především podstatné to, jak se sami uvnitř cítíme a jaká je naše duševní pohoda. Od r. 1967, kdy byla „šťastná osoba“ definována jako mladý, zdravý, vzdělaný, dobře placený, extrovertní, optimistický, bezproblémový, nábožensky založený člověk a v manželském svazku s vysokým vlastním sebehodnocením [Wilson, 1967 In Vaillant, 2003: 1380], proběhlo několik změn. Snahy vedly k reálné definici příčinných parametrů subjektivní pohody. Zjištěním bylo, že subjektivní pohoda má větší účinek na okolí, než okolí na duševní pohodu. Subjektivní pocit duševní pohody je vysoce dědičný a relativně nezávislý na demografických proměnných. Důležitá je soběstačnost, vlastní autonomie a vztahy spíše než např. peníze [Vaillant, 2003: 1380].

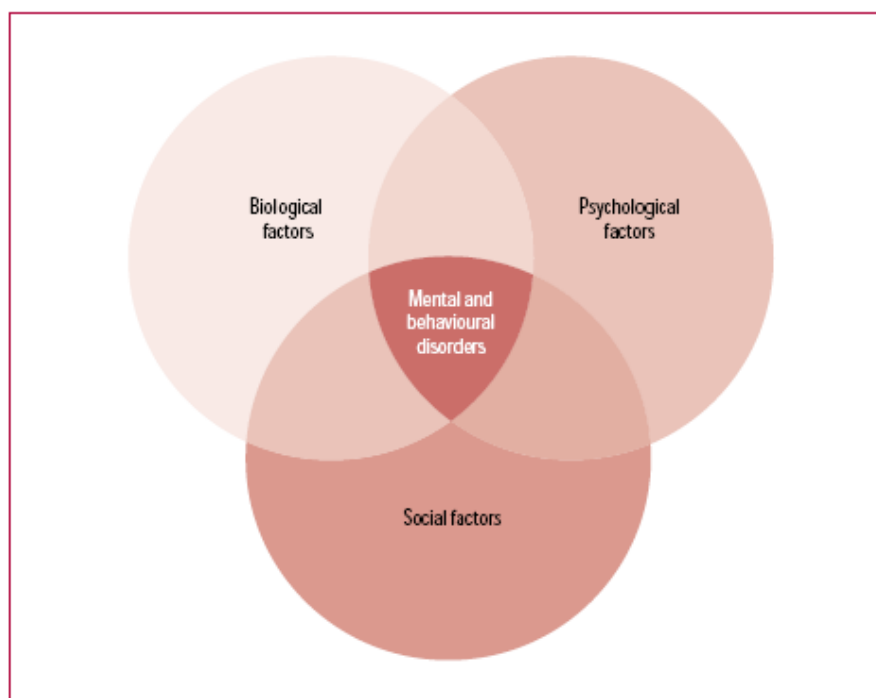
Jako poslední koncept se nám ukazuje pojetí duševního zdraví jako *odolnosti*, který je velmi dobře uplatnitelný v dnešním hektickém světě. Dnes je již známým faktem, že odolnost či síla ducha (duševního zdraví), velmi ovlivňuje např. délku léčby či obecně náchylnost k nemocem. Jsou tři základní třídy mechanismů ke zvládnání stresových situací: v některých situacích si člověk od stresu uleví tím, že se spoléhá na sociální podporu, další jsou vědomé kognitivní strategie záměrně užívané ke zvládnutí stresu [Lazarus, 1984 In Vaillant, 2003: 1381] a nakonec to jsou nedobrovolné mentální mechanismy sloužící jako obranné mechanismy, jako je úzkost a deprese [Freud, 1937 In Vaillant, 2003: 1381]. Tyto obranné mechanismy redukuje konflikty a nesoulad během změn v realitě (vnitřní a vnější). Obrana samozřejmě slouží ke zmírnění konfliktu a minimalizaci stresu.

Stav úplného zdraví je tedy velmi komplexním jevem: k jeho dosažení musíme brát v potaz několik důležitých faktorů, jejichž existence do různé míry ovlivňuje celkové zdraví jedince. V následujícím pořadí jsou seřazeny faktory tak, jak jsou podle Žáčka rozhodující ve svém vlivu na celkový zdravotní stav [Žáček, 1984]: stav a kvalita prostředí, společenský systém péče o zdraví obyvatelstva státu, postoje a chování lidí k vlastnímu zdraví a genetické faktory. Od r. 1984 se tento koncept mírně obměnil a soubor determinant se přesněji specifikoval a zároveň se podařilo i do určité míry stanovit váhu jednotlivých determinant. Williams tak přikládá nejvyšší důležitost individuálnímu chování (na zdraví jednotlivce se

svým vlivem podílí až 40%), o něco slabší vliv má genetika a životní prostředí, ve kterém jedinec žije (20% a 20%) a za nejslabší faktor považuje zdravotní péči (10%) [Williams, 1990].

Urbanizace, chudoba a technologický pokrok jsou ruku v ruce spojeny i s rostoucím počtem duševně nemocných a to v závislosti na jednotlivé lokalitě, pohlaví, sociálním statusu a jiných faktorech (vzájemný poměr faktorů ovlivňující duševní zdraví lze názorně vidět na následujícím obrázku č. 2). Charakter současné společnosti má často za následek zvyšující se procento stresorů negativně působících na obyvatele; jde jak o jakési makro faktory, jako je např. postupné znečišťování prostředí či častý výskyt přelidněných oblastí, ale i mikro faktory dotýkající se každodenního života většiny populace, jako je stres na pracovišti, rostoucí nároky na sladění rodinného a pracovního života, udržení si dosažené životní úrovně apod. Jak je náročné udržet si zaměstnání zajišťující uspokojivou životní úroveň a zabezpečit základní potřeby, jako je bydlení, strava, vzdělání apod. je patrné ze zprávy WHO: zhruba polovina urbanizované populace z rozvojových zemí žije v chudobě a miliony lidí jsou bez domova [WHO Report, 2001].:

**Obrázek 2: Vztah biologických, psychologických a sociálních faktorů na duševní nemoc**



*zdroj: WHO Report, 2001*

### **5.3. Duševní nemoc a mentální retardace**

Po staletí se vědci dohadují, nakolik mají geny a prostředí vliv na vznik a průběh nemocí. Podle důkazů moderní vědy se charakterizují duševní nemoci jako výsledek vlivu jak genetických predispozic, tak i životních podmínek společně v interakci s psychologickými, biologickými a sociálnímu faktory [Williams, 1990].

Duševní nemoci jsou tedy nahlíženy z mnoha hledisek a velmi často jsou zapříčiněny kombinací více faktorů - a to jak genetických predispozic, tak např. i působením vnějšího prostředí, ve kterém člověk s duševní nemocí žije. Chování okolí je totiž důležité i v tom, jak se sám duševně nemocný se svojí nemocí vyrovná. Často totiž takto nemocní lidé bývají označováni za podivíny a někdy jsou okolím velmi rychle odsouzeni-za svoji nemoc si mohou sami, protože každý se chová podle svého nejlepšího vědomí a svědomí a ti, kteří činí opak a chovají se nepřijatelně, jsou označeni jako nenormální [Umanoff, 2010].

V diskusi o duševních nemocech je třeba si uvědomit velmi důležitý fakt – a to rozdíl mezi duševní nemocí a mentální retardací. Rozeznání tohoto je klíčové, protože lidé s duševním onemocněním mají jiné potřeby, potřebují tedy jinou péči, ale i celkové zacházení s duševně nemocnými a mentálně retardovanými je jiné. Jak je patrné z obrázku č. 3, duševně nemocní vyžadují jak lékařskou pomoc, tak i psychoterapii a medikamentózní léčbu, obvykle nemají postižený intelekt a pokud je jejich nemoc pod kontrolou, mohou žít většinou samostatně [Mental Health Europe, 2009]. Oproti tomu mentální retardace je spojována se znaky, jako je významně snížená úroveň rozumových schopností, obtížnější adaptace na běžné životní podmínky a celkově výskyt zmíněných problémů od časného dětství. Mentální retardace není tělesnou chorobou, ale je to stav, který není přechodný a provází člověka po celý život a je to tedy nevratný stav, a proto se nemůže – na rozdíl od duševní nemoci- léčit, ale pouze částečně napravit systematickou podporou rozvoje dovedností a schopností adaptovat se na nároky společnosti, ve které postižený žije [Durecová; 2007].

Obrázek 3: Rozdíly mezi mentální retardací a mentálním onemocněním

Mentální postižení	Duševní onemocnění
Mentální postižení je stav neměnný. Intelekt lidí s mentálním postižením se vyvíjí pomaleji. Mentální postižení a zpomalený vývoj intelektu nelze ovlivnit medikamentózně.	Člověk s duševním onemocněním je pacient. Duševní nemoc je možné pozitivně ovlivnit medikamenty, psychoterapií a dalšími prostředky. Intelekt duševně nemocného člověka nebývá postižen.
Na vznik mentálního postižení mají vliv: genetické příčiny a faktory, které působí na plod v průběhu těhotenství, v průběhu porodu nebo těsně po porodu (infekce, nedostatečné zásobení plodu kyslíkem před porodem a při porodu atd.).	Duševní onemocnění může také vzniknout na genetickém nebo biologickém podkladě, ale často je také výsledkem nezvládnutí náročných životních situací, které vedou k depresi, úzkosti a pocitu zmatenosti.
Mentální postižení nevzniká ze sociálních nebo psychologických příčin.	Duševní onemocnění může vzniknout ze sociálních a psychologických příčin, jako je ztráta zaměstnání, úmrtí blízké osoby atd.
Potíže v učení a porozumění informacím vedou k problémům ve škole, v pracovním zařazení a stěžují zapojení do běžného života ve společnosti. Existuje mnoho druhů a stupňů mentálního postižení. Každý druh a stupeň mentálního postižení vyžaduje jiný přístup a různý stupeň podpory.	Duševní onemocnění zasahuje různé složky osobnosti: myšlení, citovou složku, volní složku a další. Klinický obraz duševních nemocí je různorodý a každá nemoc vyžaduje jiný způsob léčby a jiný přístup.
Mentální postižení je stav trvalý a neměnný.	Duševní onemocnění se často opakuje v různě dlouhých periodách.
K tomu, aby se mohli zařadit do běžného života, potřebují lidé s mentálním postižením vzdělání, přiměřenou podporu a terapii zaměřenou na rozvoj jejich myšlení, schopností a dovedností.	Lidé duševně nemocní obvykle procházejí krátkodobou léčbou ve zdravotnickém zařízení a poté potřebují dlouhodobou podporu v běžném životě.

zdroj: *Mentah Health Europe*

Duševní nemoci a poruchy chování jsou dnes definovány podle International statistical classification of diseases and related health problems, neboli Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jako kombinace abnormálního myšlení, emocí a chování ve vzájemném vztahu [WHO Report, 2001]. Duševní nemoci bývají často spojené se závažnou úzkostí nebo dysfunkcí, což může vyvolat kognitivní a emocionální poruchy a poruchy v chování. Mezi nejčastější duševní nemoci patří deprese, úzkost, bipolární afektivní porucha (tzv. maniodepresivní psychóza, která způsobuje výrazné změny nálad od euforických stavů až po těžké deprese v některých případech vedoucích k sebevraždám) a schizofrenie, ale i „lehčí“ formy duševních nemocí, jako je alkoholismus a jiné závislosti [ÚZIS, 2009c].

#### **5.4. Veřejná politika a zdravotní politika**

Veřejnou politiku lze nahlížet ze dvou úhlů, a to buď jako vědní disciplínu, či sociální praxi. Veřejná politika jako sociální praxe je oblastí, ve které se střetávají individuálně a společensky vzniklé veřejné zájmy se zájmy individuálními, skupinovými a institucionálními [Potůček, 2005].

Definice veřejné politiky se různí. V pojetí veřejné politiky jako sociální praxe je to dlouhodobý proces událostí, cyklus, který zahrnuje několik fází od identifikace problému až po implementaci jednotlivých opatření. Zjednodušený a základní model veřejné politiky obsahuje čtyři fáze - nejprve dochází k identifikaci a uznání sociálního problému, dále k rozhodnutí ve veřejné politice, k implementaci těchto rozhodnutí a nakonec k hodnocení veřejné politiky [Howlett, Ramesh, 1995]. Různé jsou i metody zkoumání veřejné politiky, tedy jak konkrétně se postupuje v její analýze, co všechno se do ní zahrnuje-jaké jsou proměnné (např. socioekonomické faktory apod.), kdo všechno má vliv na politické dění (aktéři-stát, neziskové organizace, svépomocná sdružení a další) nebo do jaké míry hraje roli politický systém převládající v dané zemi.

Nutným předpokladem pro to, aby se konkrétní problematika stala předmětem aktivit veřejné politiky, je její uznání jako veřejného zájmu. Veřejný zájem tedy vyjadřuje potřeby týkající se většího počtu lidí, hodnoty, o jejichž uskutečnění společnost usiluje a brání před ohrožením těchto potřeb [Purkrábek, 1999].

Kromě konkrétních politik má na společenské dění, tedy i na fungování neziskového sektoru, výrazný vliv i celkový politický vývoj a prostředí, který v dané zemi panuje. Ve vztahu k neziskovému sektoru se právě politické změny ukazují jako velmi důležitý faktor, zvláště pak ty velké, jakou byla např. Sametová revoluce v roce 1989. Tato událost je samozřejmě zlomovým bodem všeobecně, ale ve vztahu k neziskovému sektoru, jeho rozvoji, fungování a vůbec jeho budování, lze vidět silnou vazbu. Neziskový sektor po tomto zlomové okamžiku dostal příležitost podílet se na konsolidaci demokracie v postkomunistických zemích, přičemž představitelé neziskového sektoru měli oporu i ze strany politiků a úředníků [Frič, 2004]. Konsolidace neziskového sektoru by totiž nebyla možná bez pomoci státu, např. tvorbou legislativního prostředí (tvorbou příslušných zákonů umožňující fungování neziskových organizací); samotné politické prostředí ovšem bylo ve vztahu k neziskovému

sektoru velmi složité a podle Friče tak vznikla tři hlavní politická dilemata, jejichž finální a plné vyřešení prakticky probíhá dodnes [tamtéž: 13]:

1. *„Volba mezi tendencí vybudovat adekvátní legal background pro fungování různých typů neziskových organizací s cílem co nejvíce usnadnit jejich rozvoj na jedné straně a tendencí udržovat neziskové organizace v existenční nejistotě a v pohodlné vzdálenosti od rozhodovacích procesů na straně druhé“.*
2. *„Volba mezi náročnou restrukturalizací systému veřejného financování neziskových organizací na jedné straně a zachováním současného systému, který preferuje vůči státu konformní staré neziskové organizace na úkor problémových nových neziskových organizací na straně druhé“.*
3. *„Volba mezi zachováním „snadno“ říditelných „státních neziskových (servisních) organizací“ na jedné straně a otevřením většího prostoru pro soutěž, která by dala větší šance rozvoji soukromých neziskových organizací při poskytování služeb v oblastech, jako jsou školství, zdravotnictví a sociální péče na straně druhé“.*

Zdravotní politika je pak odvětvím veřejné politiky. Znamená to, že všechny akty, což jsou kromě vymezení problému i následující rozhodnutí a implementace opatření, jsou vykonávány správními a vládními útvary. Zdravotní politika pak může být definována jako rozhodovací procesy prováděné aktéry na různých úrovních zdravotnických systémů (nadmárodní, národní, regionální apod.) [Potůček, 2005: 312]. V případě zdravotní politiky jsou politické kroky směřované ke zlepšování zdraví skupin i národů, a to především tvorbou legislativních opatření (normy) a dále pak jejich následné uplatnění v praxi. Základním krokem při tvorbě koncepce je kritická analýza současného stavu zdraví, zdravotnického systému a společenských podmínek za spoluúčasti zainteresovaných odborníků a aktérů. Na jedné straně je tedy systém, který lze podrobit analýze, na straně druhé je pak prostředí, které je výstupy ze systému ovlivňováno (prostředí je kontext, ve kterém systém operuje). Tato dvě pole se vzájemně ovlivňují-zdravotní systém tak existuje v rámci prostředí zahrnujícího celou řadu vlivů, ať už politických, sociálních či biologických [Barker, 1996].

## 6. Duševní zdraví v ČR

### 6.1. Zdravotní politika v oblasti duševního zdraví

V devadesátých letech byl formulován koncept zátěže nemocemi (burden of disease), který umožnil globální hodnocení počtu ztracených let zdravého života v důsledku nemoci nebo invalidity. S využitím této metody bylo odhadnuto, že zátěž duševními a neurologickými nemocemi se na celkové zátěži průměrně podílí 12,7% (pro Ameriku tato hodnota činí 24,5%, pro Evropu 19,52%). Pro konkrétní vyčíslení se také používá koeficient DALY<sup>4</sup>: z dat WHO tak můžeme zjistit, že deprese jsou na třetím místě v žebříčku nemocí, které se nejčastěji podílejí na letech ztracených nemocí [WHO, 2008]. To už je vcelku závažný důvod, proč se jak na nadnárodní a následně i na národní úrovni zabývat duševním zdravím a odrážet tento fakt v přijatých politikách a programech.

Na nadnárodní úrovni se tématu duševního zdraví věnují různé organizace již několik takřka desítek let. Pro Světovou zdravotnickou organizaci bylo v roce 2001 téma duševní zdraví prioritou číslo jedna, přičemž výsledkem tohoto uznání byla obsáhlá zpráva z r. 2001 WHO Report Mental Health 2001 [WHO Report, 2001]. Tímto oficiálním krokem takovéto mezinárodní autority, kterou WHO dozajista je, se téma nalomeného duševního zdraví miliónů obyvatel veřejně otevřelo a začalo opravdu chápat jako problém.

Dalším významným nadnárodním účastníkem na poli duševního zdraví je Organizace spojených národů, která významnou mírou přispívá také v řešení problematiky duševních nemocí, především v oblasti práv duševně nemocných [OSN, 1991]. Dokument (Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care) specifikuje práva duševně nemocných v kontextu základních lidských práv, ale také ve vztahu ke kvalitní péči a diskrétnosti poskytovaných služeb.

Všechny tyto dokumenty mají ale převážně doporučující charakter, takže přímý vliv či tlak na tvorbu politik v jednotlivých zemích, tedy i ČR, to příliš nemá. Na obecnější rovině jsou tyto kroky ale velmi významné, protože nastolují agendu v oblasti politik duševního zdraví, nebo alespoň její rámec. Podívejme se tedy na situaci v ČR.

---

<sup>4</sup> disability-adjusted life year, což je souhrn let ztracených předčasnou smrtí v důsledku nemoci a počtem let ztracených nemocí [http://en.wikipedia.org/wiki/DALY] [cit. 2010-05-05].

Při porovnání s ostatními evropskými státy je péče o duševně nemocné pacienty u nás méně rozvinuta-jak z hlediska výdajů na tuto oblast z celkových zdravotnických prostředků (ČR je s 3% věnovaných na psychiatrickou péči z celkových zdravotnických výdajů téměř na nejnižší hladině v Evropě [Green Paper, 2005]), tak i z hlediska struktury péče: poměrně nerozvinutá je intermediární složka péče, kterou představují denní stacionáře, krizová centra či zařízení chráněného bydlení a práce, tedy především z pozice státu, ne tak již neziskového sektoru. V roce 2000 byla vytvořena nová koncepce oboru psychiatrie (nově pak revidovaná v r. 2008), která reaguje na postupný trend transformace péče a je tak podřízena hlavnímu cíli, kterým je péče o duševně nemocného a možnost podpory jeho přirozeného prostředí tak, aby byl sám schopen co nejvíce se vypořádat se svými potížemi. Hlavními složkami této koncepce je [Psychiatrická společnost ČLS JEP<sup>5</sup>, 2000]:

- redukce počtu lůžek v léčebnách,
- zřizování psychiatrických oddělení v nemocnicích s cílem posílit kapacity a dostupnost pro péči o akutní psychiatrické poruchy,
- vybudování téměř neexistující sítě krizových center, denních stacionářů apod.,
- větší zapojení pacientů a jejich zázemí do procesu léčby,
- systematické monitorování výkonnosti a kvality poskytované péče,
- působení proti přetrvávajícím předsudkům (stigma psychiatrie).

Otázka transformace psychiatrie je jednou z vážných a velmi důležitých oblastí zdravotnictví, kterou je především v souvislosti s destigmatizací tohoto oboru a zkvalitněním péče v ČR náležitě vnímat a následně vtělit do přijímaných politik. Psychiatrická onemocnění jsou čím dál častější diagnózou, což se nutně projevuje v potřebě kroků vedoucích ke zlepšení stávajícího systému péče a oblastí s tímto souvisejících (právní či ekonomická hlediska). Ačkoli se možná zdá, že se zde hájí zájmy jen úzké skupiny lidí, fakticky je toto (zlepšení péče o duševně nemocné) primárním cílem, ale sekundárně jde i o redukci celospolečenských nákladů zatěžujících nejvíce zdravotnictví (vyšší náklady v pokročilejší fázi nemoci), dále pak např. zaměstnavatele duševně nemocných (pracovní neschopnost apod.). Cílem reformy péče odrážející se v přijímaných politikách a koncepcích státu je transformace péče na takový způsob péče, který by umožnil pacientovi důstojnou léčbu a pomoci mu tak, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi a měl možnost opětovného začlenění do běžného života. Podpora by měla vycházet jak ze zdrojů komunity, ve které se pacient pohybuje (např. rodina či služby v obci), tak i z odborných služeb, včetně akutní lůžkové péče (tedy i

---

<sup>5</sup> Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně



ambulantní psychiatrie, case management, specializované týmy, krizová a denní péče) [Pěč, 2008].

Aktivita a volání po změně není v rozvinuté zemi záležitostí pouze státu (Koncepte psychiatrie), ale i dalších subjektů, asociací a neziskových organizací, jako tomu je v případě tvorby koncepčního dokumentu Politika péče o duševní zdraví v ČR (viz také kap. 6.2.). Tento dokument skládající se ze dvou částí (Zpráva o současném stavu a Cesty k její realizaci) je hlavním výstupem vzniklým v projektu Veřejné zdraví-Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice. Hlavním cílem projektu je upozornit na kritický stav stávající péče o duševně nemocné a plán, jak tento stav zlepšit skrze navržené kroky možných úprav. Dokument Politika péče o duševní zdraví je koncepčním materiálem, z čehož vyplývá, že nastiňuje ideální stav, k jehož dosažení je potřeba provést mnoho efektivních opatření [Pfeiffer a kol., 2005]. Z dokumentu vyplývá, že kvalita a rozměr služeb se v průběhu posledních šesti let příliš nezměnila (od přijetí Koncepte psychiatrie – viz dále). Stále velká část finančních i lidských zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách, které dnes slouží jako následná lůžková, ale i akutní péče [tamtéž]. Mezi jednotlivými složkami péče je stále velká diskontinuita, a to např. mezi nemocniční a mimonemocniční péčí. Není příliš jasné, jakým způsobem je péče a takovéto přechody mezi jednotlivými sektory koordinována a kdo je za tuto koordinaci zodpovědný.

Dalším zainteresovaným účastníkem procesu zkvalitňování péče o duševně nemocné je Psychiatrická společnost ČLS JEP, která se jako odborná společnost působící v oblasti psychiatrie podílí právě na přijetí koncepčních materiálů a prosazování změn v tomto oboru. Jedním z výsledků české politiky duševního zdraví právě z pera Psychiatrické společnosti je Koncepte psychiatrie z r. 2000. Zde je vymezení oboru, nástin problematiky či návrhy na zlepšení stávající organizace psychiatrických služeb, ale očekávané reakce navazující na vymezené problémy ze strany vlády v podobě tvorby moderního právního rámce dosud chybí. Mezi poslední přijaté dokumenty patří Revize koncepte oboru psychiatrie z roku 2008, ve které se opět odhaluje většina nedostatků české psychiatrické péče. Jsou zde zároveň stanoveny potřeby dalšího rozvoje psychiatrických služeb, ale není zde již řečeno, jak jich má být konkrétně dosaženo, popř. kdo by měl iniciovat které změny, jak by měly jednotlivé změny následovat po sobě apod. [Psychiatrická společnost..., 2008]. Mezitím přijala ČLS JEP v roce 2007 Národní psychiatrický program, mezi jejíž hlavní priority patří již všechny zmiňované, ale opět konkrétní kroky jak kterých změn dosáhnout, jaké reformní kroky

podniknout ve kterých oblastech, s konkrétními návrhy oslovit kterého relevantního aktéra, aby se zvýšily šance na změnu – zde nejsou [Psychiatrická společnost..., 2007].

Tento nepříliš uspokojivý stav je patrně důsledkem nízké aktivity tvůrců politiky, která má, stejně jako v jiných oblastech, své jednotlivé stupně při tvorbě programů a opatření, která se musí dodržovat. Těmito stupni jsou např. výzkumy mapující současný stav této problematiky, na jejichž základě se následně objektivuje a strukturuje problém. Následným krokem je nastolení agendy a tvorba konkrétního programu, který řeší současnou situaci příslušnými kroky [Dunn, 2004]. Tato fáze je ale u nás v České republice nedostatečně řešena a ošetřena a výsledkem je neexistence konkrétní podoby návrhu řešení, kterým může být akční plán přijatý např. již na Slovensku.

Na jedné straně tedy je formulován zájem o kvalitní psychiatrické služby a jejich reorganizaci (ve smyslu kontinuity péče), a to jak činností neziskových organizací tak i např. postupnou redukcí lůžek v léčebnách, na straně druhé je však tento proces nedostatečně reflektován tvorbou politiky na úrovni státu. Je však zřejmé, že pozitivní změny ve vývoji lze očekávat v návaznosti na aktivity, probíhající na úrovni EU. Obdobně jako je tomu např. v oblasti důraznějších přístupů řešení zdravotních rizik tabáku nebo obezity, lze i v dimenzi péče o duševní zdraví očekávat a doufat (díky většímu tvůrčímu potenciálu na úrovni EU a následně pak na úrovni ČR) v efektivnější přístup, který by pak následně mohl být implementován na národní úrovni.

## **6.2. Proměny péče o duševní zdraví a její současný systém v ČR**

S postupným vývojem medicíny, lékařských postupů a společnosti se rozvíjí jak poznání fyzické, tak i psychické stránky člověka. Během dlouhého procesu tohoto vývoje a poznání se postupně duševním nemocem dostalo pozornosti, kterou v předchozí době značně postrádaly. S postupnou transformací péče o duševně narušené pacienty se tak jednotlivé státy, včetně České republiky, dostávají do různých etap procesu změn probíhajících v péči duševně nemocné, jehož cílem je co nejvíce podpořit pacienta a jeho přirozené zázemí, aby byl sám co nejvíce schopen se vypořádat se svými potížemi; snahou je napomoci takto nemocným osobám k dosažení kvalitního a uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách [Shorter, 2007 In Knapp et al., 2007].

System péče o duševně nemocné je složitou oblastí péče o zdraví člověka, která má jak svůj historický vývoj, tak vnitřní členění. Na tento systém je možné nahlížet dvěma způsoby: vertikálním a horizontálním způsobem. Vertikální dimenze se vztahuje k tomu, jak dobře je systém integrovaný ve smyslu poskytování kvality kontinuity péče, a to ve směru pohybu pacienta z komunity do psychiatrické léčebny (nebo psychiatrického oddělení nemocnice) a nazpět do komunity. Horizontální dimenze se vztahuje ke komplexnosti systému: zda existují rodinní doktoři či psychiatři, zda zdravotnické týmy v komunitních centrech zahrnují psychology, psychiatrické sestry a sociální pracovníky či zda je nabídkou služeb podchycena i oblast výživy a podpory bydlení [Shorter, 2007 In Knapp et al., 2007: 15]. Kontinuitu návazné péče v České republice se do svých programů snaží prosazovat spíše než stát NNO, které zavádějí tzv. case management (blíže viz kap. 8.1.2.), jehož principem je „řídit“ případy jednotlivých klientů zařízení, přičemž case manager se snaží klientovi zprostředkovat všechny druhy služeb, který potřebuje: když se tedy dostane klient do péče case managera, je provedena celková analýza a plán návazné péče, kterou ten který klient vyžaduje. V ČR jsou průkopníky case managementu centra NNO Fokusu (více viz kap. č. 8).

Vývoj péče o duševně nemocné, zahrnující obě tyto dimenze, se v průběhu času transformoval a to v několika fázích. V mytických dobách byly nemoci duše považované za dílo démonů jako posedlost duše [Vacek, 1996], ve středověku bylo zvykem ukazovat pomatené měšťanským rodinám jako zábavu [Foucault 1994: 58]. První érou institucionalizované péče je období azylů, kdy nebylo neobvyklé nelidské zacházení s pacienty, kteří navíc byli považováni za nebezpečné živly zasluhující mříže se zámkem, jako tomu bylo např. v Dánsku v r. 1840 [Sayce, Curran, 2007 In Knapp et al. 2007: 16]. V období druhé světové války existovala zařízení pro bohaté vrstvy fungující pod rouškou lázní („tajemství“ psychických poruch zámožných tak bylo uchráněno za zdmi takzvaných lázní a soukromých sanatorií). V poválečné době se služby duševně nemocným postupně začleňovaly do plánů přijatých v rámci konceptu sociálního státu, přičemž následně tyto služby prošly postupnou deinstitucionalizací. Od sedmdesátých let pak dochází k extenzi služeb a současným trendem je snaha o návaznost služeb (po odchodu z nemocniční péče následuje péče v komunitě) či vznik a kvalitní zázemí v mimonemocničních zařízeních. Služby duševně nemocným přestávají být tématem čistě lékařským a kromě medicínských aspektů duševních nemocí se berou v potaz i psychické a sociální vlivy [Knapp et al., 2007].

Dvacáté století tedy bylo v Evropě charakterizováno nejdříve vzestupem a poté postupnou redukcí psychiatrických léčeben jako hlavního způsobu léčby lidí s duševní nemocí. Důležitým novodobým zlomem, který nastartoval postupnou změnu ve struktuře péče a zároveň posun v tvorbě politiky, bylo postupné prosazování lidských práv, zvláště pak ekonomických, kulturních a sociálních, mezi něž patří i právo na zdraví a kvalitní zdravotnickou péči [OSN, 1948]. Na nadnárodní úrovni tak již od této doby po desítky let probíhá proces postupného uznávání duševních nemocí jako tématu hodného pozornosti a na základě poznatků o povaze tohoto onemocnění se mu přiznává čím dál tím větší priorita. Posledních třicet let pak probíhá ve většině Evropských zemí postupná deinstitucionalizace péče, jejímž cílem je poskytnutí co nejkvalitnější péče duševně nemocným, což představuje rovnováhu mezi institucionální léčbou a alternativními možnostmi léčby. Rozsah služeb, ať už komunitního či institucionálního typu, pak záleží na tvorbě politiky v každém evropském státě zvlášť. Tohoto ideálního poměru, vyvážení institucionální a komunitní péče, není jednoduché dosáhnout. V některých státech došlo k tak rapidnímu poklesu lůžek v psychiatrických léčebnách, že jejich počet klesl na méně než polovinu, což je problematické především proto, že tento krok je třeba doprovázet náležitým rozvojem komunitních služeb (která by tak byla alternativou a doplňkovou variantou zrušených lůžek v léčebnách) [McDaid, Thornicroft, 2005].

Během tohoto procesu transformace péče tak byly odhaleny nedostatky existence samotné dlouhodobé lůžkové péče bez jiných forem péče a služeb nabízejících alternativu. Není ale zatím prokázáno, že by sama dlouhodobá péče či pouze komunitní léčba byly adekvátní a dostačující [McDaid, Thornicroft, 2005], proto by ideálním stavem byla rovnováha mezi institucionální péčí a komunitními službami. Tato vyvážená péče je charakterizována službami, které jsou blízko domova a zahrnují možnost pobytu v nemocnicích a zařízení pro dlouhodobý pobyt v komunitě, jsou mobilní, zahrnují služby poskytující domácí léčbu, jsou směřované jak k nemocným, tak i těm, u kterých se teprve projevují symptomy. Poskytují léčbu podle potřeb každého pacienta, řídí se mezinárodními smlouvami týkajícími se lidských práv, prioritně odrážejí potřeby uživatelů služeb a jsou koordinovány poskytovateli péče a agenturami s tímto tématem spojenými [Thornicroft, Tansella, 2003].

Aby byla komunitní péče kvalitní, je nutné, aby poskytovala komplexní spektrum služeb, které odráží potřeby pacientů jako celku, ale i jednotlivých skupin, jako jsou děti ženy

či starší lidé. Podle zprávy WHO z roku 2001 by tyto služby měly ideálně poskytovat výživu, opatření pro akutní příjmy do nemocnic, podporu s nalezením práce a možnost poskytnutí přístřešku a ošacení [WHO Report, 2001]. Na Ministerské konferenci v roce 2005 v Helsinkách byly komunitní služby definovány obsáhleji-měly by poskytovat rehabilitaci a léčebné programy, zahrnovat rozvoj specialistů a služeb pro pacienty s těžkými psychickými poruchami, nabídnout rezidentní služby, poskytnout služby krizové intervence, zajistit vzdělání (umožňující např. zajistit si práci), spolupracovat s ostatními službami komunitního typu i s poskytovateli lůžkové péče a také provádět výzkum [WHO, 2005]. Přední výhodou takovéto komunitní péče je to, že služby jsou poskytované blízko domova a jsou tak více přístupnější pacientům. Nejpodstatnější je ale fakt, že fungují jako následná péče po opuštění dlouhodobějšího zařízení a poskytuje tak svým klientům jakýsi mezičlánek mezi péčí na lůžku a návratem do běžného života. Péči na komunitní úrovni mohou z evropského hlediska vylepšit všechny státy. V Evropě celých 28% států tento typ péče dokonce teprve musí začlenit do systému možností léčby a služeb, což velmi ovlivňuje i přísun financí. V zemích s nízkými výdaji poskytuje péči na komunitní úrovni 33% států, zatímco v zemích s vysokými výdaji je to až 91% států [WHO, 2005].

Pro některé státy je problém financí kámen úrazu a přetrvávají otázky, zda se investice do nabídky služeb komunitního typu vyplatí, či nikoli. Zatím není příliš mnoho důkazů, které by potvrdzovaly, že výdaje na komunitní služby jsou vyšší, než na institucionální péči. Jestliže tyto pochybnosti přetrvávají, tak prokázaným pozitivem komunitních služeb je zlepšení kvality života a spokojenosti s nabízenými službami při stejných nákladech [McDaid, Thornicroft, 2005]. K podobnému závěru také docházejí autorky výzkumu provedeného Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí z roku 2004, které skrze analýzu nákladů spojených s financováním ústavní péče a chráněného bydlení došly k závěru, že výdaje vynaložené na chráněné bydlení<sup>6</sup> jsou dokonce nižší, než u ústavní péče [Červenková, Bruthansová, 2004: 3]. Kromě tohoto nezanedbatelného přínosu pro státní pokladnu je zde ale především významný nemateriální přínos chráněného bydlení, protože „větší míra samostatnosti odpovědnosti se pozitivně odráží i v narůstajícím počtu sociálních kontaktů a nakonec i ve zdravotním stavu osoby, která je klientem chráněného a podporovaného bydlení“ [tamtéž].

---

<sup>6</sup> Chráněné a podporované bydlení jako subsystém bydlení sociálního sice není v naší současné legislativě definováno, ale v běžné praxi se s ním pracuje a vyjadřuje v přidělování bytů snahu upřednostňovat domácnosti, které mají problémy se získáním přiměřeného bydlení [Červenková, Bruthansová, 2004: 3].

Jak jsem již výše naznačila, v tomto ohledu a snaze o návaznost péče je aktivní především neziskový sektor: stát se sice oficiálně zavazuje ke zlepšení psychiatrické péče, ale systém značně pokulhává. Jak ukazuje Stuchlík [Stuchlík, 2002: 9], systémy poskytující péči lidem s vážným nebo dlouhodobým duševním onemocněním trpí řadou problémů: nerovnováhou mezi potřebami klientů a poskytovanými službami, fragmentací služeb a chybějící návazností v péči, podceněním klíčových služeb, nedostatečným zapojením dobrovolníků a osob blízkých klientovi a také jsou zde problémy v otázkách odpovědnosti. V některých případech se řeší spíše jen praktické otázky týkající se např. bydlení, ale podceňují se psychologické potřeby klienta; často dochází k tomu, že pacient po opuštění léčebny nepokračuje v návazných službách, spolupráce s rodinou klienta je často nedostatečná; dochází také problémům v rozdělení zodpovědnosti mezi jednotlivými organizacemi poskytujícími klientovi různé druhy služeb [tamtéž].

Postupné změny ve struktuře péče jsou tedy často iniciovány ze strany neziskového sektoru: reformní kroky v minulosti často pramenily a dodnes stále pramení z neziskového sektoru, kdy byl často zásadní entuziasmus jednotlivců a dobrovolníků ochotných se na reformních krocích podílet (samozřejmě je ale stále činnost neziskových organizací v mnohém závislá na přístupu k problému „shora“, tedy na úrovni státu) [WHO/EC, 1999]. Tuto skutečnost lze vyzorovat i z přístupu vlád, jejich programových prohlášení a zavedených opatření, kterých je poskrovnu. Česká republika se tak např. přihlásila k programu WHO Zdraví pro všechny: přestože zde byla oficiálně deklarována podpora duševního zdraví, i tak byla v souvislosti s liberalizací přístupů péče o zdraví po r. 1992 společně s výzkumem ve skutečnosti značně zanedbána a dokonce byla také zrušena činnost Národního centra podpory zdraví [Kučera a kol., 2002]. Faktická podpora a její konkrétní plnění tedy značně pokulhává.

### **6.3. Právní úprava v oblasti péče o duševní zdraví**

Legislativa v oblasti duševního zdraví je jednou z velmi nedořešených oblastí, jež je spojena s péčí o duševně nemocné. V České republice neexistuje samostatný zákon o duševním zdraví z hlediska právní ochrany (např. zamezení nedobrovolné léčby či právo pacienta na informace) a zdravotního a sociálního zajištění duševně nemocných, jako tomu ve většině vyspělých zemí, např. ve Velké Británii či Holandsku: Zákon o duševním zdraví z roku 1983 (pozměněný v r. 2007), který se zabývá převážně nedobrovolnou hospitalizací a léčbou ve Velké Británii či Národní plán péče o duševní zdraví z roku 1994 v Holandsku.

Zákony, které v ČR upravují tuto problematiku, se týkají oblasti duševního zdraví spíše okrajově a nekonkrétně ve vztahu ke konkrétním úkonům spojených s péčí o duševně nemocného. V Zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu je to např. souhlas s léčbou, přístup ke zdravotnické dokumentaci apod.), v Zákoníku práce jsou upraveny pracovně právní vztahy na ochranu zdravotně postižených. Jedním z posledních zákonů je Zákon o ochraně veřejného zdraví z roku 2000, který upravuje práva a povinnosti v oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví, ale tento zákon upravuje tematiku duševního zdraví jen ve smyslu duševní zátěže na pracovišti.

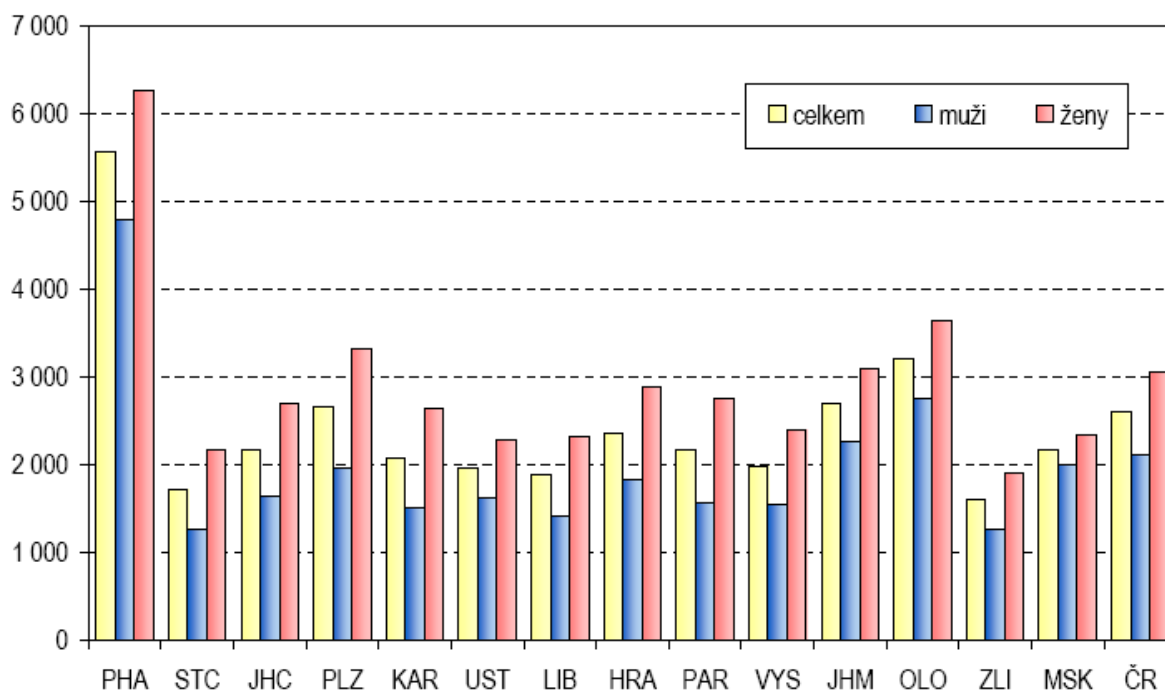
Stávající legislativa v oblasti péče o duševní zdraví není komplexní, chybí také spolehlivé kontrolní mechanismy dodržování zákonných norem v praxi a navíc je pouze nízká úroveň informovanosti o problematice práv duševně nemocných [Ripová, 2005]. Nejsou také stanoveny závazné standardy péče, které by jasně vymezovaly kvalitu a složení potřebné péče. Přitom právní rámec pro existenci potřebného zákona existuje, jedny z nejdůležitějších jsou dokumenty OSN (Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care) a dále také dokumenty WHO (Resource book on mental health, human rights and legislation).

Jeden z rizikových faktorů dodržování lidských práv je ústavní forma léčby duševních poruch, ke které může dojít i bez souhlasu pacienta. Tzv. informovaný souhlas vychází z principů autonomie jednotlivce, který odráží vysokou míru důležitosti připisovanou svobodě rozhodování o vlastních záležitostech, tedy i o zdravotním stavu a formě péče. Pro provádění informovaného souhlasu je důležitá Úmluva o lidských právech a biomedicíně vyhlášená roku 2001, která po ratifikaci Parlamentem ČR vstoupila v platnost 1. 10. 2001 [Convention for the Protection of Human Rights..., 1999]. Z této úmluvy také vychází tzv. zástupný souhlas, který k léčbě vyjadřuje zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům. V souvislosti s omezováním způsobilosti k právním úkonům se vyskytuje i pojem opatrovnictví: v tomto případě soud stanoví opatrovníka z řad advokátů, který zastupuje klienta při soudním řízení. Ovšem obraz o kvalitě, resp. o snaze co nejlépe hájit práva duševně nemocných, si můžeme udělat např. ze skutečnosti, že advokát hájící pachatele trestného činu dostane až pětkrát větší odměnu, než advokát hájící práva duševně nemocného [Ochrana duševního zdraví občanů ČR, 2009].

#### 6.4. Zátěž duševními nemocemi a spotřeba péče v ČR

Při analýze stavu duševního zdraví obyvatel České republiky lze vycházet především z dat týkajících se údajů o spotřebě péče (ÚZIS ČR) či z nepříliš četných výběrových šetření (epidemiologických). Z porovnání dat zachycujících rok 2006 s předchozím rokem [ÚZIS ČR, 2008] je patrné, že počet ambulantních psychiatrických vyšetření klesl oproti předchozímu roku o 1%, tzn. na 2 662 302 vyšetření; nárůst je patrný u počtu prvních ošetření o 1,9% a celkově pak bylo v r. 2006 ošetřeno 458 500 pacientů, přičemž psychiatrickou péči vyhledávaly častěji ženy. Z této zprávy je také patrné, že oproti r. 2000 dochází u dospělé populace k nárůstu počtu pacientů o téměř jednu třetinu (o 31,7%) a opět rychleji roste počet žen, jejichž podíl na celkovém počtu vyšetření (i prvních) byl 60%. Jak lze vyčíst z následujícího grafu, nejvyšší míra prevalence<sup>7</sup> pak byla v Praze (o 80% vyšší než republikový průměr), nejnižší pak ve Středočeském a Karlovarském kraji, kde byla o 40% nižší.

**Graf 1: Počet ambulantních ošetření-vyšetření v oboru psychiatrie na 10 000 obyvatel**



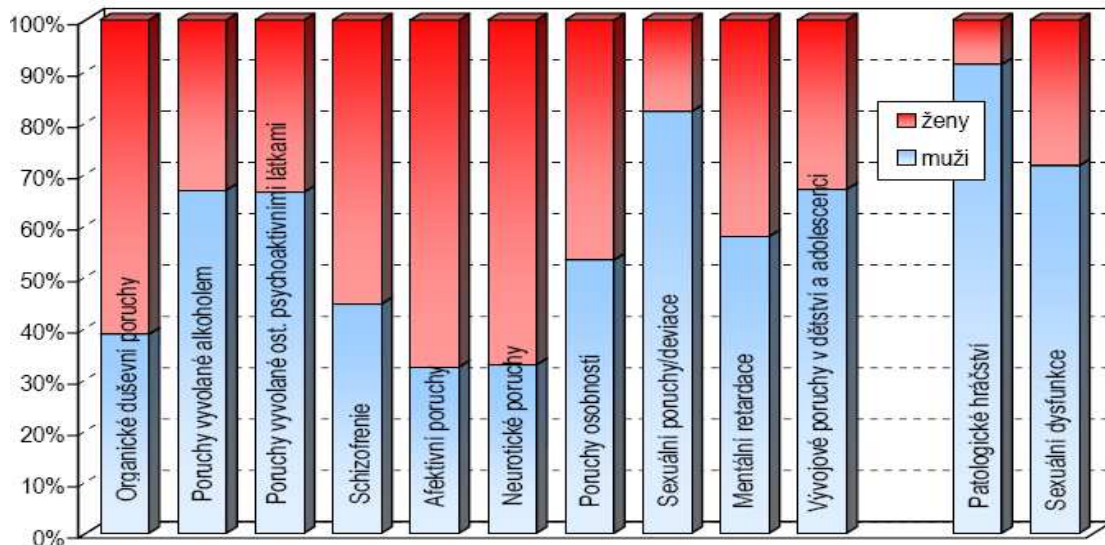
*zdroj: ÚZIS, 2008*

<sup>7</sup> Prevalence je jeden ze základních ukazatelů v epidemiologii a je to podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci [<http://cs.wikipedia.org/wiki/Prevalence>].



Při porovnání podílů nemocí v jednotlivých skupinách podle pohlaví vidíme, že ženy jsou častěji léčeny s afektivními poruchami a schizofrenií, muži jsou pak spíše léčeni kvůli poruchám vyvolaným alkoholem a s vývojovými poruchami v dětství a adolescenci [tamtéž].

**Graf 2: Podíl prvních ošetření ve sledovaném roce na vybrané diagnózy podle pohlaví**



*zdroj: ÚZIS, 2008*

Podíváme-li se pak na následující obrázek Srovnání vývoje počtu ošetření-vyšetření během let 2001-2005, vidíme, že v tomto období vzrostl počet ošetření-vyšetření o 25%. V tomto období ale také došlo k rozšíření sítě služeb psychiatrické péče, takže je diskutabilní, zda tento růst byl reakcí na rostoucí počty psychických poruch, nebo zda naopak lepší dostupnost péče nevedla ke zvýšení počtu vyšetření [ÚZIS ČR, 2007].

**Obrázek 4: Počet ošetření-vyšetření v oboru psychiatrie v letech 2001-2005**

Rok	Počet ošetření - vyšetření			
	muži	ženy	celkem	z toho děti
2001	871 122	1 278 249	2 149 371	88 762
2002	945 500	1 381 352	2 326 852	88 977
2003	980 244	1 469 862	2 450 106	90 192
2004	1 058 413	1 589 439	2 647 852	93 950
2005	1 061 330	1 628 059	2 689 389	95 098

*zdroj: ÚZIS ČR, 2007*

Dalším ukazatelem, který nám ukáže stav populace ve vztahu k nemocem, nejen duševním, jsou počty případů pracovní neschopnosti a počty prostonaných dnů. V průběhu času tento počet střídavě kolísá a z posledních dostupných dat z roku 2008 se dozvídáme, že celkem bylo 54 981 případů pracovní neschopnosti z důvodu duševních poruch a poruch chování, přičemž to znamená celkem 3 861 791 prostonaných dnů a zároveň se duševní nemoci se 72,4 dny trvání jednoho případu řadí mezi první pětici nemocí zapříčínující nejvyšší počty dnů trvání jednoho případu [ÚZIS ČR, 2009b].

Kromě pohlaví či bydliště pacienta závisí výskyt duševních nemocí i na jiných faktorech, jako je např. manželský vztah: vznikem duševní poruchy jsou více ohroženi svobodní lidé, než ostatní (ovdovělí, rozvedení či sezdaní) [Dzúrová a kol., 2000]. Dále má vliv např. zaměstnanost, a to především na psychický stav mužů. Výzkum prokázal, že muži trpící během života neurózou, afektivní poruchou či závislí na návykových látkách byli mnohem častěji nezaměstnaní; u aktivních žen byla naopak zjištěna vyšší míra výskytu jak afektivních poruch, tak i závislostí na návykových látkách [tamtéž].

Dalším ukazatelem vypovídajícím o stavu populace ve vztahu k duševním nemocem je hospitalizace pacientů v psychiatrických zařízeních. Je nutné ovšem rozlišit různé typy těchto zařízení, tedy jak ambulantní, tak lůžková. V r. 2008 bylo v ČR celkem 802 ambulantních oddělení a pracovišť, kde bylo provedeno celkem 2 550 180 vyšetření, což ukazuje na pokles oproti předchozímu roku o 3%: stejně jako v hodnotách celkových psychiatrických vyšetření i zde byla péče vyhledána častěji ženami, než muži [ÚZIS ČR, 2009]. V roce 2008 zajišťovalo

psychiatrickou péči 32 psychiatrických oddělení nemocnic s 1396 lůžky, 16 psychiatrických léčeben s lůžky pro 9240 dospělých pacientů a 3 psychiatrické léčebny s lůžky pro 300 dětí. Poměrným rozdílem v kapacitách těchto zařízení odpovídají i počty hospitalizací, kterých bylo na psychiatrických odděleních nemocnic 18 258 a 39 138 hospitalizací v léčebnách a nedochází tak k žádným výrazným výkyvům v počtech hospitalizací [ÚZIS, 2009a]. Liší se také počet dnů strávených na rozdílných lůžkách: v psychiatrických léčebnách trvá hospitalizace pacientů nejdéle, a to až čtyřnásobek počtu dnů hospitalizace na psychiatrických odděleních (86,2 a 19,7 dne). Nejdelší průměrnou ošetrovací dobu pak vyžadovala léčba sexuálních poruch, a to až 247 dnů [tamtéž]. Obecně tedy patří mezi nejčastější zdravotní psychiatrické problémy dnešní České republiky neurotické poruchy, sebevražedné chování a zdravotně riziková konzumace návykových látek (alkohol, tabák).

Překvapivě se ukázal i další fakt, že téměř každá desátá žena alespoň jednou za život uvažovala o ukončení života a 22% dotazovaných žen trpících duševní poruchou (celkem 234) během svého života uvažovalo o smrti [Dzúrová a kol., 2000]. Prokázala se také skutečnost, že osoby závislé na návykových látkách mají větší tendenci k myšlenkám na sebevraždu či k jejímu provedení. Z nárůstu spotřeby alkoholu a zvyšujícího se počtu osob závislých na návykových látkách se lze domnívat, že se bude dále zvyšovat podíl sebevražd provedených pod vlivem návykových látek [tamtéž]. Sáhnutí po alkoholu by se ale také dalo nahlížet z druhého konce, tedy jako nástroj k utišení depresivní stavů a potenciálních myšlenek na sebevraždu.

## 7. Neziskový sektor v ČR

### 7.1. *Legislativní rámec neziskového sektoru, typologie nestátních neziskových organizací*

Vymezení organizací spadajících do neziskového sektoru je poměrně obtížné, protože již sám pojem neziskového sektoru s sebou nese určité potíže. Již jen název neziskový je mírně problematický, protože některé neziskové organizace generují zisk, ale není to jejich hlavní účel. Neziskový sektor bývá také někdy označován jako občanský sektor (návaznost na občanskou společnost), nebo třetí sektor, čímž se zdůrazňuje postavení sektoru vedle dvou dalších, a to státu a trhu; v současnosti se užívá především rozdělení na veřejný (stát), soukromý (trh) a občanský sektor, který pojímá jak prvky z veřejného sektoru (činnosti neziskového sektoru nejsou vedeny ziskovým motivem a vážou se na uspokojování zájmů určité komunity), tak ze soukromého (neziskový sektor vyžaduje informace o lidských potřebách a je na státu nezávislý) [Potůček, 2005: 85-121]. Organizace neziskového sektoru se pak nazývají většinou neziskové organizace právě proto, že negenerují zisk, a také nestátní, čímž se zdůrazňuje oddělenost od státu (kromě nestátních neziskových jsou totiž také státní neziskové organizace, např. příspěvkové, jako jsou státní školy). Asi nejucelenější klasifikaci neziskových organizací uvádí Frič, kdy vymezuje základní charakteristiky nestátních neziskových organizací (dále jen NNO) podle Lestera Salomona [Frič, 2001: 11-13 ]:

- 1) Jsou to organizace, tedy institucionalizované skupiny ať už přijmutím právní formy nebo jen určitých pravidel (pravidelné schůzky apod.)
- 2) Mají soukromou povahu, tedy jsou oddělené od státní správy a nejsou řízené orgány, kde převládají státní úředníci.
- 3) Nerozdělují zisk mezi své vlastníky, nebo vedení organizace. Ačkoliv zisk může být výsledkem činnosti NNO, nesmí být převeden na vlastníky organizace, ale musí být opětovně použit na cíle stanovené danou organizací (tím je tedy povahy soukromé, ale ne tržní, protože v tržním prostředí jde právě o zisk).
- 4) NNO jsou samosprávné a autonomní a tedy sami řídí vlastní činnost, včetně vytváření vnitřních pravidel.
- 5) Jsou dobrovolné a to jak např. dobrovolnou účastí na aktivitách nebo ve vedení organizace.

NNO často také fungují ve jménu veřejného prospěchu, tedy v duchu více než soukromého zájmu (viz kap. 5.4 o veřejném zájmu). Oblastí, kde pak NNO působí, je velmi mnoho, vzhledem k tématu nás ale zajímá především zdravotní a sociální oblast.

Ve zdravotních a sociálních službách, se nejčastěji vyskytuje pět základních právních forem organizací ve výše uvedeném, smyslu: nadace, nadační fond, obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení a některé církevní organizace. Legislativa upravující právní formy NNO začala pochopitelně vznikat až po revoluci, kdy se občanský život a jeho aktivity mohly rozvinout a to přijetím nového zákona o sdružování občanů (Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů), který následoval zákon o sdružování v politických stranách (Zákon č. 424/1991 Sb., o sdružování v politických stranách a politických hnutích). Dále pak vznikly zákony o svobodě náboženské víry a registraci náboženských organizací (oba zrušeny novým zákonem z r. 2002), zákon o obecně prospěšných společnostech (r. 1995) a zákon o nadacích a nadačních fondech (1997). Existují ale i jiné formy organizací, které se nevejdou do přísně stanovených definic a kritérií. Nejasnosti ve vymezení NNO pak následně problematizují např. financování jednotlivých organizací, protože jde o rozdělování veřejných prostředků a nutnost naprosté transparentnosti v tomto rozdělování. Ke sjednocení různých forem NNO a zjednodušení problémů právě např. při přidělování dotací by měl napomoci zákon o veřejné prospěšnosti. Ten by již neměl rozlišovat mezi např. ziskovými a neziskovými organizacemi, ale podle obsahu činnosti a společně je charakterizovat právě veřejnou prospěšností jako hlavním kritériem např. pro čerpání veřejných financí. Zatím poslední verze věcného záměru zákona o veřejné prospěšnosti byla na programu jednání Legislativní rady vlády na 61. zasedání konaného 22.4.2010 [www.vlada.cz (1)].

Snaha o změny legislativního prostředí pro NNO je patrná i v poslední době, kdy se 12.3.2010 v Senátu uskutečnil seminář Legislativní prostředí pro NNO, kde se sešli jak zástupci neziskového sektoru, tak i zástupci veřejné správy, odborné veřejnosti, politici i právní experti [www.asociacnenno.cz].

## **7.2. Společenský rámec neziskového sektoru**

Neziskový sektor hraje ve fungování soudobé české společnosti významnou roli. Vedle státu a trhu se řadí mezi tři hlavní regulátory společenského vývoje a jeho kvalitní fungování stojí na mnoha pilířích. Neziskový sektor a z něj rostoucí neziskové organizace se

podílejí na významné části poskytování širokého spektra služeb z valné většiny charakterizovaného uspokojováním veřejného zájmu (viz kap. 5.4.) daného společenství. V tomto případě je to uspokojování zájmu užší skupiny, ovšem jejíž zdravotní stav má pak dopad na celek: negativní důsledky přítomnosti duševní nemoci totiž ovlivňují jak kvalitu života samotného jednotlivce, tak i jeho blízké okolí, včetně rodiny, ale i např. vztahů na pracovišti (ztráta práce kvůli duševní nemoci je velmi častá právě kvůli charakteru duševních nemocí a jejich opětovných návratů). Ztráty způsobené duševní nemocí vznikají tedy jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho zaměstnavatele v podobě pracovní neschopnosti (viz kap. 6.4.) a celkově státu v podobě zvýšených finančních nákladů na péči o duševně nemocného. Celkové náklady duševních nemocí (tedy spojené s jejich přítomností u pacienta, ale i přeneseně ztráta času odžitého s nemocí, i nákladů na léčení) v ČR ale nejsou spočítány, především z důvodu obtížné měřitelnosti, ale také vzhledem k tomu, že ne všechny náklady na péči se dají spočítat (např. vyčíslení domácí péče, kterou vykonává rodina) [Dlouhý, 2004].

Ovšem k tomu, aby vůbec neziskový sektor mohl fungovat, je nutné, aby v daném společenství lidí existovalo několik předpokladů vybavujících toto společenství jakousi základnou sdílených smýšlení a přesvědčení: jedním z těchto předpokladů je občanská participace, jejíž síla a objem do značné míry určují také sílu neziskového sektoru. Intenzita občanské participace vyrůstá z podhoubí občanské společnosti v daném společenství lidí, která je většinou odborníků i veřejností vnímána jako „*pozitivní sdružování občanů, které je nezávislé na státu, přispívá k rozvoji občanských hodnot a sociálního kapitálu a je vůči demokracii jako společenskému režimu v podstatě konstruktivní*“. ... jiné typy sdružování a aktivity občanů (se) jako součást občanské společnosti obvykle nevnímají a spadají do aktivit v příhrádkách *extremismus, nacionalismus, rasismus nebo nezákonná činnost* [Vajdová, 2005: 22].

Možnost ovlivnění dění a podílení se na rozhodování o veřejných záležitostech skýtá vcelku široké spektrum možností, jak ho dosáhnout: nejobvyklejší cestou jsou volby. Když se podíváme na výsledky výzkumu provedeného v r. 2002<sup>8</sup>, zjistíme, že ačkoliv je to jedna z nejběžnějších forem možností ovlivnění veřejného dění, pravidelně tuto možnost využívá pouze 50% z téměř 2500 dotázaných, občas pak 16% [Frič, 2008: 49]. Účast na dalších aktivních formách ovlivňování veřejného dění je více méně mizivá – až na podporu

---

<sup>8</sup> Výzkum CESES z r. 2002 provedený agenturou GfK Praha na náhodně vybraném, reprezentativním souboru 2498 občanů [In Frič, 2008].

dobročinné akce (49% dotázaných se účastní občas) či organizaci a podepsání petice (31% dotázaných se účastní pravidelně) [Frič, 2008: 51].

Zatímco čísla hovořící o občanské participaci ve formě účasti na volbách nejsou příliš lichotivá, samotná aktivita lidí v neziskových organizacích a jejich postoje k neziskovému sektoru jsou mnohem optimističtější. Jak uvádí Frič, 80% dotázaných<sup>9</sup> si myslí, že neziskové organizace pomáhají vytvářet pocit sounáležitosti ve společnosti a také se každý druhý domnívá, že neziskové organizace jsou podmínkou dobrého fungování demokracie [Frič, 2008: 56]. Je tedy vidět, že podpora neziskového sektoru je mezi lidmi vcelku znatelná, což potvrzují i čísla o podpoře neziskových organizací: nejčastěji pomáhají lidé<sup>10</sup> z pocitu morální povinnosti a vlastního potěšení, že mohou pomoci a to většinou formou peněžitého nebo věcného daru [Frič, 2008: 58]. Samotné členství v nějaké neziskové organizaci pak potvrdilo téměř 47% dotázaných: nejčastěji jsou zmiňovány sportovní organizace (22%) a odbory (20%), ale např. účast v neziskových organizacích zaměřených na zdravotní a sociální služby, je velmi nízká – 3 a 1% dotázaných<sup>11</sup> [Frič, 2008: 60].

Zajímavé je také podívat se na neziskové organizace v rámci sociálních vztahů jak uvnitř organizace, tak navzájem mezi nimi. Velmi často selhává přímý kontakt neziskové organizace s veřejností: zatímco prostřednictvím webových stránek a informačních bulletinů informují neziskové organizace o své činnosti v 80 a 70% z 230 dotázaných organizací působících především v oblasti sociálních služeb<sup>12</sup>, prostřednictvím vlastní účasti na veřejných schůzích občanů je to pouze ve 4% [Frič, 2008: 82]. Vztahy navzájem mezi neziskovými organizacemi jsou rovněž důležité: kromě toho, že se mohou různě spojovat v prosazování určitého zájmu, se také navzájem informují o nabídce služeb v dané oblasti a jejich charakteru. Členy regionální, místní či oborové asociace neziskových organizací je plných 67%, což naznačuje, že sdružování přináší zúčastněným jistý prospěch [Frič, 2008: 83]. Další rovina spolupráce se objevuje ve vztahu k orgánům místní správy, které existují jak na formální, tak neformální úrovni. Zatímco neformální podobu spolupráce připustilo až 80% z 230 dotázaných organizací, formální postupy nebývají tak často využívány: nejčastěji (v

---

<sup>9</sup> Výzkum NROS *Index občanské společnosti 2004*, který na kvótně vybraném, reprezentativním souboru 1018 obyvatel ČR provedla agentura STEM [In Frič, 2008].

<sup>10</sup> Výzkum CVVM zaměřený na občanskou a politickou participaci. Terénní sběr dat proběhl v červnu 2003 [In Frič, 2008].

<sup>11</sup> Výzkum CESES z r. 2005 provedený agenturou GfK Praha na náhodně vybraném, reprezentativním souboru 2300 občanů ČR [In Frič, 2008].

<sup>12</sup> Výzkum Cheval provedený agenturou Universitats na vzorku 230 neziskových organizací podpořených z Globálního grantu administrovaného NROS v období srpen-září 2006 [In Frič, 2008].

41%) je nezisková organizace členem ve stálé komisi nebo pracovní skupině [Frič, 2008: 84]. Lze tedy vidět, že ačkoli vztahy dotazovaných neziskových organizací s veřejnou správou velmi často existují, jsou většinou neformálního charakteru, což formování veřejné politiky, jež se odehrává hlavně na formální úrovni, dostatečně neumožňuje.



## 8. Péče o duševní zdraví v NNO

### 8.1. *Struktura péče z hlediska regionálního rozložení*

Zmapovat regionální dostupnost služeb pro duševně nemocné pouze v rámci neziskového sektoru je velmi obtížný úkol. Existuje hned několik registrů poskytovatelů péče a služeb duševně nemocným, ale většinou se v každém z nich uplatňuje jiné hledisko (např. rozdělení podle toho, zda je organizace neziskového charakteru, nebo jaký druh služby poskytuje či v jakém městě se vyskytuje, ne již kombinace více hledisek).

Jednou z možností je použít katalog neziskových organizací [<http://neziskovky.cz/katalog/kategorie/socialni-sluzby-a-zdravi/>], kde lze podle různých kritérií vybrat tu či onu organizaci poskytující určitou službu. Já jsem zvolila kategorii Sociálních služeb a zdraví, kde se již objevuje rozdělení služeb ne ani tak podle charakteristik příjemce (znevýhodnění či druh nemoci), ale především podle typu poskytované péče (pečovatelské služby, denní centra, tísňové telefonní linky apod.). Již bližší pohled na tuto kategorii nám poskytne zajímavé zjištění: ačkoliv katalog s naprostou jistotou není strukturován nejvhodněji pro účely mé práce, lze vidět, že obecně neziskové organizace zaměřené na sociální služby a zdraví mají nejsilnější regionální pokrytí hlavně v Praze, dále v Jihomoravském a Moravskoslezském kraji, nejméně pak v Karlovarském kraji. Ovšem zveřejnění v katalogu není povinné, takže mé závěry mohou být mírně zkreslené a je to jen má interpretace dat.

Konkrétně pak v záložce Duševní zdraví se objevilo 38 NNO péče o duševní zdraví: co všechno ale do této kategorie spadá, se ne vždy dá považovat za službu duševně nemocným v klasickém slova smyslu (léčba psychospirituální krize apod.). Při bližším pohledu ale zjistíme, že ačkoliv katalog obsahuje organizace zaměřené nejen výlučně na péči o duševně nemocné, ale i vzdáleněji tematicky zaměřené, rozložení těchto NNO je podobné, jako v celkovém rozložení sociálních a zdravotních služeb: nejsilnější pokrytí je v Praze, naopak v Karlovarském, Královéhradeckém, Libereckém a Olomouckém kraji není uvedena žádná organizace a v ostatních krajích je pokrytí zhruba vyrovnané.

Tyto informace ovšem lze brát pouze jen jako částečný zdroj informací, protože např. na stránkách helplesu [[www.helples.cz](http://www.helples.cz)] v registru nejen neziskových organizací, ale organizací různého charakteru poskytující péči a služby duševně nemocným, včetně těch

neziskových, jsou uvedeny i jiné organizace, než na neziskovky.cz a opačně (na neziskovky.cz jsou i takové, co na helplesu nejsou). I přes tyto rozdíly v informacích a i přes to, že se v tomto seznamu vyskytují i soukromé psychiatrické praxe a kliniky (v záložce Kontaktní a odborná centra), lze spatřit podobný trend koncentrace psychiatrických služeb jako u těch poskytovaných jen NNO: v Praze, Moravskoslezském a Jihočeském kraji je jich nejvíce, naopak nejméně je službami a nabízenou péčí pokryt Karlovarský kraj. Lze tedy shrnout, že i přes velké rozdíly v dostupných seznamech a i přes velké rozdíly v typu poskytovatele těchto služeb a vůbec jejich charakteru, se nápadně shoduje převaha služeb (jak těch poskytovaných jen NNO, tak i ostatními typy poskytovatelů) v Praze a Moravskoslezském kraji, zatímco v Karlovarský kraj se na obou seznamech řadí na poslední místa.

Autorem pravděpodobně nejrozsáhlejšího a nejnovějšího adresáře péče a služeb pro psychiatrické pacienty, které se odehrávají převážně v neziskovém sektoru, je Vida o. s. (viz Příloha č. 1). Ta vydala v minulém roce Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním, jež dává přehled o zdravotních, tak i sociálních a dalších službách v rámci celé ČR. Jsou zde tedy zařazeni různí poskytovatelé neplacené i placené péče/ služeb, takže zde můžeme najít jak např. centra krizové pomoci, tak i služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, centra denních aktivit a aktivizačních služeb, chráněné bydlení, poradenství a jiné.. Opět je mírně složité počítat konkrétní zařízení, protože do hry vstupuje jednak čas (v jeho průběhu mohly některé organizace vzniknout nebo zaniknout) a také fakt, že zde je uveden každý typ služby zvlášť, kdežto např. na neziskovky.cz jsou v seznamu jednotlivé NNO. Z mapy lze i přes určité překážky vyčíst, že péčí/ službami nejpokrytější je opět Praha a Středočeský kraj, dále pak Ústecký a Moravskoslezský kraj, Vysočina a Českobudějovický kraj.

V rámci projektu Změna zaměřeného proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění vznikly internetové stránky (online poradna) stopstigmapsychiatrie.cz, na kterých je také možné najít kontakty na různé druhy psychiatrických služeb: databáze je vcelku přehledně členěna podle jednotlivých krajů ČR, nebo je také možné dostat se skrze nastavení filtru na seznam psychiatrů a psychoterapeutů [www.stopstigmapsychiatrie.cz].

Díky povinným registracím jsou některé organizace také v Registru poskytovatelů sociálních služeb v rámci Ministerstva práce a sociálních věcí [http://iregistr.mpsv.cz/],

některé typy péče a služeb jsou v Adresáři zdravotnických zařízení publikovaném ÚZISEm [www.uzis.cz], dále existuje také Informační systém nestátních neziskových organizací [www.is.nno.cz], do něhož se ale organizace registrují dobrovolně a informace jsou často neúplné nebo zastaralé: ani v jednom registru tedy nejsou všechna zařízení a organizace.

Je tedy velmi složité říci jednoznačně, ve kterém regionu či oblasti je pokrytí službami a péči pro psychiatrické pacienty nejširší, navíc, když neexistuje výčet pouze NNO působících v této oblasti a tedy ani já nemám k dispozici ucelený katalog služeb, jen několik více či méně podrobných. Přesto docházím k závěru, že služby poskytované neziskovým sektorem jsou různorodé a vyskytující se s různou hustotou po celé ČR. Díky tomu, že jsem se dostala k několika takovýmto seznamům, lze díky opakující se hustotě služeb v některých krajích vyzorovat, že nejvíce se služby rozvíjejí a koncentrují v oblastech velkých měst, přičemž Karlovarský kraj v těchto seznamech nejčastěji figuruje na místě s nejužším spektrem služeb. Toto zjištění mi potvrdil v rámci odborné konzultace i Mgr. Martínek z České asociace pro psychické zdraví a zároveň si to uvědomují i některé další subjekty. Je to např. již výše zmiňované (kap. 8.1.2.) CMHCD, které právě projektem online poradny stopstigmapsychiatrie.cz podává alespoň přehled dostupných služeb v Karlovarském kraji. Uvědomuje si to i Česká lékařská společnost JEP ve spolupráci s dalšími NNO (Kolumbus o.s., Asociace komunitních služeb a CMHCD), když na 31. konferenci sociální psychiatrie v říjnu 2010 bude jedním ze dvou hlavních témat právě rozvoj služeb v Karlovarském kraji [www.cmhcd.cz].

## ***8.2. Struktura péče z hlediska zaměření poskytovaných služeb***

S postupem času a díky získávání nových poznatků o duševních nemocech se rozvinulo nejen samo poznání o těchto nemocech, ale především o tom, jak je co nejúspěšněji a nejefektivněji léčit. Jak je již výše uvedeno (kap. 6.2.), transformace péče směrem k jednotlivci probíhá již od předminulého století, přičemž tento proces stále trvá. Dnes se psychiatrická péče nachází v období tzv. třetí revoluce, která se vyznačuje rozvojem komunitní psychiatrie, k jejímuž rozmachu došlo v některých zemích již v poválečných letech [Hartl, 1997: 154].

Do ČR tento proces dorazil s mírným zpožděním, ale např. již v r. 1971 vyšlo jedno z prvních děl s prvky komunitní psychiatrie Rehabilitace v psychiatrii pod vedením O.

Skaličkové. K významnějšímu rozvoji komunitní péče v ČR pak dochází většinou až po změnách v 90. letech, kdy dochází jak k rozvoji v psychoterapeutické práci, tak i v psychiatrické rehabilitaci: rozšíření denních psychoterapeutických programů, rozšíření individuální psychoterapeutické péče v ambulantních praxích psychiatrů či psychologů, rehabilitace se začíná postupně orientovat na život lidí s duševním onemocněním hlavně v jeho přirozeném prostředí [Pěč, Probstová, 2009: 9].

Právě v psychiatrické rehabilitaci jsou dominantní organizace neziskového sektoru, které zahrnují jak zdravotnickou péči, tak i sociální služby. Jak je již výše uvedeno (kap. 7.1.), formální vznik NNO byl umožněn až po r. 1989, takže rozvoj těchto organizací stále probíhá, ale již v jiném ohledu. Jak uvádí Pěč, v první fázi své existence směřovaly aktivity NNO především k vytvoření přátelského prostředí, protože v očích psychiatrických institucí a jejich odborníků byly NNO nechtěnou konkurencí [Pěč, Probstová, 2009: 96]. Postupně se dostal do popředí pacient a jeho zájmy a vznikaly tak. např. denní stacionáře poskytující jak psychoterapii, tak i rehabilitaci. V současné době poskytují organizace neziskového sektoru širokou škálu služeb a péče směřované na pacienta/ klienta zahrnující jak ty na úrovni jedince (krizová intervence, case management, trénink sociálních dovedností či psychiatrická rehabilitace), tak i na úrovni skupiny (různé skupinové terapie, terapeutické komunity nebo činnosti svépomocných skupin). Kromě těchto aktivit směřovaných na jednotlivce probíhají v rámci NNO také aktivity zaměřené na zájem celé skupiny, v tomto případě skupiny duševně nemocných, čímž je např. hájení práv duševně nemocných či snaha o odstranění stigmatu spojeného s přítomností duševní nemoci.

Protože škála poskytovaných služeb a péče je široká, částečně využívám rozdělení služeb podle Pěče a Probstové, kde jsou přehledně uvedeny jednotlivé typy psychoterapie a rehabilitace jak na úrovni jedince, tak na úrovni skupin.

### **8.2.1. Krizová intervence**

Slovo krize běžně většina z nás užívá poměrně často pro vyjádření mnoha stavů, např. momentální neschopnosti si své záležitosti vhodně časově zorganizovat a být v časové krizi nebo se octnout ve složitějším životním období. Ovšem ve vztahu ke krizi, kterou zažívají psychiatrickí pacienti, se již pohybujeme v jiné dimenzi: krize jako moment, kdy se určitý systém octne v nerovnováze a jedinec si sám většinou nemůže pomoci, dochází k překročení

psychických kapacit: to v něm vyvolává pocity tísně a nouze, přičemž důvody těchto pocitů mohou být jak vnější (např. ztráta blízké osoby či uvěznění), tak vnitřní (neadekvátní strategie při zvládnání situace) [Lorenc, 2009 In Pěč. Probstová, 2009: 153-154]. Krizová intervence jako odborná metoda se pak snaží obnovit ztracenou psychosociální rovnováhu, vyřešit daný problém a najít možnosti, jak pokračovat v dalším životě, včetně např. vytvoření plánu návazné péče. První aktivity v této oblasti lze spatřit již ve 20. letech ve Vídni, kde byla tato pomoc zaměřena na prevenci sebevražd [tamtéž].

Jednou z forem krizové intervence je telefonická, tedy linka důvěry. Výhodou této „vzdálené“ pomoci je především rychlost a také anonymita: oba aspekty jsou výjimečně důležité. Rychlá dostupnost a okamžitá pomoc umožňuje získat rychle pomoc a předejít tak prohloubení současné krize a také možným negativním následkům neřešeného problému. Jak již bylo řečeno, stigma spojené s psychickými problémy je značné a obavy z tohoto plynoucí jsou tak v tomto případě intervence zcela eliminovány. Kromě „všeobecných“ linek pomoci, na které se lze obrátit s jakýmkoliv problémem, existují také linky specializované, které jsou zaměřené na určitou problematiku: zde mají své místo i linky psychopomoci. Od r. 2007 provozuje občanské sdružení Prosaz [www.prosaz.cz] (od září 2009 pak ve spolupráci s Českou asociací pro psychické zdraví) bezplatnou linku psychopomoci, jež je v provozu plných sedm dní v týdnu, dvacet čtyři hodin denně. Tato linka zprostředkovává komplexní péči zahrnující všechny nejdůležitější aspekty krize, od počáteční pomoci skrze telefonickou krizovou pomoc s působností po celé ČR, až po navazující služby, jako je zprostředkování odborné pomoci či konkrétních sociálních služeb:

- 1) Telefonická krizová pomoc – linka krizové pomoci spočívá jak v jednorázovém, tak i opakovaném telefonickém kontaktu volajícího s odborně vyškoleným konzultantem
- 2) Odborná konzultace – pomoc a poradenství při zajišťování sociální, právní, psychologické, zdravotní a pedagogické pomoci
- 3) Pomoc při uplatňování práv v běžném životě
- 4) Zprostředkování navazujících sociálních služeb

Další krizovou linkou s celorepublikovou působností je linka telefonické krizové pomoci o. s. Anabell, jež prostřednictvím kontaktu s odborníky poskytuje pomoc při řešení problémů spojených především s nevhodnými jídelními návyky a postoji (o. s. Anabell se primárně zabývá pomocí a podporou osobám postiženým i ohroženým poruchami příjmu

potravy) [www.anabell.cz]. Dalším občanským sdružením poskytujícím telefonickou krizovou pomoc je např. o. s. Spirála v Ústí nad Labem [www.spirala-ul.cz].

Kromě krizové linky existují další možnosti rychlé a včasné intervence, tentokrát ryze osobní a již ne anonymní, jako telefonní linky – a to krizová centra. Ta ideálně obsahují jak telefonické krizové linky, tak i možnost do daného centra přijít a získat okamžitou pomoc, včetně nabídky krizového lůžka. Obecně krizová centra podávají bezprostřední psychiatrickou a psychologickou pomoc v krizových situacích, které není člověk schopen sám zvládnout a je tak odkázán na okamžitou pomoc někoho dalšího. Kromě telefonických linek a center jsou také mobilní krizové služby, které jsou akutním případům poskytovány v terénu, tedy přímo v bydlišti uživatele služby. Těmi mohou být v tomto případě jak „noví“ uživatelé, kteří jsou s psychiatrickou službou v kontaktu poprvé, tak i dlouhodobí, kteří např. nespolupracují v léčbě a zásah krizové služby tak brání často relapsu nemoci [Lorenc, 2009 In Pěč, Probstová: 157].

### **8.2.2. Terapeutická komunita**

Jak již bylo řečeno, můžeme spatřit léčbu a služby zaměřené na jedince, ale i na skupinu. Během skupinové terapie se pak využívají především momenty, kterých by v rámci individuální léčby mohlo být jen ztěžka dosaženo, protože zde dochází k interakci více lidí. Terapeutická komunita je jednou z těchto metod využívající skupinový potenciál. V terapeutické komunitě jde opět o to, aby se nemocný člověk skrze provádění běžných denních aktivit dostal opět do stavu, aby mohl žít zase ve svém prostředí. V ČR jich není moc, ale jednou z nich je např. terapeutická komunita, kterou provozuje Česká asociace pro psychické zdraví.

### **8.2.3. Svépomocné a uživatelské aktivity**

Nedílnou a velmi významnou součástí poskytované péče a služeb pro duševně nemocné pacienty v rámci NNO, jsou svépomocné a uživatelské aktivity v rámci těchto skupin. Tyto skupiny pak fungují buď v podobě uživatelských organizací s právní subjektivitou (Kolumbus o.s., Andělská křídla o.s.), nebo jen jako svépomocné skupiny ať už samostatně fungující (Meziříčské makovice aj.), nebo v rámci již existujících organizací Klub duševního zdraví Česká Lípa aj.). Svépomocí se rozumí pomáhání si vlastními silami většinou

ve skupině, kde se sdružují lidé se stejnými problémy a spojuje je hájení stejného zájmu. V oblasti duševního zdraví jsou to tedy nejen pacienti, ale i jejich rodiny, které se sdružují. V rámci svépomocné skupiny si tak členové předávají informace, poskytují si emocionální podporu, hájí své zájmy vůči státu i jiným organizacím, ale také si navzájem poskytují přímou pomoc [ww.vida.cz]. Jde také o pořádání volnočasových aktivit, jako jsou výlety, pořádání výstav, tvorba vlastního časopisu apod. Přímá podpora vzniku a poskytování asistence svépomocným skupinám je z části náplní práce právě občanského sdružení Vida, který je jak seznamuje s fenoménem svépomoci, tak i s pravidly jejího fungování. Hlavní myšlenkou svépomocných aktivit je především to, že jejich účastníci mají buď osobní zkušenost, nebo zkušenost z velmi blízkého okolí s duševně nemocným a vědí tak mnohem lépe než kdokoliv jiný, co nemocný potřebuje, jak s ním zacházet nejlépe v jeho zájmu a jak mu co nejvíce pomoci. Navíc vzájemná spolupráce s dalšími organizacemi či odborníky umožňuje vzdělávání členů svépomocných skupin a tedy i šíření dobré praxe a pozitivních zkušeností mezi jejími členy. Pozitivní účinek svépomocných skupin je znám již dlouhou dobu, přičemž jednou z neznámějších svépomocných aktivit je sdružení anonymních alkoholiků aplikující princip svépomoci již několik desítek let [www.aa.org].

Vcelku specifickým projektem v rámci svépomocných aktivit je fungování tzv. patientských důvěrníků, kteří fungují ve sdružení Kolumbus. Tento pilotní projekt, k jehož vzniku přispěla svým projektem založeným na zkušenosti s obdobnými, již fungujícími v USA, Mgr. et Mgr. Lucie Rybová, vznikl roku 2004, přičemž je založen na pomoci uživatele psychiatrické péče (ať už současného, nebo minulého) jinému uživateli: vyškolení členové sdružení dojíždějí do psychiatrických zařízení, kde navštíveným pacientům poskytují různé druhy pomoci a informací o jeho právech a také se podílejí se na zlepšení komunikace mezi pacientem a zdravotním personálem [www.os-kolumbus.org]. Důvěrníci jsou vítáni především proto, že mají sami zkušenost s psychickou nemocí a umí si představit, co nemocný člověk právě prožívá a ví tak přesně, jaký druh pomoci pacient potřebuje.

#### **8.2.4. Právní poradenství**

V rámci NNO se také nacházejí organizace, které se přímo nezaměřují na psychické zdraví pacienta, ale nějakým způsobem hájí jeho zájmy či pomáhají řešit situace vznikající v souvislosti přítomnosti duševního onemocnění. Psychická onemocnění s sebou totiž nesou určitá specifika a je tak nutný přístup personálu k pacientovi, který je založen na dobré

znalosti nemocí se všemi jeho aspekty. Častým problémem je totiž omezování práv duševně nemocných a to v mnoha oblastech [Ochrana duševního zdraví občanů ČR, 2009]:

- právo na informovaný souhlas (především problémy nedobrovolné hospitalizace a léčby),
- právo na styk s nezávislým orgánem i na uzavřeném oddělení pro podávání stížností,
- ochrana práva na soukromí a lidskou důstojnost,
- posuzování způsobilosti k právním úkonům,
- výkon opatrovnictví.

Častým bodem kritiky neziskových organizací (ale i dalších subjektů) hájících práva duševně nemocných bývá také stav některých psychiatrických léčeb, který neodpovídá evropským standardům: v některých z nich pak nejsou dodržována všechna základní lidská práva. Snahou mnoha NNO (a mnoha dalších organizací a uskupení) je snaha o tvorbu samostatného zákona na ochranu osob duševně nemocných, který by chránil především pacientovo právo na osobní bezpečnost, informace a ochranu svých dat, na zachování lidské důstojnosti, ale i na soudní ochranu a účast v soudním řízení. Občanské sdružení pomoci duševně nemocným České republiky (OSPDN ČR) se tak např. v březnu r. 2009 obrátilo na vládu s peticí, kde se mimo jiné odvolávají na zprávu veřejného ochránce práv z psychiatrických léčeb z podzimu 2008 [Motejl, 2008] a upozorňuje jak na fakt neexistujícího samostatného zákona pro duševně nemocné, po kterém volá a který existuje ve většině vyspělých zemí, tak také požaduje také např. zajištění kontinuálního vzdělávání pro pracovníky v oblasti psychiatrické péče. Na stránkách tohoto sdružení [[www.spdn-cr.org](http://www.spdn-cr.org)] můžeme najít mimo kromě zmiňované petice právě zákony o duševním zdraví z jiných zemí a další dokumenty týkající se ochrany práv duševně nemocných. Zde můžeme zjistit, že ve většině vyspělých zemí EU existuje zákon na ochranu duševně nemocných upravující do různé míry aspekty léčby duševně nemocných, jako je tomu např. v Belgii, Dánsku, Švédsku, Litvě, Estonsku, Francii a v dalších zemích.

### **8.2.5. Rehabilitace psychiatrických pacientů**

Jak je již z výše zmiňovaného patrné, péče o duševně nemocného pacienta je široká a musí postihnout všechny oblasti života pacienta, které nemoc zasahuje. Pacient tak v průběhu



své nemoci většinou projde několika zařízeními a přijímá různé druhy služeb a péče, jež reagují na měnící se stav pacienta v procesu léčby. Poté, co se pacient dostane v tomto procesu do fáze, kdy je schopen aktivně se podílet na svoji léčbě, přichází na řadu pracovní a sociální rehabilitace. Rozsah rehabilitace pro psychiatrické pacienty je velmi široký, ale v zásadě sledují stejný cíl, a to umožnit pacientovi fungovat co nejvíce vlastními silami, pomoci nemocnému převzít část zodpovědnosti za jeho stav a aktivně ho zapojit do léčby a doléčování [Bouček, 2004: 250-252].

Rozvoj rehabilitačních služeb jde jak ruku v ruce s rostoucím povědomím a znalostí nemoci a potřeb pacientů, ale také s vývojem v této oblasti, ke kterému docházelo již po druhé světové válce v zemích jako USA nebo Velká Británie s postupným šířením do dalších zemí, včetně ČR [Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009: 96]. Do r. 1989 byla ale vázána na prostředí léčeben a psychiatrických oddělení nemocnic, což zdaleka neumožňovalo rozvoj služeb na potřebné úrovni a v potřebné šíři. Milníkem pak byl rok 1989, kdy začaly vznikat NNO jako průkopníci rehabilitace psychiatrických pacientů. Dnes, kdy již byly vyzkoušeny různé modely péče, se ke slovu dostává jakási kombinace několika modelů, která by měla odpovídat právě průběhu nemoci a podchycení všech jejích aspektů, tedy uplatnění nejen biologického pohledu, nebo naopak nejen sociálního, ale všech dohromady: uplatňování bio-psycho-sociálního přístupu, který bere v potaz jak léčbu fyzické, tak i psychické a sociální stránky pacienta (viz Obrázek č.1 na s. 26) [WHO Report, 2001].

Tak, jako je široké spektrum duševních nemocí, je i široká škála služeb a péče poskytované psychiatrickým pacientům, přičemž každý z poskytovatelů této péče klade větší či menší důraz na různé aspekty péče: zásadní principy psychiatrické rehabilitace pak shrnuje Anthony [Anthony a kol., 2002 In Pěč, Probstová, 2009]:

1. Rehabilitace je primárně zaměřená na zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým postižením.
2. Přínosem psychiatrické rehabilitace pro klienta je zlepšení chování v prostředí, které potřebuje.
3. Přejedné zvýšení závislosti může vést k postupné nezávislosti.
4. Dvě základní intervence psychiatrické rehabilitace jsou rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory okolí.
5. Psychiatrická rehabilitace se zaměřuje na zlepšení dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání a práce u osob s psychiatrickými postiženími.

6. Aktivní účast a začlenění osob v jejich rehabilitačním procesu je úhelným kamenem rehabilitačního procesu.
7. Dlouhodobá terapie léky je často nezbytným, ale málokdy dostačujícím doplňkem rehabilitační intervence.
8. Psychiatrická rehabilitace je eklektická v použití různých technik.
9. Naděje je hlavní složkou rehabilitačního procesu.

Cílem rehabilitace je tedy úzdava (z angl. originálu recovery), která sice nepočítá s úplným vymizením symptomů, ale se schopnosti se s nimi vyrovnat, se schopností najít nový smysl života a aktivně se na něm podílet. Specifika duševních nemocí navíc přinášejí další překážky, které se např. u klasických nemocí nevyskytují, např. stigma spojené s výskytem duševní nemoci či ztráta práce [Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková, 2009: 104]. Právě od jednotlivých aspektů duševní nemoci se pak odvíjejí jednotlivé úrovně rehabilitace, které jsou zaměřené na danou problematickou oblast.

### **8.2.6. Pracovní rehabilitace**

Význam práce je jako téma rozpracovááno mnoha autory [Sirovátka, Mareš, 2003; Večerník, 2007; Buchtová, 2002] a její význam po jedince i kolektiv, ve kterém žije, je nepopiratelný. Ztráta práce a její nepřítomnost je pro každého jednotlivce obtížným stavem a pro její znovuzískání existuje řada kroků, jež je třeba podniknout. Jestliže je ztráta zaměstnání obtížná pro zdravého člověka, o to je problematičtější pro duševně nemocné: specifika nemoci se do různé míry podepisují na schopnostech nemocného a běžné pracovní podmínky nemusejí být zvládnutelné. Pracovní rehabilitace jako důležitý krok na cestě celkové rehabilitace pacienta má tak několik funkcí, které mají za cíle pacientovi opět umožnit zapojit se do běžného života, včetně toho pracovního. Jednotlivé kroky pracovní rehabilitace tak dle autorů jsou příprava (např. pracovní orientace, předpracovní trénink), adaptace (klientovi je poskytována mediace v rámci získání práce, jde např. i o vyjednávání pracovních podmínek, za kterých může klient nastoupit a vykonávat práci), podpora v chráněných pracovních podmínkách a následně v běžných pracovních podmínkách [Pěč a kol., 2009: 116].

Získat a navíc si udržet práci je pro psychicky nemocné pacienty velmi obtížné: existují zde různé druhy překážek, od nemoci samotné (projevy nemoci na pracovišti nemusí vždy všichni chápat tolerantně), přes stigma spojené s nemocí (často je problém pro duševně

nemocného uplatnit se na klasickém pracovišti, když je jeho diagnóza známá), až k omezeným možnostem pracovního uplatnění nabízených klientům (nabízené práce v rámci tréninkových pracovišť bývají často pro malý počet lidí, nebo např. na pozice, které ne vždy dostatečně odpovídají vzdělání či schopnostem pacienta). Zde se jako velmi vhodné jeví svépomocné skupiny uživatelů péče (ať už bývalých, nebo současných), kteří mohou v pomoci stejně nebo podobně nemocným najít jak smysluplnou práci, tak i plodné naplnění času na pracovišti, kde každý velmi dobře ví, s čím počítat a s jakými situacemi se může setkat.

Kromě toho, že pracovní rehabilitace má různé funkce, můžeme také vysledovat různé typy rehabilitace, kterými jsou např. chráněné pracovní dílny, přechodná a podporovaná zaměstnání či dobrovolná práce (ta většinou probíhá jako praxe na budoucím potenciálním pracovním místě). České NNO v tomto ohledu prakticky výlučně kryjí poptávku po tomto druhu služeb, stát se pak podílí především na jejich financování (mnoho programů funguje prostřednictvím peněz ze státních dotací a grantových projektů). Většina organizací pak tyto služby poskytuje podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, konkrétně jako sociálně terapeutické dílny [zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách].

V chráněných pracovních dílnách jsou podmínky nastavené tak, aby se klienti mohli plně věnovat pracovním programům a skrze ně obnovit a rozvíjet své pracovní schopnosti a dovednosti, aby mohli být po nějaké době schopni pracovat na běžném pracovním místě, nebo aby měli nějakou práci, i bez ambicí na získání pracovního místa na otevřeném trhu práce. V ČR existuje několik sociálně-terapeutických dílen poskytující různé druhy uplatnění. Jsou mezi nimi jak výtvarné a keramické dílny, jako např. v Centru STROOM DUB o.p.s. [www.stroomdub.cz], dále také tkalcovské a košíkářské dílny např. v o.s. Zahrada 2000 [www.zahrada2000.cz], dále svíčkařské a řemeslné dílny např. v o.s. Ledovec [www.ledovec.cz], dále také sklářské, technické či papírenské dílny např. v o.p.s. Bona a další.

Existence přechodných a podporovaných zaměstnání je pro uživatele služeb částečným krokem „ven“, do pracovního života, který není tak „izolován“ od ostatního světa, jako např. v chráněných dílnách. Na přechodných pracovištích se klient na omezenou dobu začlení do běžného pracovního procesu, přičemž cílem je znovunabytí schopností pracovat, posílení sebedůvěry a vytvoření smyslu pro povinnost [Pěč a kol., 2009: 120]. Podporovaná zaměstnání pak vycházejí ze snahy uplatnit klienta v běžném pracovním místě, a to za

přístupu k trvalé asistenci a pomoci pracovní-rehabilitačního odborníka. NNO poskytující či zprostředkovávající přechodná a podporovaná zaměstnání lze najít v celé ČR se zastoupením téměř v každém kraji. Je to např. o.s. Eset Help [www.esethelp.cz], tréninková kavárna v o.s. Green Doors v Praze [www.greendoors.cz], dále např. Agentura Osmý den o.s. [www.osmyden.cz], v Ústeckém kraji, Fokus Vysočina [www.fokus-vysocina.cz] v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově a dalších městech.

Ve Fokusu Praha o.s. funguje např. ucelený systém pracovní rehabilitace obsahující všechny výše jmenované typy pracovní rehabilitace pod názvem Centrum programů podpory zaměstnávání zaměřený výhradně na oblast pracovní rehabilitace, a to samostatně jako služba sociální rehabilitace podle zákona č. 108/2006 Sb. Celý systém pracovní rehabilitace má za cíl především obnovit pracovní a sociální dovednosti a návyky uživatelů služeb, přičemž toho lze dosáhnout skrze jednotlivé programy: program chráněného tréninkového zaměstnávání, po němž následuje program přechodného zaměstnávání, který střídá program podporovaného zaměstnávání a v celém průběhu rehabilitace je k dispozici program pracovního poradenství [www.fokus-praha.cz].

### 8.2.7. Podporované vzdělávání

Nástup nemoci často naruší vzdělávací dráhu nemocného člověka, takže když si chce následně najít práci, je tato situace velmi náročná jak proto, že charakter nemoci často neumožňuje pracovat na běžném pracovním místě, ale také proto, že nemoc přerušuje vzdělávací dráhu duševně nemocného a ten tak nedosáhne potřebné kvalifikace. Podporované vzdělávání pak obsahuje následující principy vycházející z psychosociální rehabilitace [Pěč a kol., 2009: 122]:

- integrace do sociálního prostředí,
- dostupnost volnočasových a kulturních aktivit,
- posílení základních vzdělávacích kompetencí (plánování, rozdělení času, studijní dovednosti apod.),
- příležitost ke zjišťování skutečností nutných k výběru povolání,
- podpora při zvládnutí vzdělávacího prostředí,
- kolegiální podpora od ostatních účastníků programu.

Programy podporovaného vzdělávání a studia nejsou samostatná registrovaná sociální služba podle zákona o sociálních službách, a proto se objevují buď jako součást sociální rehabilitace, sociálního poradenství nebo jako neregistrovaná služba. Jednou z organizací poskytující podporované vzdělávání (ne jako registrovanou sociální službu) je Ledovec o.s. věnující se podpoře zvládnání běžných školních povinností, podpoře v návratu ke studiu, ale i podpoře zvládnání vztahů se spolužáky a blízkými [www.ledovec.cz]. Další NNO poskytující vzdělávací programy (též neregistrované jako sociální služby) je např. o.s. Baobab, jehož kurzy a programy (např. program Student) odpovídají současným požadavkům na zaměstnance na trhu práce (jazykové dovednosti a znalosti práce na počítači) [www.osbaobab.cz].

### **8.2.8. Rehabilitace v oblasti bydlení**

Mít kde bydlet, nějaký přístřešek a domov, je jednou ze základních lidských potřeb; duševně nemocní ale tuto potřebu mají často nenaplněnou, protože vinou své nemoci mají často potíže a zhoršené podmínky spojené s bydlením neumějí často zvládat (např. sousedství a život v kolektivu). Psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení má pak několik cílů, především následující [Pěč a kol., 2009: 123]:

- umožnit duševně nemocným nezávisle a samostatně bydlet a nést zodpovědnost za svůj život,
- zajistit pro klienta takovou podporu, která by mu umožnila udržet, zlepšit nebo získat dovednosti,
- pomoci vytvořit stálý domov co nejvíce odpovídající představě klienta,
- pomoci vytvořit klientovi prostředí podporující jeho úzdravu,
- vytvářet alternativu k dlouhodobým hospitalizacím v psychiatrických léčebnách ze sociálních důvodů.

V praxi pak existují různé formy pomoci spojené s bydlením (poradenství, či přímé poskytnutí bydlení) definované podle zákona č. 108/2006 Sb. jako služby sociální péče v různých podobách: podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a chráněné bydlení. NNO se pak nejvíce podílejí na podpoře samostatného bydlení, poskytování chráněného bydlení a zřizování domovů na půl cesty (ostatně organizace neziskového sektoru byly průkopníky v oblasti chráněného bydlení).

Ruku v ruce se snahou posilovat veškerý život nemocného v jeho přirozeném prostředí pak fungují i služby podporovaného bydlení, které se snaží co nejvíce uplatnit klientovy vlastní schopnosti a snahu a tím pádem mu poskytovat raději služby v místě jeho bydliště. Chráněné bydlení nabízí např. Psychocentrum Domeček Hodonín, o.p.s. [www.psychocentrumdomecek.cz], podpoře samostatného bydlení se věnuje např. o.s. Práh v Brně [www.prah-brno.cz] či Mens Sana o.s. [www.menssana.cz], kombinaci obojího poskytují např. pobočky FOKUSu.

### **8.2.9 Rehabilitace v oblasti volného času a sociálních kontaktů**

Duševní nemoc se projevuje v mnoha oblastech lidského života a výrazně tak zasahuje i do vztahů nemocného s jeho okolím, včetně rodiny, ale má vliv i na samotného nemocného, který je po vypuknutí nemoci zařazen do kategorie „pacient“. V důsledku přítomnosti duševní nemoci totiž u mnoha nemocných dochází ke ztrátě sociálních kontaktů, ke ztrátě schopností komunikace, sociálních dovedností, klienti služeb nemají dostatečně funkční sociální zázemí nebo nemají dostatečně vymezenou svojí roli a k navrácení toho potřebují pomoc a podporu okolí [Pěč a kol., 2009: 128]. Hlavní funkcí této rehabilitace je tedy nácvik ztracených sociálních rolí (např. rodinná či profesní), obnova komunikace se světem, podpora samostatnosti a znovuvytvoření sociální sítě. S tím souvisejí i programy trávení volného času, protože i v rámci nich dochází k nácviku různých dovedností a zároveň uživatel služby dělá, co ho nějakým způsobem naplňuje nebo co mu přináší jiné potěšení.

Tyto služby se poskytují na různých místech, i v nejbližším a nejpřirozenějším okolí pacienta – v rodině, ale také v institucích k tomu zřizovaných. V oblasti programů na nácvik sociálních dovedností a trávení volného času se uplatňují různé NNO, od svépomocných a uživatelských hnutí pořádajících různé aktivity pro své členy, jako je kromě již výše zmíněných např. o.s. Šela [http://sela.webnode.cz], až k centrům denních aktivit, např. v centru denních služeb v Charitě Frýdek-Místek [www.charita.cz], nebo dále občanské sdružení Česká společnost pro duševní zdraví [www.csdz.cz].

### **8.2.10. Odborné sociální poradenství**

V rámci rehabilitace psychiatrických pacientů je také v rámci různých NNO poskytováno poradenství. Poradenství jako poskytování základních informací, jak s nemocí

zacházet, jak se vypořádat s jejími následky, kde získat právní pomoc a mnoho jiných záležitostí poskytuje prakticky každá NNO, která přichází do styku s psychiatrickým pacientem. Kromě toho ale existují i služby odborného sociálního poradenství, které jsou registrované jako samostatná sociální služba. V některých NNO pak tuto službu poskytují vedle dalších aktivit, jako např. v o.s. Ledovec, některé organizace, jako např. VIDA, tvoří poradenskou síť center s celorepublikovou působností. V nich pak podávají jak rady a kontakty pacientům či jejich příbuzným, ale např. i asistenci a poradenství zájemcům o založení vlastního svépomocného hnutí.

### 8.2.11. Case management

Na úrovni jednotlivce se můžeme setkat s přístupem poskytování péče a služeb, který je zaměřen na konkrétního člověka s ohledem na specifika jeho nemoci a potřeby, které v dané situaci má. Zároveň vychází z rozvoje poznání duševních nemocí ve smyslu zprostředkování širokého spektra služeb, jež jsou danému uživateli služby poskytovány a které si vyžadují všechny aspekty jeho nemoci. Protože je tato služba zaměřena individuálně, tedy podle konkrétních požadavků péče daného uživatele, je těžké říci obecně, co všechno case management obsahuje. Lze ale vystihnout hlavní znaky case-managementu [Stuchlík, 2009: 141]:

1. získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta,
2. plánování péče a podpory,
3. uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě,
4. monitorování dosažených výsledků,
5. vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Jak uvádí Stuchlík, v rámci case managementu existuje ještě několik modelů, které jsou si z větší části podobné především v důrazu na silné stránky pacienta a podpory uplatnění jeho schopností, ale liší se např. v důrazu na různé aspekty nemoci (některé se zaměřují spíše na sociální stránku nemoci, některé spíše na medicínskou), nebo v rozsahu poskytovaných služeb - někteří case manažeři služby pouze zprostředkovávají, jiní je přímo poskytují atp. [Stuchlík, 2009: 144]. Case management je tedy vyjádření snahy o systémovou a komplexní péči konkrétního uživatele služby, který je ale i sám prvkem celkového systému péče, a to především na úrovni regionu (názorně lze vidět v příloze č. 2).

V ČR jsou poskytovatelé case managementu pouze NNO, přičemž první pokusy vznikly na základě projektů Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví financovaného z holandského grantu MATRA již v r. 1995 [www.cmhcd.cz]. V r. 2006 bylo možné se obrátit na šest center, kde poskytují case management a to především ten, zaměřený na silné stránky uživatele služby a intenzivní case management: Fokus Mladá Boleslav, dva týmy Fokus Praha, Mens Sana Ostrava, Regionální komunitní péče Pardubice a ESET-HELP Praha. Výčet aktivit a okruhy intervencí, které case manažer zajišťuje, se liší, přičemž záleží na mnoha faktorech, včetně schopností manažera a možností, např. finančních či personálních. Při práci s uživatelem jsou pak poskytovány služby obsahující různé postupy práce obsahující několik kroků, přičemž důležitou aktivitou je zde plánování.

Jedním z center, kde case management existoval jako na jednom z prvních míst v ČR vůbec, je Fokus Mladá Boleslav. Tým sociální rehabilitace vznikl již v r. 1995 jako samostatné o.s fungující pod názvem Regionální komunitní péče, které od r. 2000 funguje právě jako součást sdružení Fokus Mladá Boleslav. Pracovník case managementu je první, s kým přijde duševně nemocný do kontaktu a který ho pak následně zorientuje v možnostech poskytovaných služeb: funguje tedy jako jakýsi průvodce uživatele služby, od počátečního uvedení skrze asistenci během dalšího působení v individuálním systému péče. Tento pracovník tak poskytuje nemocnému různé druhy pomoci, od zprostředkování kontaktu na další poskytovatele služeb, přes asistenci např. při jednání s úřady až např. k podpoře nemocného v samostatném bydlení [www.fokus-mb.cz].



## **9. Postavení NNO v systému celorepublikové péče o DZ a možnosti ovlivňování veřejné politiky v oblasti péče o duševní zdraví**

### ***9.1. Neziskový sektor jako společenský aktér ovlivňující veřejnou politiku***

Protože možností, jak nahlížet na ovlivňování veřejné politiky, je mnoho, částečně využívám strukturaci příležitostí podle Friče [Frič, 2000], kde jsou uvedené okruhy možností ovlivňování a různých podob vztahů se státem (jako podklad pro následné rozhovory se zástupci neziskového sektoru).

Jak je již výše uvedeno (kap. 7.2.) neziskový sektor je významný aktér jak obecně v celospolečenském rozvoji, tak i konkrétně v oblasti péče o duševně nemocné, kdy vedle státu zajišťuje celou škálu služeb. Neziskový sektor má v mnoha ohledech nezastupitelnou roli, kterou bez větších problémů dokáže jiný sektor jen stěží nahradit – v některých aktivitách je dokonce efektivnější, než stát či trh. Je to např. v regulaci činností, které vyžadují dobrovolnou práci, předpokládají značnou důvěru na straně klientů, předpokládají efektivní okamžitou pomoc jednotlivcům (např. služby nemocným), zahrnují uplatnění morálních kritérií, vyžadují celostní přístup a vcítění se do potřeb ostatních a ochotu jim pomoci [Potůček, 2005: 106].

#### **9.1.2. Varianty vztahů mezi státem a NNO**

Když se ptám, jak může neziskový sektor ovlivňovat veřejnou politiku (v tomto případě konkrétně politiku péče o duševní zdraví), mám tím na mysli Fričovo pojetí, kdy za ovlivňování považujeme jakýkoliv tlak na prosazování změn, nebo na zabránění prosazení změn. Především to může být skrze lobbování za prosazení té které změny během legislativního procesu, ale i navázání komunikace a výměna informací mezi NNO a zvolenými veřejnými zástupci. Může to ale být „jen“ poskytnutí příkladu, vytvoření precedentu, který může narušit legitimitu dosavadních rutinních způsobů řešení daných problémů [Frič, 2000: 21].

Před samotnou analýzou vlivu neziskového sektoru se nejdříve podíváme na vztah mezi státem a neziskovým sektorem obecně a pohledu teoretických možností<sup>13</sup>. V podstatě existují dva základní vztah mezi těmito dvěma sektory, a to vztah kooperace a konfliktu.

Vycházíme-li z již zmíněných výhod toho kterého sektoru pro konkrétní funkce směrem k zajišťování veřejných služeb (viz kap. 7.2. o společenském rámci neziskového sektoru), v rámci kooperace pak můžeme rozeznat průběžnou a odloženou spolupráci. Při průběžné spolupráci NNO monitorují problémové oblasti a následně identifikují problémy, které považují za závažné a vyvíjejí pak tlak na stát, aby daný problém řešil a následně pak za přispění zainteresovaných NNO vypracuje konkrétní programy řešení problému (na jehož realizaci se skrze poskytování konkrétních služeb mohou podílet jak NNO, tak soukromé firmy). V modelu odložené spolupráce stát nereaguje na tlak řešit konkrétní problémy, NNO řeší situaci samy a až v průběhu času stát uznává problém a skrze postupnou spolupráci využívá v řešení problému již nabitě znalosti získané neziskovými organizacemi. Ke konfliktnímu vztahu pak dochází tehdy, přicházejí-li NNO s novými problémy a s návrhy na jejich řešení a stát je neakceptuje a místo toho dává přednost např. svým příspěvkovým organizacím [Frič, 2000: 22-25]. Ve vztahu k duševnímu zdraví si troufám tvrdit, že existuje spíše model odložené spolupráce, protože – jak je již zmíněno v předchozích kapitolách (např. 6.1. o zdravotní politice, kap. 6.3. o právní úpravě v oblasti péče o duševní zdraví) – stát očividně nechává mnoho problémů řešit právě neziskový sektor, ať už jde např. o návrhy nového zákona zachovávající práva duševně nemocného při hospitalizaci a v následné léčbě, ale také např. v samotném procesu deinstitutionalizace péče o duševně nemocné, kde hraje nezastupitelnou roli. Péče o duševní zdraví ale nemá mezi ostatními tématy pravděpodobně takovou prioritu, aby se její problémy řešily.

Určitou formu vztahu státu k neziskovému sektoru lze spatřit i v již zmiňované skutečnosti o právních formách NNO (kap. 7.1. o legislativním rámci neziskového sektoru). Prakticky až do dnešního dne tak neexistuje rozlišení mezi veřejně a vzájemně prospěšnými organizacemi: ačkoliv je z tohoto pohledu velký rozdíl mezi činnosti jednotlivými NNO, patří do jedné skupiny NNO jak svazek zahrádkářů, tak i pomáhající NNO, které uvádím ve své práci. Stát až do současnosti, kdy již Vláda projednává návrh zákona o veřejné prospěšnosti (viz kap. 7.1.), úspěšně ignoruje faktické rozdíly mezi charakterem a činnostmi jednotlivých

---

<sup>13</sup> Nejdříve budu analyzovat neziskový sektor obecně a teoreticky a pak se budu toto snažit aplikovat na případ NNO působících v rámci péče o duševní zdraví a podložit tvrzení daty, které jsem získala ve svém dotazníku (viz. kap. 4 o metodologii). V této kapitole pak právě k vymezení teoretických možností ovlivňování veřejné politiky z větší části využívám Fričovu monografii z r. 2000.

NNO, což má v praxi za následek několik jevů, např. neexistenci vyšších daňových výhod právě pro NNO, jejichž hlavní činnost je zaměřena na veřejnou prospěšnost [Frič, 2000: 27].

Dalším aspektem, který se projevuje do vztahu NNO a státu, jsou finance a systém financování NNO. Ten funguje z velké části na principu vícezdrojového financování, které tvoří jak dotace ze státního rozpočtu či rozpočtu obce, tak např. i vlastní výdělky (např. prodejem výrobků z chráněných dílen), příspěvky členů či sponzorské dary. Základním předpisem stanovujícím finanční vztahy ke státnímu rozpočtu je zákon č. 576/ 1990 Sb., o rozpočtových pravidlech republiky, jenž stanovuje možnost státu poskytovat účelové dotace a k tomu Vládou schválené zásady pro poskytování dotací občanským sdružením. Protože ale 95% rozpočtu tvoří příjmy z daní, které jsou každý rok jinak vysoké, a rozpočet je Parlamentem schvalován také každoročně, jsou přidělovány dotace účelové a krátkodobé, resp. na konkrétní program a není tak umožněna víceletá podpora jednoho nebo více programů [www.mfcr.cz]. Stát má ale především povinnost zajišťovat služby, jako je kultura, doprava, školství apod., a proto se tedy hledí na finance, které jdou do neziskového sektoru, jako na ty, které nejdou do státních organizací na zajištění výše zmíněných služeb. Tato finanční nejistota je každoročně velkým problémem pro mnoho NNO, jak mi potvrdil Mgr. Martínek, protože mnoho NNO závisí právě na státních dotacích, skrze něž jsou financovány konkrétní programy. Kromě státních dotací jsou tedy přístupné ještě rozpočty obcí, které též přidělují jednotlivé dotace na konkrétní programy, nebo v rámci tzv. Komunitních plánů [www.mpsv.cz]. Na dalším místě se pak objevují zisky z vlastní činnosti a sponzorské dary ze soukromého sektoru.

Je ale třeba říct, že vztah státu se vůči neziskovému sektoru (obecně, ne konkrétně ve vztahu k péči o duševní zdraví) pomalu zlepšuje. Jedním z kroků může být Rada vlády pro nestátní neziskové organizace, která vznikla v r. 1998 transformací z Rady pro nadace [www.vlada.cz (2)]. Dalším je např. již zmiňovaný návrh zákona o veřejné prospěšnosti, který by měl zjednodušit a zpřehlednit vymezení NNO ne podle jejich formy, ale náplně činnosti právě podle toho, jestli jsou veřejně prospěšné, nebo nap. jen vzájemně (což bude mít důsledky i na podobu financování NNO ve smyslu přehlednosti, která NNO je veřejně prospěšná a mohou k ní směřovat dotace). Usnesením Vlády ze dne 5. ledna 2009 bylo schváleno Zhodnocení koncepce podpory rozvoje neziskového sektoru, mezi jejíž základní priority patří pět kapitol pro další rozvoj: politické a právní prostředí pro rozvoj neziskového sektoru (NS), vícezdrojové financování NS, transparentnost NS, lidské zdroje pro podporu neziskového sektoru a partnerství veřejné správy a neziskového sektoru [tamtéž].

### 9.1.3. Konkrétní příležitosti, jak ovlivňovat veřejnou politiku

Ačkoliv je ale neziskový sektor nepostradatelným prvkem působící v mechanismu rovnováhy mezi trhem, státem a neziskovým sektorem, jeho hlas ve veřejné politice, jehož významným aktérem je, není příliš silný. Od r. 1989, kdy se prostor pro neziskový sektor otevřel, sice proběhlo mnoho změn, ale organizace neziskového sektoru musejí stále vyvíjet značné úsilí ve snaze dosáhnout svých zájmů. Jak říká Frič, nezbytné je formulovat a hájit zájmy skrze společné aktivity většího množství NNO, aby byl schopný hrát roli partnera nejen na centrální společenské úrovni (vůči parlamentu, ministerstvům a vládě), ale i na lokální a regionální úrovni [Frič, 2001: 120-121]. K tomu, aby se neziskový sektor choval jako společenský aktér, je nutné, aby koncepčně pracoval na sobě samém a posiloval svůj vlastní rozvojový potenciál - tedy se skrze společnou spolupráci podílet na koncepci, organizaci a koordinaci změn uvnitř sebe sama [tamtéž].

V současné době je vliv neziskového sektoru (co se týká např. síly jeho hlasu v prosazování klíčových změn) stále trochu oslaben, ale postupem času se jednotlivé organizace (nebo organizace zastřešující více organizací) prosazují čím dál více a uplatňují své právo na účasti o rozhodování a veřejných problémech. Novinkou v zajištění účasti veřejnosti na různých fázích řešení konkrétního problému je vytvoření Metodiky pro zapojování se veřejnosti do připomínkování zákonů vzniklé v roce 2007 na Ministerstvu vnitra, která by měla sjednotit postup státní správy při zapojování veřejnosti do přípravy strategických materiálů [www.mvcr.cz]. Do jaké míry se ale příslušné úřady budou touto Metodikou řídit, je věc druhá.

Veřejná správa pak poskytuje různé možnosti, jak se zapojit do procesu tvorby důležitých dokumentů.

#### *Navržení zákona*

Protože zákonodárnou iniciativou disponuje parlament a vláda, musejí se NNO, v případě, že chtějí navrhnout nový zákon, obrátit na jeden z těchto orgánů [www.psp.cr], což lze mnoha způsoby. Díky existenci Rady vlády pro nestátní neziskové organizace mají NNO v tomto ohledu výhodu, protože je jim práce ulehčena tím, že jako poradní orgán může přímo Rada doporučit změnu zákona. V prosazování práv duševně nemocných a především ve snaze

o vznik nového zákona o duševním zdraví je aktivní např. NRZP<sup>14</sup>. Aktivně prosazují změnu v právní úpravě, která by jasně vymezovala práva psychiatrických pacientů a to v rámci pracovní skupiny změřené právě na problematiku osob s duševní nemocí. V rámci ní např. písemně oslovují příslušné ministryně (Ministerstvo zdravotnictví a spravedlnosti) s konkrétními návrhy, které mají různý dopad: podle mailové komunikace s V. Krásou ministryně zdravotnictví vůbec nereagovala a ministryně spravedlnosti sice poskytla kapku naděje (úprava zákona na ochranu práv duševně nemocných je připravena v návrhu nového občanského zákoníku), ale vzhledem k nadcházejícím volbám nebude přistoupeno k dalším krokům.

Dalším orgánem ve vztahu k možnosti zprostředkování zájmů duševně nemocných je Vládní výbor pro zdravotně postižené. Ten připravuje a předkládá vládě ČR ke schválení národní plán pro zdravotně postižené občany: v březnu 2010 byl schválen Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 a zároveň byla připravena kampaň Rovné příležitosti všem, na které se také podílí NRZP [www.vlada.cz (3)].

#### *Připomínkové řízení k věcným záměrům zákonů*

Tuto formu intervence taktéž využívá řada NNO, a to i v rámci péče o duševní zdraví. I v tomto případě je aktivní NRZP, kdy jsou předsedou Krásou vyzývány jednotlivé členské organizace k připomínkování návrhů různých zákonů – nyní je to např. k věcnému záměru zákona o veřejné prospěšnosti. Na příkladu NRZP vidíme jasnou snahu o uplatnění vlivu prosazováním společného zájmu, kdy se sdružují jednotlivé zainteresované organizace k dosažení společného zájmu. Členem je např. i o.s. Kolumbus zastupující oblast duševního zdraví z pohledu patientského sdružení, kterému je právě díky členství v NRZP umožněno prosazovat stejný cíl (v tomto případě komentovat zákon, který silně dopadne právě i na NNO pečující o duševně nemocné především tím, že by se měla sjednotit NNO z hlediska veřejné prospěšnosti) [www.nrzp.cz]. Sama strategie sdružování se ukazuje mezi NNO zaměřené na rozvoj péče o duševní zdraví např. v případě Asociace komunitních služeb, jež sdružuje organizace zaměřené na péči o duševně nemocné a jež se právě kromě přímé péče o duševně nemocné snaží i o hájení společných zájmů na úrovni organizace a která by jako střešní organizace prosazovala jejich zájmy a tedy i zájmy celé oblasti komunitní péče působící

---

<sup>14</sup> Národní rada pro zdravotně postižené, jejímž předsedou je Václav Krása (který reagoval na můj mail)

v rámci duševního zdraví (více o konkrétní činnosti a zjištění v kap. 8.2.2. výsledky dotazníku) [www.askos.cz].

### *Petice*

Sepsání petice a její následné předání Petičnímu výboru je další cesta, kterou mohou NNO (ale i kdokoliv jiný) zasáhnout do legislativního procesu. Tato možnost není většinou v rámci prosazování zájmů duševně nemocných prosazována, ovšem najdou se i takovéto kroky. To dokazuje např. Petice za ochranu práv duševně nemocných sepsaná Občanským sdružením pomoci duševně nemocným ČR, které petici sepsalo v únoru 2009 a jíž podepsalo okolo 1500 občanů [OSPDN ČR, 2009]. Ve snaze o změny ve prospěch psychiatrických pacientů se Sdružení odvolává i na již citovanou zprávu ombudsmana Motejla (kap. 8.1.2), ale ani to ovšem neznamená jakoukoliv závaznost pro legislativce.

### *DataKO*

Krokem směrem k většímu zapojení NNO (a nejen jich) do veřejných rozhodovacích procesů je vytvoření tzv. DataKO, tedy databáze konzultujících organizací, kterou tvoří NNO působící v různých oblastech. Databáze je určena především ministerstvům a dalším středním orgánům státní správy připravujícím důležité materiály a ty tak mají možnost vybrat a oslovit příslušné NNO týkající se jejich působnosti (k dnešnímu dni je jich zaregistrováno 366)<sup>15</sup>. Zdravotní a sociální péči zastupuje několik organizací, nejvíce se zaměřením na péči o mentálně postižené (např. Autistik, Máme otevřeno, o.s. Proutek), dále jsou zde Centra pro zdravotně postižené z několika krajů, Česká lékařská společnost J.E.P., NRZP a dále jen několik málo subjektů zabývajících se přímo duševním zdravím (QUIP - Společnost pro změnu, o.s. Spirála a Dětská psychiatrická léčebna Opařany). Po prohledání databáze si troufám tvrdit, že jsou zde mnohem více zapojeny profesní spolky a zájmová sdružení, než např. zdravotní a sociální služby (a ty, které se zabývají duševním zdravím téměř vůbec).

### *Koncepční práce*

Ne příliš častá činnost NNO je i v oblasti tvorby nových materiálů (např. vzdělávacích) a koncepčních dokumentů. Významně se v těchto aktivitách činí CMHCD, které se podílelo např. na vzniku Koncepce oboru psychiatrie, s jeho pomocí byla také ustanovena Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie jako poradní sbor ministra

---

<sup>15</sup> <http://www.mvcr.cz/clanek/databaze-konzultujicich-organizaci.aspx> [cit. 2010-05-06]

zdravotnictví a také vytvořila odborné dokumenty Politika péče, ve kterých je kriticky analyzován současný stav psychiatrické péče a navrženy možnosti zlepšení [Pfeiffer a kol., 2005].

### *Boj proti stigmatu a diskriminaci duševně nemocných*

Název této podkapitoly samozřejmě neodpovídá žádné oficiální formě ovlivňování veřejné politiky, ale je to ilustrující příklad toho, kde neziskový sektor funguje díky svým vlastnostem (zde především důvěra) mnohem lépe, než kterýkoliv jiný sektor. Navíc v oblasti boji proti stigmatu a diskriminaci neziskový sektor jasně identifikuje problém, který stát příliš neřeší.

Po celém světě je mnoho lidí s psychickými problémy, kvůli kterým jsou diskriminováni a jsou tak snadným cílem nepoctivého jednání. Nemocní mívají mnoho problémů, ať už např. s nalezením bydlení či zaměstnáním a v mnoha situacích jim jsou často upírána lidská práva. Stávající právní úprava např. nezaručuje duševně nemocným přidělení adekvátní právní pomoci (příslušně vzdělaného člověka), která by dohlížela na minimální a jen nutné omezení práv pacienta [Ripová, 2005].

Diskriminace a nerovné jednání je již ale důsledkem prvotního problému, kterým je přítomnost stigmatu; za diskriminací duševně nemocných stojí především předsudek založený na nedostatečné informovanosti veřejnosti o této problematice. Nízké povědomí o psychických obtížích a z toho plynoucí předsudky pak často vedou ke stigmatizaci. Strach ze stigmatizace nakonec snižuje pravděpodobnost toho, že nemocný přijde do kontaktu s veřejnými službami, neboť se obává negativní reakce. Systém veřejných služeb nemá adekvátní a dostatečné informace o počtu a potřebách pacientů, protože mnoho z nich jednoduše službu z výše uvedených důvodů nevyhledá. Toto pak může být i jednou z příčin nízké priority duševního zdraví v tvorbě kvalitní zdravotní politiky [McDaid, 2005]. Nevyhledání péče následně vyúsťuje ve dvě důležité souvislosti: stav nemocného se zhoršuje, což kromě přímých následků na pacienta v podobě rostoucích obtíží vede i k nárůstu finančních prostředků, které se pak vynakládají z veřejného zdravotnictví.

Ve snaze odstranit, nebo alespoň zmírnit diskriminaci či stigma, je aktivních několik organizací neziskového sektoru. Jak je již výše zmíněno, takovou snahou o hájení práv duševně nemocných a o potlačení jejich diskriminace je např. projekt patientských důvěrníků, kdy tito důvěrníci přímo informují pacienta o jeho právech a pacient tak následně ví, na co má

právo a kam až může např. personál zařízení, ve kterém je pacient umístěn, zasahovat. K šíření osvěty a pozitivního obrazu duševně nemocných pak dochází i skrze takové akce, jako jsou výstavy uměleckých děl či pořádání osvětových akcí, jako jsou např. Týdny pro duševní zdraví s celorepublikovým rozsahem otevřené široké veřejnosti pořádané Fokusem Praha a jeho pobočkami, nebo pořádání vzdělávacích přednášek, které jsou určeny jak pro samotné pacienty, nebo jejich příbuzné, tak i pro veřejnost: např. o.s. Kolumbus pořádá takovéto přednášky na středních školách a učilištích, kde se studenti mnohdy dostávají poprvé do kontaktu s psychiatrií a dozvídají se tak základní informace o této problematice [Jaroš, 2009: s. 17].

Jak ukázal výzkum DEMA provedený v rámci projektu Změna, klíčové se při odstranění stigmatu duševně nemocných z pohledu veřejnosti jeví zprostředkování informací o charakteru psychických onemocnění, jejich konkrétních projevech, možnostech léčby a nebezpečnosti duševně nemocných pacientů [DEMA, 2004]. Na aktivitách se v rámci tohoto projektu podílí Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (dále jen CMHCD), jehož jedním z hlavních témat je právě boj proti stigmatizaci a snaha o její odstranění. Celkově se Centrum snaží nabízet informace a prostor pro pojmenování a řešení problémů v oblasti péče o duševní zdraví a v rámci projektů se orientují jak na uživatele služeb, tak i na poskytovatele těchto služeb, na odborníky z ČR i zahraničí, ale také na pracovníky veřejné správy na všech jejích úrovních [www.cmhcd.cz].

## ***9.2. Reálná podoba ovlivňování veřejné politiky (výsledky dotazníku)***

Informace získané z dotazníku vhodně doplňují předchozí odstavce o možnosti ovlivňování veřejné politiky. Existuje mnoho nástrojů a cest, jak ho dosáhnout, ale ne vždy je jednoduché se k potřebným datům dostat. Vlastně je to velmi obtížné právě tím, že NNO působící v oblasti péče o duševní zdraví jsou roztržštěné, samotná náplň činnosti jednotlivých organizací je velmi různorodá a je tak složité sledovat jednotlivé procesy.

V následující části proberu jednotlivé otázky a každé z nich se věnuji stručným rozebráním. Jak je již uvedeno v kapitole o metodologii (kap. 4.2.), výsledné informace pocházejí od osmi NNO pečující o duševně nemocné.

*OTÁZKA Č. 2: Průběh aktivit v rámci asociace a spolupráce v rámci asociace*



Jak je již uvedeno v metodologii (kap. 4), všechny mnou oslovené NNO jsou členy Asociace komunitních služeb, na což směřovala hned má první otázka – na subjektivní vnímání přínosu členství v asociaci (otázku č. 1 záměrně vynechávám, protože jde jen o identifikační otázku).

V pozadí této otázky, a prakticky ve výběru oslovených organizací, stálo právě přesvědčení o síle hlasu více organizací prosazující stejný zájem a funkci střešních organizací vůbec. Z dotazníku jsem se dozvěděla, že některé organizace, vnímají své členství pouze jako formální skrze placení pravidelných příspěvků. Většina je ale aktivní především v oblasti sdílení dobré praxe a zkušeností, jež si předávají na pravidelných schůzkách pracovních skupin tematicky zaměřených na konkrétní téma (rehabilitace či zaměstnávání). Kromě toho také některé organizace uvedly možnost připomínkovat vyhlášky či společnou tvorbu připomínek k zákonům.

Co se týká výsledků spolupráce, některé organizace vnímají přínos spolupráce především na úrovni organizace, právě např. skrze schůzky a výměně informací, zkušeností a dobré praxe. Efekt se také podle některých projevuje v dobré informovanosti např. o tom, jak poskytovat kvalitnější služby, horší je to ale např. s úspěšností v prosazování nových zákonů či s lobbováním v oblasti financování NNO. V tomto ohledu panuje poměrně skepse a trvalý neúspěch, což koresponduje mimo jiné s již výše zmiňovaným trvalým neúspěchem ve snaze o vytvoření nového zákona pro duševně nemocné.

*OTÁZKA Č. 3 a 4: Spolupracujete nějak se subjektem, který poskytoval péči/ službu Vašemu pacientovi/klientovi před vstupem (po odchodu) do Vaší organizace - v případě, že ano jak?*

V pozadí této otázky stála především moje snaha zjistit míru návaznosti služeb, které oslovené organizace poskytují svým pacientům/ klientům, zda se v tomto ohledu zajímají o minulou, či následující léčbu a poskytované služby. Tato informace je důležitá především z hlediska systémovosti péče o pacienta, jak figuruje ve struktuře psychiatrických péče a služeb. Forma spolupráce se projevuje v několika formách: někde je navázán kontakt s psychiatrem jeho doporučení pak slouží jako „vstupenka“ do programů sociální rehabilitace, většinou je ale navázán kontakt s pacientem již během hospitalizace (včetně konzultace s ošetřujícími doktory a výměna dostupných informací) a s odborníky zapojenými do „případu“. Některé organizace např. nenavazují kontakt ani s minulými, ani s budoucími organizacemi, ale to plyne z charakteru organizace a poskytovaných služeb, které jsou zaměřené především na poradenství, osvětovou činnost a podpoře svépomocným hnutím, tedy služby nejsou zaměřené na osobu jednotlivého klienta.

*OTÁZKA Č. 5: Spolupracujete během poskytování své péče/ služeb s rodinou vašeho pacienta/ klienta? V případě, že ano, jak.*

V pozadí této otázky stál opět můj zájem o to, zjistit návaznost služeb a vůbec přítomnost rodiny a spolupráce s ní jako důležitý prvek léčby psychiatrického pacienta. Spolupráce s rodinou je důležitá jak v zaměření se na klienta a jeho interakci s prostředím, ve kterém žije (tedy ve snaze o zlepšení individuální péče skrze spolupráci s rodinou), tak i jako důležitý zdroj informací při léčbě, ale např. i jako zpětná vazba [Stuchlík, 2002]. Toto potvrzují i zjištěné poznatky – komunikace s rodinou je důležitá jak s hlediska upřesnění potřeb klienta, tak i jako získání zpětné vazby a vůbec z hlediska zvýšení účinnosti spolupráce. Objevuje se také důraz např. na písemný kontakt mezi klientem a rodinou, což se skrze vyjádření nápadů a myšlenek ukazuje jako důležitý terapeutický prvek.

*OTÁZKA Č. 6A-6L: Jak spolupracujete s orgány místní správy?*

Sada těchto otázek byla zaměřena na zjištění míry zapojení jednotlivých organizací na místní úrovni (na celorepublikové se aktivně účastní minimálně jen členstvím v Asociaci a to je uvedeno již výše). Co se týká první otázky zaměřené na **písemné připomínkování návrhů** řešení problémů, většina organizací se shodla na občasném využití možnosti připomínkování návrhů. Tuto formu aktivit, jak mi při konzultaci potvrdili zástupci těchto organizací, využívá např. i o.s. Kolumbus a ČAPZ<sup>16</sup>.

Možnost diskuze na **zasedání místní správy** se nejeví jako příliš často vyžívaný způsob, jak dát najevo svůj názor, tuto možnost využívají pouze dvě organizace, dvě občas a čtyři vůbec.

V otázce **podávání vlastních návrhů na řešení konkrétních problémů** jsou organizace více aktivní, než v předchozím bodě, většina tuto možnost občas využívá. Některé organizace se podílejí např. i na tvorbě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb dokonce iniciovaly vznik pracovní skupiny pro tvorbu podkladů ke koncepci podpory lidí s duševní nemocí v Plzeňském kraji, který je v současnosti dále Krajem zapracováván.

Možnost být zapojen jako **člen stálé komise či pracovní skupiny** využívá valná většina organizací, většina dokonce pravidelně. Toto je důležité především z hlediska

---

<sup>16</sup> Česká asociace pro psychické zdraví

dlouhodobého horizontu, protože se ukazuje, že většina organizací se průběžně aktivně zapojuje do dění ve své oblasti a je to i kladné znamení ze strany orgánů místní správy, že s těmito hlasy počítají i v budoucnu.

S prací v **jednorázové pracovní skupině** je to poměrně rovnoměrně rozložené mezi existující možnosti - dvě se účastní pravidelně, dvě vůbec a čtyři občas.

Jak často jsou oslovené organizace **zvány na jednání orgánů místní správy jako konzultanti**? Příliš často ne, spíše občas, což uvedlo šest organizací, zbytek vůbec. Z toho by se dalo usuzovat na několik příčin (z nichž ani jednu nemohu potvrdit, ani vyvrátit), že buď mají orgány své jiné odborné zdroje, anebo se bohužel na NNO neobrátlí, protože je nepovažují za rovnocenného partnera, anebo je neosloví jednoduše např. z časové vytíženosti a jiných dalších administrativních povinností s daným procesem spojených. Tato informace ale nejde příliš dohromady s ot. č. 6d o zapojení ve stálé komisi, kde se účastní většina; tento rozdíl může být vnímán např. právě jako neochota obrátit se na zástupce NNO jako odborníky na danou oblast.

V otázce **účasti na správních řízeních** je výsledek jednoznačný: kromě dvou organizací, které se účastní občas, se další organizace neúčastní. To může být dno i charakterem služeb, které organizace poskytují, protože když např. neposkytují komplexní služby, jako case management, (v jejímž dlouhodobém průběhu péče o klienta může k tomuto dojít) se asi jen těžko dostávají k této příležitosti.

**Neformální spolupráci s orgány místní správy** založenou na dobrých osobních vztazích s členy místní správy využívají pravidelně čtyři organizace, dvě občas a dvě vůbec.

**V případě problému oslovují orgány místní správy NNO** pouze občas. Z tohoto sdělení není jisté, např. kolikrát za dva roky osloví zástupci místní správy danou organizaci, ale vzhledem k tomu, že to jsou odborníci v dané oblasti a hájí zájmy pouze duševně nemocných, myslím si, že jsou v tomto ohledu nedostatečně využíváni a s jejich oslovením by zástupci místní správy nemuseli tolik váhat.

Zda se oslovené **organizace účastní jako spoluřešitelé na projektech obce či města**, je také různé: kromě některých, které jsou zapojeni např. do komunitního plánu daného města

či obce, se většina vyslovila v tom smyslu, že se na projektech nepodílejí. To může opět znamenat několik interpretací: jednak neaktivita ze strany orgánů místní správy (neosloví potenciálně zainteresované organizace), nebo např. vůbec neexistují projekty obcí a měst zahrnující duševně nemocné, kde by se tyto organizace mohly angažovat, anebo další potenciální možnost je, že se organizace neangažují z vlastní vůle.

Otázka směřovaná na potenciální **poskytnutí finanční zálohy z obecního/ městského rozpočtu** měla za cíl spíše zjistit, zda tato možnost vůbec existuje: je to proto, jak je již výše zmíněno, že většina organizací je sice finančně závislá na několika zdrojích, ale jak bylo řečeno, příjmy např. z projektů jsou krátkodobé a mohou vznikat jakási překlenovací období mezi koncem a začátkem nového projektu, kdy organizace např. nemusí mít finance na již probíhající aktivity<sup>17</sup>. Nikdo z oslovených neodpověděl kladně, což pravděpodobně znamená, že obce s takovýmto druhem „pomoci“ neziskovým organizacím vůbec nepočítají a nezacházejí.

#### *OTÁZKA Č. 7.: Spolupracujete s centrálními orgány státní správy?*

Poslední otázka směřovala na vyšší úroveň spolupráce, na úrovni centrálních orgánů státní správy. V tomto ohledu často dobře fungují právě střešní organizace, byť by to mělo být jen proto, že se k důležitým informacím dostanou všichni členové dané organizace a mohou pak projevit svůj názor jako hlas několika zapojených aktérů zastávajících stejný názor. V tomto ohledu se také projevuje důležitost Asociace, protože právě skrze např. společnou komunikaci a oběžníky týkajících se různých právních úprav a konkrétních opatření se mobilizují její členové. Tím se pak zvyšuje jak účast většího počtu organizací, tak už již zmiňovaná „síla skupiny“ a tedy růst potenciální možnosti něco ovlivnit. Většina organizací alespoň občas využívá této možnosti a to nejen např. připomínkováním zákonů, ale např. i dokumentů a vyhlášek v rámci Asociace sociálního poradenství.

Díky dotazníku jsem se dostala k informacím, které bych jinak poměrně obtížně získala, jestli bych se k nim vůbec dostala. Neziskový sektor sice je v poslední době množícím se tématem výzkumu a studií<sup>18</sup>, ale specificky zaměřené na konkrétní oblasti aktivit

---

<sup>17</sup> Obdobná situace nastala např. v ČAPZu, kdy některé projekty skončily, některé ještě nezačaly a finančně tak byla ohrožena existence časopisu ESPRIT, který je jedním z mála (jestli ne jediným) časopisů pro duševně nemocné.

<sup>18</sup> např. studie Centra pro výzkum neziskového sektoru [www.e-cvns.cz]

jednotlivých organizací, tedy např. pouze jen péče o duševní zdraví, až tak četné nejsou. Ze získaných informací je možno formulovat několik poznatků.

1. Přínos členství v Asociaci vnímá většina členů především na úrovni organizace, a to díky možnosti setkávání odborných skupin a následné výměně zkušeností a dobré praxe vedoucích ke zkvalitňování péče. Mimoto Asociace funguje také jako společný prostor např. pro komentáře jednotlivých zákonů. Z tohoto hlediska je ale těžké prosadit konkrétní změn např. v zákonech nebo ohledně změn ve způsobu financování NNO (jak ale vyplývá z předchozích kapitol, i pro další aktéry zapojené v péči o duševní zdraví je toto velmi obtížný a nesnadný úkol a dotazník jen potvrdil informace získané od ostatních zdrojů).
2. Většina organizací je nějakým způsobem v kontaktu s předchozím subjektem (většinou psychiatrem), který poskytoval služby (nebo spíše péči) pacientovi před ní a využívá ta informací o předchozí léčbě svého klienta pro jeho potřeby a možnosti naplánování vhodného postupu terapie. To je podstatné především pro klienta, ale je to i znamením o snahu návaznosti služeb, kterou česká péče o duševně nemocné značně trpí. Většina organizací také spolupracuje s rodinou svého klienta, což je též důležité jak pro jeho léčbu, tak i pro zpětnou vazbu samotné organizaci.
3. V procesu ovlivňování veřejné politiky jsou zjištěné poznatky velmi rozličné. Hodně záleží na formě, jež se dá zvolit, ale ve vysoké míře také záleží, zda vůbec rozhodovatelé dané organizace osloví. Většina organizací se tak např. podílí na dlouhodobých plánech sociálních služeb v dané obci, či městě, což může ukazovat na existenci jakéhosi ustáleného vztahu mezi orgánem správy a konkrétní organizací. Na druhou stranu ale místní správa příliš nepovažuje NNO za partnera, jelikož nejsou vůbec, nebo jen občas zváni na jednání jako konzultanti a v případě vzniku problému jsou zváni také jen občas.
4. Na úrovni spolupráce s centrálními orgány jsou výsledky intervencí již o stupeň horší, protože např. prosazení nových zákonů nebo snah o změnu financování NNO jsou dlouhodobě neúspěšné. Toto zjištění ale jen doplňuje již dostupná zjištění a obtížnosti prosadit jakékoliv změny na úrovni státu.

Možností, jak ovlivnit rozhodování na několika úrovních je několik: nakolik jsou ale využívány a následně nakolik jsou pak tyto intervence brány v úvahu rozhodujícími, je jiná otázka. Organizace se do různé míry podílejí na místním dění a místní správa tyto organizace pravděpodobně ne vždy bere jako rovnocenného partnera, ale v mnoha ohledech se těmto organizacím již podařilo si získat svoji pozici. Příčiny tohoto pak mohou být různé, jejichž odhalení by pak vyžadovalo detailnější analýzu a větší okruh respondentů. Problém ale často tkví v kapacitách (jak personálních, tak finančních), takže mnoho NNO jednoduše nemá čas se věnovat sdružování a posilování vlastní pozice, tedy neziskové organizace jako společenského aktéra a valnou část všech svých prostředků a kapacit věnují do přímé péče a služeb pro své klienty<sup>19</sup>. Často také záleží na vytrvalosti každého z jednajících subjektů, protože prosazení jakékoliv změny trvá velmi dlouho; to lze ostatně vidět např. i na případě vzniku zákona pro duševně nemocné, po němž volá mnoho zainteresovaných aktérů z neziskového sektoru několik let a konkrétní zákon stále není vytvořen, resp. přijat. Na druhé straně představitelé samosprávy či státní správy nejsou vždy otevření a ochotní naslouchat hlasu NNO.

---

<sup>19</sup> Tuto dedukci mi potvrdil i Mgr. Martínek z České asociace pro duševní zdraví.

## 10. Možnosti posílení role neziskového sektoru a spolupráce se státem

Z vyznění celé práce si lze domyslet, že v rámci psychiatrické péče je mnoho oblastí, kde by se daly podniknout ozdravné kroky a že i ve vztahu k organizacím neziskového sektoru figurujících v péči o duševně nemocné existují rezervy, jež by se daly využít.

V průběhu práce jsem skrze dostupné informace a provedenou analýzu došla k závěru, že ačkoliv jsou NNO působící v oblasti péče o duševně nemocné nepostradatelným prvkem ve struktuře péče, samy nejsou vnitřně příliš jednotné a o organizovanosti příliš mluvit nelze. Bez neziskových organizací by asi jen stěží mohla většina pacientů a klientů těchto služeb pokračovat v „normálním“ životě, jelikož stát příliš koncepčně nerozvíjí tuto oblast a je tedy spíše otázkou dobré vůle jednotlivců a entuziasmu některých odborníků, když založí organizaci poskytující některou ze zdravotně-sociálních služeb určených pro psychiatrické pacienty. Navíc jak je patrné, není žádný přehledný a dostatečně aktuální rejstřík působících organizací, jež by práci samotným organizacím práci značně zjednodušil. Existují sice různé asociace, které sdružují ty které organizace, ale je jich několik a opět se potenciál tříští na menší kousky. Protože na stát se v tomto ohledu spoléhat nedá, je třeba, aby se role organizátora ujaly samotné NNO. Navrhovala bych proto, aby se vytvořila jakási platforma sdružující organizace zabývající se duševním zdravím na jakékoli úrovni – ať už na úrovni zlepšování péče a služeb pro klienta, tak i na úrovni tvorby návrhů nových zákonů atp. Vlastně by to byl koordinovaný společný prostor všech zainteresovaných NNO v péči o duševní zdraví, který by reprezentoval všechny organizace a např. při vyslovování požadavků směrem k politikům by tak vystupovala tato platforma jako jeden silný hlas podpořený všemi členy. Samozřejmě každá organizace má trochu jiné problémy a konkrétní požadavky plynoucí z charakteru práce té které NNO, ale mám spíše na mysli využít sdílený prostor pro podporu svých požadavků. Zároveň by tento prostor sloužil současným uživatelům či jakémukoli jinému zájemci o informace či služby, protože by zde mohl být zároveň i průběžně aktualizovaný seznam fungujících organizací. Virtuálně by to mohlo mít podobu webových stránek, kde by byly kontakty na všechny členy a tím by se otevřel jeden velký komunikační kanál. Zároveň by se zde mohly vyměňovat zkušenosti – v podstatě tak, jak to v mnoha organizacích funguje dnes, ale podstatou je právě sdružení v jedno těleso, které by jednotlivým organizacím ušetřilo většinu již tak často omezených kapacit.

Přínosná by tato platforma mohla být právě na úrovni konkrétních kroků, kde se již v praxi, české i mezinárodní, ukázalo, že se to vyplácí. Toto se můžeme např. dočíst i ze

závěrečných doporučení evropského projektu Dobrá praxe v boji proti sociálnímu vyloučení osob s duševními problémy: ačkoliv mají samozřejmě různé organizace různé návrhy a jiné pohledy na věc, spolupráce na konkrétním tématu se jim vyplatila, i když ne všechny názory mohly být zahrnuty do finální podoby řešení; důležitým předpokladem je důvěra mezi zúčastněnými a ochota dělat kompromisy a netrvat pouze na svém postoji [Mental Health Europe, 2007].

V průběhu práce jsem také dospěla ke zjištění, že mnoho změn není neproveditelných, ale je k nim jen malá ochota. Týká se to jak některých odborných organizací, tak i jednotlivých ministerstev, kterých se toto téma dotýká. Bohužel, i když jde o téma zdraví, tedy jedné ze základních hodnot moderní společnosti, podniknutí důležitých reformních kroků je stále politickou záležitostí. A faktem je, že o čem se dostatečně nahlas a na patřičných místech nemluví, to jakoby neexistovalo: v případě duševních nemocí toto platí dvojnásob, proto že stigma spojené s duševní nemocí nám všem zavírá oči i ústa. A to bohužel nejen „běžným“ lidem, kteří se lidí s duševní nemocí často obávají, protože neznají duševní nemoc a spojují si s ní např. agresi, ale i ti, co mají moc ovlivnit věc ku prospěchu psychiatrických pacientů. Ztotožňuji se tak s názorem O. Pěče, který vidí cestu k jakékoliv změně ve větší medializaci psychiatrie [rozhovor s O. Pěčem, 2009]. Otevřít toto téma a ukázat na duševní nemoc jako nemoc, která může postihnout každého z nás, ukázat, že duševně nemocní nejsou nebezpeční, ale odlišní tak, jako je každý z nás z různých úhlů pohledu odlišný. Inspirací, jak na takovou kampaň, by mohl být projekt Rethink Norwich anti-discrimination pilot, jehož představení tvořilo část prezentace L. Sayce<sup>20</sup> na závěrečné konferenci k již zmíněnému projektu Dobrá praxe v boji proti sociálnímu vyloučení osob s duševními problémy. Součástí tohoto projektu byly reklamy na autobusech a v rádiích, program na zahrnutí médií a praktických lékařů, zajištění účasti uživatelů služeb a jejich podporovatelů, fundraising prováděný tvář v tvář a hodnocení výsledků [Sayce, 2007]. Že tento projekt funguje na mnoha frontách, dokládají výsledky z výzkumu provedeného po této kampani, které Sayce též uvádí ve své prezentaci:

- 1. před kampaní:** 15% lidí bylo připraveno říci, že má zkušenost s DN<sup>21</sup>, 33% lidí si myslelo, že lidé s DN jsou často agresivní, 24% lidí si myslelo, že lidé s DN by neměli

---

<sup>20</sup> Liz Sayce je členem britské organizace RADAR, která se zaměřuje na strategie napomáhající tomu, aby se sociální začlenění a duševní zdraví staly tématy veřejné politiky.

<sup>21</sup> zkratku DN pro duševní nemoc zde používám z důvodu úspory místa



vykonávat důležitá povolání a 40% lidí řeklo, že by nechtělo nikomu říct, že u nich propukla DN

- 2. po kampani:** 30% lidí bylo připraveno říci, že má zkušenost s DN, 21% lidí si myslelo, že lidé s DN jsou často agresivní, 14% lidí si myslelo, že lidé s DN by neměli vykonávat důležitá povolání a 22% lidí řeklo, že by nechtělo nikomu říct, že u nich propukla DN

Finance na tuto kampaň by se daly získat několika způsoby, ale daly by se také využít dotace z evropského sociálního fondu, který nám je ještě na ně několik málo let otevřen. Tato kampaň by tak mohla udělat z oblasti duševního zdraví „problém“, tedy spíše již dlouho existující problém zviditelnit a tím pak následně upoutat více i pozornost rozhodovatelů, kteří mohou něco změnit. Zároveň by se daly podniknout různé variace tohoto projektu, zaměřené např. na konkrétní cílové skupiny tedy např. pořádání přednášek na základních či středních školách, nebo např. ve snaze zapůsobit po stránce zvýšení pracovního uplatnění a pořádat přednášky v soukromých podnicích nebo pro odborové svazy atp.

Již několikrát zmiňovaným problémem jsou finance: už jen samotná 3% věnovaná na psychiatrii z celkových zdravotních výdajů jsou lehce bizarní (a zvláště pak částky věnované na komunitní péči). Aby situace v organizacích nebyla závislá na začínajících a končících projektech, jež jsou financovány na specifickou dobu a aby tímto nebyla pokaždé ohrožována existence některých organizací, navrhovala bych navázání lepšího vztahu se soukromou sférou, kde finance dozajista jsou. Jak je též uvedeno v prezentaci L. Sayce, kde představuje projekt Rethink, fundraising tváří v tvář se ukázal jako velmi efektivní. Podniky samy o sobě se jen těžko a zřídka zajímají o veřejné problémy, ale navázání osobních kontaktů, pravidelné schůzky a následně i např. medializace v podobě odkazů na donátory na stránkách podpořené organizace, by mohla být jednou z cest. Východiskem pro podniky by mohl být postupný trend tzv. společenské odpovědnosti firem zaváděný do prostředí nejen soukromých firem, který má v západní Evropě či U.S. již poměrně ustálenou pozici [Business Leaders Forum, 2008]. Zde není explicitně řečeno, jaké konkrétní kroky má firma podniknout, ale jsou zde podporované oblasti, jejichž podnikové politiky by se měly rozvíjet – a mezi něž patří i zdraví a vhodné pracovní podmínky. Sice tento koncept funguje spíše směrem dovnitř, do firmy, ale v jejím rámci by se s podporou NNO myslím dalo počítat.

## 11. Závěr

Vycházíme-li z dnes již většinou všeobecně uznávaného bio-socio-psychologického pojetí duševního zdraví, vidíme, že jsme odkázáni na komplexní pohled, jenž naznačuje značnou šíři této problematiky. Tato komplexita se pak v realitě projevuje ve všech svých aspektech, což nás nutí k mnohem širšímu chápání záležitosti duševních nemocí, resp. duševního zdraví a veškerých aktivit s tím spojených. Dnes již téměř nikdo nepochybuje o tom, že duševní zdraví je nezbytnou podmínkou pro běžné fungování každého z nás ve skupině, v které žije a že být zdravý není pouhá nepřítomnost nemoci, ale stav fyzické, duševní a sociální pohody (tzv. well-being) [WHO Report, 2001]. Bohužel toto je ale často jen proklamováno a tvrzeno „na papíře“, ale ona komplexita duševních nemocí mnohdy zůstává v podobě dnešní situace zjevně nepochopena. K nastolení agendy v oblasti problematiky duševního zdraví na mezinárodním poli došlo již před mnoha lety a před mnoha lety byl také přijat jeden z posledních oficiálních dokumentů, kterým byla Koncepce oboru psychiatrie. Jejím obsahem byla např. redukce lůžek v léčebnách, posílení kapacit a dostupnosti ambulantní péče, vybudování tehdy neexistující sítě krizových center, působení proti přetrvávajícím předsudkům a stigmatu duševně nemocných a další témata. Pouze něco málo ze jmenovaného bylo naplněno, a to ještě ne vždy v plném rozsahu.

Jedním z hledisek nevypovídajícím sice o charakteru samotné péče, ale především o postoji státu k problému duševních nemocí, je výše finančních prostředků, které jsou věnovány na psychiatrii. V porovnání s ostatními evropskými státy jsme na tom téměř nejhůře, kdy z celkových výdajů na zdravotnictví jdou pouhá 3% na psychiatrickou péči. Dalším hlediskem, které ukazuje na charakter péče, je její struktura: poměrně nerozvinutá je intermediární složka péče, kterou představují denní stacionáře, krizová centra či zařízení chráněného bydlení a práce, která sice existují, ale jejich vznik ani koordinace nevychází ze strany státu (příčemž jde o veřejné zdraví a péče o duševní zdraví by tak měla být jeho součástí).

Neziskový sektor a jeho organizace jsou tak dalším článkem ve struktuře péče, který doplňuje, a mnohdy i nahrazuje, systém péče o duševně nemocné v ČR vycházející ze strany státu. NNO se tak významně podílejí na výše zmiňované intermediární péči, především tedy v oblasti rehabilitace psychiatrických pacientů, včetně nácviků v oblasti bydlení a zaměstnání. Tato někdy také nazývaná psychosociální rehabilitace tvoří důležitý doplněk systému péče o

psychiatrické pacienty, jež díky své nemoci ztratili do různé míry některé své schopnosti a nejsou jinak schopni vrátit se do běžného života.

Organizace neziskového sektoru jsou také průkopníkem v systému péče orientovaného na jednotlivce a řízení jeho případu od začátku léčby až do konce - tedy case managementu. Protože mnoho lidí trpící duševní poruchou často trpí fragmentací služeb a její diskontinuitou, je v tomto prostředí case management více než vítaným systémovým prvkem zpřehledňující pacientovi situaci a pomáhající mu s řízením své léčby.

NNO se také významně podílejí v boji za práva duševně nemocných, a to v několika ohledech. Často mnoho z nich různými cestami volají po tvorbě komplexního zákona pro duševně nemocné, protože při zacházení s pacienty (nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i na dalších místech, jako na pracovišti, úřadech atp.) často dochází k porušování práv pacientů. Změny ale zatím bohužel nebylo dosaženo, takže tento bod stále zůstává na seznamu nesplněných přání. Právě proto, že takovýto zákon postihující všechny klíčové oblasti problematiky duševního zdraví, jako je organizace služeb, advokace pacientů, měření kvality služeb a mnoho dalšího, který existuje např. již na Slovensku, není, je zde prostor pro existenci patientských sdružení. Samotní uživatelé psychiatrických služeb tak využívají své zkušenosti a pomáhají novým pacientům např. informovat je o svých právech a vzdělávat je v této oblasti, aby i když zákon na ochranu práv neexistuje, nebyla alespoň tato práva porušována. Mimoto tato patientská sdružení také pořádají různé aktivity v oblasti trávení volného času, včetně např. pořádání výstav a vzdělávacích přednášek, čímž také významně přispívají k destigmatizaci psychiatrických pacientů. Stigma a diskriminace s ní spojená je totiž velkým problémem psychiatrie a jejích pacientů, což se jeví jako podstatné i vzhledem k ochotě podnikat reformní kroky: jak říká O. Pěč, dokud člověk sám není duševně nemocný, situace ostatních nemocných ho nezajímá a tu konkrétní situaci si umí jen těžko představit. Přitom téměř v každé širší rodině se objeví nějaký problém související s duševní nemocí, kterým je pak třeba se zabývat, ale ve společnosti se o tom paradoxně většinou jen tiše mlčí [rozhovor s O. Pěčem, 2009].

Některé organizace jsou ale zaměřeny i na koncepční práci orientovanou na transformaci péče a destigmatizaci psychiatrie a jejích pacientů. Svými aktivitami se snaží upozorňovat na současnou situaci a na existující problémy a svými koncepčními dokumenty a osvětovou činností sledují trend změn v psychiatrické péči. Díky některým projektům tak

např. vznikají jakási centra péče, kdy dochází k propojení psychiatrických léčeben a návazných služeb v jednom místě.

Problémem většiny služeb a existence organizací neziskového sektoru je ale jejich dostupnost: tím, že tato oblast není nijak koordinována a organizace vznikají více či méně na základě individuálního rozhodnutí pokrýt poptávku po určitém druhu služeb, jsou tyto služby omezené většinou na velká města. Zde má pak člověk trpící duševní nemocí možnost dostat se k relativně širokému spektru služeb, ale takových míst v ČR není příliš. Jsou dokonce oblasti, kde služby komunitního typu neexistují téměř vůbec, jako je tomu např. na Karlovarsku a Chebsku.

Aby mohly NNO participovat na změnách nejen na celorepublikové úrovni (např. snaha o nový zákon pro psychiatrické pacienty), využívají často různé možnosti, jak zlepšit svoji pozici a skrze spolupráci i péči, kterou poskytují. Jednou ze strategií je sdružování v rámci střešní asociace, které přináší výsledky na několika úrovních. Prvně zde dochází k výměně dobré praxe a zkušeností a jednotlivé organizace se tak navzájem „učí“, jak ty které věci dělat lépe a efektivněji, existuje tak také prostor pro společné projekty, ale také se při artikulaci svých zájmů a požadavků vůči např. centrálním orgánům kumuluje hlas všech členů. Když tak jde např. o připomínkování nového zákona, střešní organizace tak funguje jednak jako výborný informační kanál ke zprostředkování důležitých informací a členské organizace se také lépe dostávají k příležitosti komentovat příslušný návrh (čímž se zvyšuje jak aktivita daných organizací, tak i šance, že komentovaný návrh by mohl mít podobu, který by vyhovoval co nejvíce zainteresovaným..

Jak se ukázalo z dotazníku, mnoho organizací je alespoň občas aktivní ve většině aktivit na rozhodování na místní úrovni: podávají vlastní návrhy řešení problému, účastní se ve stálé pracovní komisi nebo se účastní jako spoluřešitelé na projektech obce či města. Ve vztahu k službám, které NNO poskytují, je více než pozitivní zjištění, že téměř všechny organizace spolupracují s rodinou klienta, zároveň jsou v kontaktu s předchozím i následujícím poskytovatelem služby či péče, kterou současný pacient užívá. Takže ačkoliv návaznost mezi službami jako takovými příliš neexistuje, dobrá zpráva je, že tato návaznost existuje alespoň v rámci péče v komunitě.

## 12. Resumé

Diplomová práce „Role neziskového sektoru v péči o duševní zdraví“ se zabývá problematikou duševního zdraví uchopeného v kontextu nestátních neziskových organizací jako důležitého aktéra v péči o duševně nemocné. Kromě státu, který převážně koncipuje politické dokumenty týkající se duševního zdraví a převážně zajišťuje některé složky psychiatrické péče (v psychiatrických léčebnách), se významně podílí i neziskový sektor. V kontrastu s požadavky nadnárodních a mezinárodních institucí jako je EU a WHO, jež reagují na rostoucí zátěží duševními nemocemi tvorbou dokumentů (Green paper z r. 2005, Mental Health Report z r. 2001), tvorba politiky duševního zdraví na národní úrovni jaksí zaostává. Důležitost duševního zdraví a jeho prevence stále není dostatečně zahrnuta do veřejně-politického procesu, který by oficiálně podpořil změnu v přístupu k tématu psychiatrie a nutnosti měnit se péče o psychiatrické pacienty. Tuto skutečnost si naopak dobře uvědomují velmi často právě nestátní neziskové organizace, které svojí činností uspokojují zájmy a potřeby několika tisíců duševně nemocných, kteří opouštějí psychiatrické léčebny a potřebují pomoc.

Fungování organizací neziskového sektoru je ale samo o sobě často obtížné, ať už např. nepříliš efektivní kategorizací právních forem neziskových organizací (ve smyslu nesledování principu prospěšnosti, ale pouze právní formy např. při přidělování státních dotací). Navíc mnoho snah na změnu konkrétních otázek ze strany těchto organizací vycházejících z mnohaletých zkušeností v dané oblasti a tedy i výborné znalosti problematiky je často nevyslyšeno. Neziskové organizace pečující o duševně nemocné tak sice jsou v roli partnera, jak je to deklarováno v Koncepti podpory rozvoje neziskového sektoru z r. 2009, ale spíše ve formě, kterému nemusí být nasloucháno. Tohoto zjištění se mi dostalo jak z odborné literatury, tak i z provedeného malého dotazníkového šetření, kde jsem zjistila jak míru jejich vlastní angažovanosti a podílení se na místním rozhodování, tak i informace o zapojování se na úrovni spolupráce s orgány centrální správy. Pozice neziskového sektoru je navíc ještě oslabena i dalšími faktory, jako jsou finanční či personální kapacity (které tedy mají i státní instituce pečující o duševně nemocné, ale to zde není důležité),

V závěru práce jsou shrnuty výše zmíněné poznatky, na jejichž základě jsem se snažila navrhnout případné možnosti posílení pozice neziskového sektoru. Jsou zde také odpovědi na mnou stanovené otázky v úvodu práce, na něž jsem skrze analýzu daného problému, za použití odborné literatury a vlastního dotazníku přijít.

### 13. Summary

This diploma thesis called „The role of the nonprofit sector in the mental health care“ deals with problems arising of mental health care in the context of nongovernmental organizations which are very important actors in this issue. Except the state which mostly creates political conception concerning mental health and also mostly ensures some parts of mental health care (those in the mental hospitals) there is also nonprofit sector playing its important role. In contrast with requirements of supranational and international institutions such as the EU and WHO which respond to rising burden of mental diseases while creating documents (Green paper in 2005, Mental Health Report in 2001), the mental health policy at the national level and its programmes somehow fall behind. The importance of mental health and its prevention is still not sufficiently included to process of public policy which would officially support the change in approach to psychiatry and the necessity of changing care of psychiatric patients. Contrary to this, the nongovernmental organizations are often aware of this fact and they satisfy interest and needs of thousands of patients who leave the mental hospitals and need some help afterwards..

The operation of the NGO's is often a bit difficult in itself - e.g. ineffective categorization of legal definition of nongovernmental organization (in the sense of not following the principle of public benefit but only the legal form in the process of dividing the state grants). Moreover, many efforts leading to a change in some particular areas are often not heard despite the fact that these organizations have many years of experience and know the issue very well. This means that these organizations are not in the position of a partner to the state as it is declared in the Conception of support of the development of nonprofit sector from 2009 – it represents rather a voice which is no need to listen to. I base these findings on the primary and secondary literature as well as on my questionnaire in which I found out the extent of the involvement of nonprofit sector in taking local decisions and also the information about cooperation with organs of central administration. Furthermore is the position of NGO's sector weakened by additional factors such as financial and personal capacities (that appear also in the state mental hospitals (but this is not the issue).

The above mentioned findings on whose basis I tried to propose possibilities to strengthen the position of NGO's are summed up in the conclusion. The final part contains also answers to questions that I posed at the beginning of this thesis and which I tried to find out while analyzing the given problem, studying primary and secondary literature and using my own questionnaire.

## **14. Seznam obrázků**

Obrázek 1: Konceptuální mapa .....	23
Obrázek 2: Vztah biologických, psychologických a sociálních faktorů na duševní nemoc ....	26
Obrázek 3: Rozdíly mezi mentální retardací a mentálním onemocněním .....	28

## **15. Seznam grafů**

Graf 1: Počet ambulantních ošetření-vyšetření v oboru psychiatrie na 10 000 obyvatel.....	40
Graf 2: Podíl prvních ošetření ve sledovaném roce na vybrané diagnózy podle pohlaví .....	41

## 16. Použitá literatura

ANTHONY, W. et al. *Psychiatric Rehabilitation* In: Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. s. 153-158. ISBN 978-80-7387-253-3

*Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care: A Joint World Health Organization (WHO)/European Commission (EC) Meeting* [online]. Brussels: WHO/EC, 22-24 April 1999. Typescript. WHO, MNH/NAM/99.2 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z URL<[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/43.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/43.pdf)>

BARKER, C. *The health care policy process*. London: Sage Publications, 1996. s. 1-33. ISBN 0 8039 7627 5

BOUČEK, J. Rehabilitace v psychiatrii. *Psychiatr. pro Praxi* [online]. 2004, č. 5, s. 250-252 [cit. 2010-04-02]. Dostupné z URL < [http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xbcr/zcsk/PSY2005\\_05\\_03.pdf](http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xbcr/zcsk/PSY2005_05_03.pdf)>

BUCHTOVÁ, B. a kol. *Nezaměstnanost: psychologicky, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8

*Conclusions and recommendations for policy and practice: Resulting from the final conference of MHE'S Transnational Exchange Project "Good Practices for Combating Social Exclusion of People with Mental Health Problems"* [online]. Závěry z projektu Dobrá praxe v boji proti sociálnímu vyloučení osob s duševními problémy prezentované v rámci konference konané MHE. Vídeň: MHE, 2007 [cit. 2010-05-18]. Dostupné z WWW<<http://www.mentalhealth-socialinclusion.org/final-outcomes.html>>

*Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* [online]. Oviedo: Council of Europe, 1999 [cit. 2010-05-03]. Dostupné z WWW<<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=164&CM=8&DF=11/2/2007&CL=ENG>>

ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANOSVÁ, D. *Náklady na ústavní péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. VÚPSV: Praha, 2004.

DLOUHÝ, M. Mental health care system and mental health expenditures. *The journal of mental health policy and economics*. 2004, č. 7, s. 159-165 [cit. 2010-05-03]. Dostupné z URL < [http://www.icmpe.org/test1/journal/issues/v7pdf/7-159\\_text.pdf](http://www.icmpe.org/test1/journal/issues/v7pdf/7-159_text.pdf)>

DUNN, W. *Public Policy Analysis: An Introduction* (3rd edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004. ISBN 0-13-097639-3

DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou* [online]. Praha: o. s. Quip, 2007 [cit. 2010-03-01]. Dostupné z WWW:< <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000252.pdf>>



DZÚROVÁ, D. a kol. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech: (výsledky výběrového šetření v České republice)*. Praha: Univerzita Karlova (Praha), 2000.

FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny, 1994. s. 1-71. ISBN 80-7106-085-2

FREUD, A.: The Ego and Mechanisms of Defense. Hogarth Press: London, 1937 In  
VAILLANT, G., E. Mental Health. *The American Journal of Psychiatry* [online] Aug. 2003, Vol. 160, Issue 8: 1373-1384.

FRIČ, P. *Neziskové organizace a ovlivňování veřejné politiky. Rozhovory o neziskovém sektoru II*. Praha: Agnes, 2000. ISBN 80-902633-6-4

FRIČ, P. Neziskový sektor ve výsledcích sociologických průzkumů. In: kolektiv autorů. *Společenský a legislativní rámec neziskového sektoru*. Praha: Agnes, 2008. ISBN 978-80-903696-2-7

FRIČ, P. *Politický vývoj ve střední Evropě po r. 1989 a jeho dopad na neziskový sektor*. Studie CESES 3/2004. Praha: UK FSV CESES, 2004 [cit. 2010-02-17]. Dostupné z WWW:<<http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20.html>>

FRIČ, P., GOULLI, R. *Neziskový sektor v České republice*. Praha: Eurolex Bohemia, 2001. ISBN 80-86432-04-1

*Green paper. Improving the mental health of the population. Towards strategy on mental health in the European Union*. Health & Consumer Protection, Directorate-General: Brussels, 2005. [cit. 2010-02-17] Dostupné z WWW:<[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0484en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0484en01.pdf)>

HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: SLON, 1997. ISBN 80-85850-45-1

HOWLETT, M., RAMESH, M.: *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

JAHODA, M: *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books: New York, 1958 In  
VAILLANT, G., E. Mental Health. *The American Journal of Psychiatry* [online]. Aug. 2003, Vol. 160, Issue 8: 1373-1384

JAROŠ, J. Kolumbus stále hledá Ameriku. *ESPRIT*, 2009, č. 3, s. 16-17

KNAPP, M., MCDAID, D., MOSSIALOS, E., THORNICROFT, G. *Mental health policy and practice across Europe*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire: Open University Press, 2007. s. 15-33. [cit. 2010-05-04] Dostupné z WWW<<http://www.euro.who.int/Document/E89814.pdf>>

*Koncepce oboru psychiatrie* [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP: Praha, 2008 [cit. 2010-05-17]. Dostupné z WWW:

<[http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33:konceptce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40](http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:konceptce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40)>

*Konceptce oboru psychiatrie – 1. revize* [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP: Praha, 2008 [cit. 2010-05-17]. Dostupné z WWW:<[http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33:konceptce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40](http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:konceptce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40)>

KUČERA, Z., HÁVA, P., HAVELKOVÁ, J., HEDRLÍNOVÁ, P., TUČEK, M. Souhrn analýzy politiky podpory zdraví v ČR po roce 1990. In *Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I.: Sborník č. 1/2002*. Kostelec nad černými lesy: IZPE, 2002. ISSN 1213-8096

LAZARUS, R., S., FOLKMAN, S.: Stress, Appraisal and Coping. Springer: New York, 1984  
In VAILLANT, G., E. Mental Health. *The American Journal of Psychiatry* [online], Aug. 2003, Vol. 160, Issue 8: 1373-1384

LORENC, J. Krizová intervence In: Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. s. 153-158. ISBN 978-80-7387-253-3

MCDALD, D. Mental Health I: Key issues in the development of policy and practice across Europe In *Policy brief*. WHO, 2005 [cit. 2010-02-17]. Dostupné z WWW:<<http://www.euro.who.int/Document/E85485.pdf>>

MCDALD, D., KNAPP, M., CURRAN, C. Mental health III: Funding mental health in Europe. In *Policy brief*. WHO, 2005. ISBN 0 335 21467 3. [cit. 2010-02-17] Dostupné z WWW:<<http://www.euro.who.int/Document/E85489.pdf>>

MCDALD, D., THORNICROFT, G. Mental health II: Balancing institutional and community-based care In *Policy brief*. WHO, 2005 [cit. 2010-04-20]. Dostupné z WWW:<<http://www.euro.who.int/Document/E85488.pdf>>

*Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. WHO: Helsinky, 2005 [cit. 2010-4-28]. Dostupné z WWW:<<http://www.euro.who.int/document/e87301.pdf>>

MOTEJL, O. *Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben* [online]. Brno, 2008 [cit. 2010-04-02]. Dostupné z WWW:<<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/psychiatricke-lecebny/zprava-z-navstev-psychiatrickych-leceben/>>

*Národní psychiatrický program* [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP: Praha, 2007 [cit. 2010-05-17]. Dostupné z WWW:<[http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35:narodni-psychiaticky-program-2007&catid=15&Itemid=42](http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=35:narodni-psychiaticky-program-2007&catid=15&Itemid=42)>

*Názory na schizofrenii. Reprezentativní výzkum v ČR* [online]. DEMA: Praha, 2004. 38 s. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z URL <[www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/nazory-na-schizofrenii.doc](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/nazory-na-schizofrenii.doc)>

*O své duševně nemocné se společnost nezajímá.* Rozhovor s MUDr. O. Pěčem. *ESPRIT*, 2009, č. 6, s. 12-13.

ODEN, S., SCHWEINHART, L., WEIKART, D. Into Adulthood: A Study of the Effects of Head Start. High Scope Press: Ypsilanti, Mich, 2000 In VAILLANT, G., E. Mental Health. *The American Journal of Psychiatry* [online], Aug. 2003, Vol. 160, Issue 8: 1373-1384

Ochrana duševního zdraví občanů ČR. *Skok do reality* [online]. 2009, roč. 10, č. 4. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z URL <<http://www.nrzp.cz/skok-do-reality/>>

PETERSON, C., SELIGMAN, M., E., P.: *The Values in Action Classification of Strengths*. American Psychological Association: Washington, DC, 2003 In VAILLANT, G., E. Mental Health. *The American Journal of Psychiatry*, Aug. 2003, Vol. 160, Issue 8: 1373-1384

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3

PĚČ, O. Možnosti a meze změn struktury psychiatrické péče u nás. *Psychiatr. pro Praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 4 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z URL <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/01.pdf>>. ISSN 1803-5272

PĚČ, O., VACHKOVÁ, L., WOGUKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Psychiatrická rehabilitace*. In: Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009. s. 94-139

PFEIFFER, J. a kol. *Politika péče o duševní zdraví v ČR. Zpráva o současném stavu*. Praha: Open Society Fund, 2005. 33 s. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z WWW:<<http://os-kolumbus.org/>>

PFEIFFER, J. a kol. *Politika péče o duševní zdraví v ČR. Cesty k její realizaci*. Praha: Open Society Fund, 2005. 33 s. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z WWW:<<http://os-kolumbus.org/>>

POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005. ISBN 80-86429-50-4.

POTŮČEK, M. *Trh stát a občanský sektor jako regulátory života společnosti*. In POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005.

*Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. Geneva: OSN, 1991. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z URL <<http://www2.ohchr.org/english/law/principles.htm>>

PURKRÁBEK, M. *Veřejný zájem a stárnutí* In: Háva, P., Kalvach, Z., Purkrábek, M. Ekonomická, sociální a medicínská východiska tvorby zdravotní politiky v oblasti geriatrické zdravotní péče. Sborník prací projektu IGA MZ ČR 1996-1998. Praha, 1999.

QUETELET, A: *A Treatise on Man, and the Development of His Faculties* (1835). William and Robert Chambers: Edinburgh, 1842 In VAILLANT, G., E. Mental Health. *The American Journal of Psychiatry*, Aug. 2003, Vol. 160, Issue 8: 1373-1384

*Petice na ochranu práv duševně nemocných v ČR* [online]. Praha: OSPDN ČR, 2009 [cit. 2010-05-06]. Dostupné z WWW <<http://www.spdn-cr.org/aktuality/>>

*Resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care* [online]. Geneva: WHO, 2005a. [cit. 2010-04-19]. Dostupné z WWW <[http://www.who.int/mental\\_health/policy/resource\\_book\\_MHLeg.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/resource_book_MHLeg.pdf)>

RIPOVÁ, L. Ochrana práv duševně nemocných v České republice z perspektivy Světové zdravotnické organizace. In *Kvalita života a zdravotně sociální péče: Sborník č. 5/2005*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2005. s. 31-56. ISSN 1213-8096

*Rozdíly mezi duševním onemocněním a mentálním postižením* [online]. Brussels: Mental Health Europe, 2004. [cit. 2010-03-01]. Dostupné z URL <<http://www.mhe-sme.org/assets/files/publications/reports/ID-MI%20Difference%20CZ%20-%20final.pdf>>

SAYCE, L. *Social Inclusion: Putting Mental Health at the Heart of Public Policy* [online]. Závěry z projektu Dobrá praxe v boji proti sociálnímu vyloučení osob s duševními problémy prezentované v rámci konference konané MHE. Vídeň: Mental Health Europe, 2007 [cit. 2010-05-18]. Dostupné z WWW <<http://www.mentalhealth-socialinclusion.org/final-outcomes.html>>

SAYCE, L., CURRAN, C. Tackling social exclusion across Europe In KNAPP, M., MCDAID, D., MOSSIALOS, E., THORNICROFT, G. *Mental health policy and practice across Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire. Open University Press, 2007. s. 15-33* [cit. 2010-05-04].

SHORTER, E. The historical development of mental health services in Europe In KNAPP, M., MCDAID, D., MOSSIALOS, E., THORNICROFT, G. *Mental health policy and practice across Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2007. s. 15-33.* [cit. 2010-05-04]

SIROVÁTKA, T., MAREŠ, P. *Trh práce, nezaměstnanost, sociální politika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2003. ISBN 80-210-3048-8

STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books, 2002.

STUHLÍK, J. *Case management*. In: Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009. s. 139-153

*The International Bill of Human Rights*. New York: OSN, 1948. [cit. 2010-04-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet2Rev.1en.pdf>>

*The Global Burden of disease. 2004 update*. Geneva: WHO, 2008. ISBN 978 92 4 1563710 [cit. 2010-05-18]. Dostupné z WWW: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)>

*The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Paris: WHO, 2001. 178s. ISBN 92-4156-201-3 [cit. 2010-02-17]. Dostupné z WWW:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)>

THORNICROFT, G., TANSELLA, M. *What are the arguments for community based mental health care?* Copenhagen: WHO, 2003 [cit. 2010-04-20]. Dostupné z WWW:<<http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>>

UMANOFF, Dan. F. *The word DISEASE and the phrase DISEASE CONCEPT: Definitions and A Perspective* [on-line]. [cit. 2010-02-17]. Dostupné z URL <<http://www.nvo.com/hypoism/diseaseconcept1aperspective/>>

ÚZIS ČR. *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2008*. Praha: ÚZIS ČR, 2009. Dostupné z WWW: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu_id=6200)>

ÚZIS ČR. *Činnost oboru psychiatrie v r. 2006*. Praha: ÚZIS ČR, 2008. Dostupné z WWW:<[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu_id=6200)>

ÚZIS ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10, 2. aktualizovaná verze platná k 1.1. 2010*. [online] Praha: ÚZIS ČR, 2009c. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

ÚZIS ČR. *Psychiatrická péče v letech 2001 až 2005*. Praha: ÚZIS, 2007. Dostupné z WWW:<[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu_id=6200)>

ÚZIS. *Psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2008*. Praha: ÚZIS, 2009a. Dostupné z WWW:<[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu_id=6200)>

ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice v roce 2008*. Praha: ÚZIS, 2009b. Dostupné z WWW: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu_id=6200)>

VACEK, J. *O nemocech duše: kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta, 1996. s. 9-54. ISBN 80-204-0535-6

VAILLANT, G., E. Mental Health. *The American Journal of Psychiatry* [online]. Aug. 2003, Vol. 160, Issue 8: 1373-1384. [cit. 2010-02-17]. Dostupné z WWW<<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/160/8/1373?maxtoshow=&hits=10&RESU LTFORMAT=1&author1=Vaillant+g.+e.&andorexactitle=and&andorexactitleabs=and&and orexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HW CIT>>

VAJDOVÁ, T. *Česká občanská společnost 2004: po patnácti letech rozvoje: zpráva z projektu CIVICUS Civil Society index pro Českou republiku*. Brno: AKADEMICKÉ NAKLADATELSTVÍ CERM, 2005. ISBN 80-7204-379-X

VEČERNÍK, J. *The Czech labour market: changing structures and working orientations*. Prague: Sociologický ústav AV ČR, 2007. ISBN 978-80-7330-132-3

WILLIAMS, D., R. Socioeconomic Differentials in Health: A Review and Redirection. *Social Psychology Quarterly*, 1990, 53 (2): 81-89.

WILSON, W. Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 1967, Vol. 67: 294–306 In VAILLANT, G., E. Mental Health. *The American Journal of Psychiatry*, Aug. 2003, Vol. 160, Issue 8: 1373-1384

ŽÁČEK, A. *Metody studia zdraví a nemoci v populaci*. Praha: Avicenum, 1984. s. 1-50

*Právní předpisy:*

Zákon 65/1965 Sb., zákoník práce

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

Zákon č. 424/1991 Sb., o sdružování v politických stranách a politických hnutích

Zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech

Zákon č. 227/1997 Sb. o nadacích a nadačních fondech

Zákon č. 258/2000, Sb. o ochraně veřejného zdraví

Zákon č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

Mental Health Act, 1983

The psychiatric hospitals (compulsory admissions) act, 1994

*Elektronické zdroje*

ALCOHOLICS ANONYMOUS. *Origins of AA* [online]. [cit. 2010-20-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.aa.org/>>

ANABELL. *Krizová linka* [online]. [cit. 2010-20-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.anabell.cz>>

ASOCIACE KOMUNITNÍCH SLUŽEB. *Adresář komunitních služeb pro duševně nemocné v ČR* [online]. [cit. 2010-20-04]. Dostupné z WWW: <<http://askos.cz/> [cit. 2010-05-06]>

BAOBAB. *Služby: vzdělávací kurzy* [online]. [cit. 2010-20-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.osbaobab.cz>>

BONA O.P.S. *Sociální služby* [online]. [cit. 2010-04-01] Dostupné z WWW: <<http://www.bona-ops.cz>>

BUSINESS LEADERS FORUM. *SA 8000 – sociální odpovědnost* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.csr-online.cz/Page.aspx?SA8000>>

CENTRUM PRO VÝZKUM NEZISKOVÉHO SEKTORU. *Projekty* [online]. [cit. 2010-04-01] Dostupné z WWW: <<http://www.e-cvns.cz>>

ČESKÁ SPOLEČNOST PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *Sociální poradenství, psychiatrická poradna*. [online]. [cit. 2010-04-12] Dostupné z WWW: <<http://www.csdz.cz>>

ESET-HELP. *Naše služby* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.esethelp.cz>>

FOKUS PRAHA. *Přehled služeb podle činností* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.fokus-praha.cz>>

FOKUS MLADÁ BOLESLAV. *Tým sociální rehabilitace – case management* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.fokus-mb.cz>>

FOKUS VYSOČINA. *Služby pro duševně nemocné* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.fokusvysocina.cz>>

- GREEN DOORS. *Naše služby* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.greendoors.cz>>
- HELPLES. *Psychiatrie-duševní poruchy: Kontaktní odborná centra* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://helples.cz/?regionXP=0&menu=40&odkaz=35&Zobraz=nastavit+region&txtVyras=&intStar=16&chckNazvy=on&chckPopis=on&sort=2>>
- CHARITA ČR. *Charitní služby* [online]. [cit. 2010-04-16] Dostupné z WWW: <<http://www.charita.cz>>
- LEDOVEC. *Sociální rehabilitace* [online]. [cit. 2010-04-01] Dostupné z WWW: <<http://www.ledovec.cz>>
- MENS SANA O.S. *Poskytované sociální služby: sociální rehabilitace a podpora samostatného bydlení* [online]. [cit. 2010-04-14] Dostupné z WWW: <<http://www.menssana.cz>>
- MFČR. *Financování neziskových organizací* [online] [cit. 2010-05-11]. Dostupné z WWW: <[http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/financovani\\_no\\_14855.html](http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/financovani_no_14855.html)>
- MPSV. *Komunitní plánování – věc veřejná* [online]. [cit. 2010-05-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/847>>
- MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 2010-04-01] Dostupné z WWW: <<http://iregistr.mpsv.cz/>>
- MVČR. *Informační systémy nestátních neziskových organizací* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.is.nno.cz>>
- MVČR. *Metodika pro zapojování veřejnosti do přípravy vládních dokumentů* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.mvcr.cz/soubor/metodika-pro-zapojovani-verejnosti-do-pripravy-vladnich-dokumentu-doc.aspx>>
- NEZISKOVKY.CZ. *Katalog služeb: sociální služby a zdraví* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://neziskovky.cz/katalog/kategorie/socialni-sluzby-a-zdravi/>>
- NÁRODNÍ RADA ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH. *Členské organizace* [online]. [cit. 2010-05-06]. Dostupné z WWW: <<http://nrzp.cz/clenske-organizace/>>
- OS KOLUMBUS. *Nynější projekty: pacientští důvěrníci* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.os-kolumbus.org>>
- OSMÝ DEN. *Služby: sociální rehabilitace* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.osmyden.cz>>
- PRAH BRNO. *Poskytované služby: psychosociální rehabilitace* [online]. [cit. 2010-04-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.prah-brno.cz>>
- PROSAZ. *Krizová linka* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.prosaz.cz>>
- PSYCHOCENTRUM DOMEČEK. *Aktivity Psychocentra Domeček* [online]. [cit. 2010-04-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.psychocentrumdomecek.cz>>
- POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR. *Ústava ČR* [online]. [cit. 2010-05-06] Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html>>
- SPIRÁLA. *Krizová linka* [online]. [cit. 2010-20-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.spirala-ul.cz>>
- STOPSTIGMA. *Seznam kontaktů* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/seznam-kontaktu.php>>
- STROOM DUB. *Sociálně terapeutické dílny* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.stroomdub.cz>>
- ŠELA KOLÍN. *Hlavní náplň činnosti o.s. Šela Kolín* [online]. [cit. 2010-04-18]. Dostupné z WWW: <<http://sela.webnode.cz>>
- ZAHRADA 2000. *Sociální rehabilitace, terapeutické dílny* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.zahrada2000.cz>>

ÚZIS. *Registr zdravotnických zařízení Ústavu zdravotnických informací a statistiky* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/uzis/rzz/rzz.htm>>.

VIDA. *Adresář organizací a skupin hnutí uživatelů lidí s duševním onemocněním* [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z

WWW:<<http://www.vidacentrum.cz/dokumenty/Uzivatelске%20organizace%20a%20svepomocne%20skupiny.doc>>

VLÁDA ČR (1). *61. zasedání LRV dne 22.4.2010* [online]. [cit. 2010-05-18]. Dostupné z WWW:<<http://www.vlada.cz/cz/ppov/lrv/tiskove-zpravy/61--zasedani-lrv-dne-22--4--2010-70959>>.

VLÁDA ČR (2). *Rada vlády pro nestátní neziskové organizace* [online] [cit. 2010-05-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/rnno/zakladni-informace-767/>>.

VLÁDA ČR (3). *Rovné příležitosti všem* [online] [cit. 2010-05-12]. Dostupné z WWW:<<http://www.vlada.cz/cz/urad-vlady/udalosti/rovne-prilezitosti-vsem-70879/> [cit. 2010-05-06]>

### *Wikipedia*

ADOLPHE QUETELET In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 3 April 2006 , 17 March 2009 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z WWW:< [http://en.wikipedia.org/wiki/Adolphe\\_Quetelet#Public\\_health](http://en.wikipedia.org/wiki/Adolphe_Quetelet#Public_health) >

DALY In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 3 April 2006 , 17 March 2009 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z WWW:<<http://en.wikipedia.org/wiki/DALY>>

Prevalence In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 16. 1. 2008, 21. 3. 2010 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z URL <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Prevalence>>



## 17. Seznam příloh

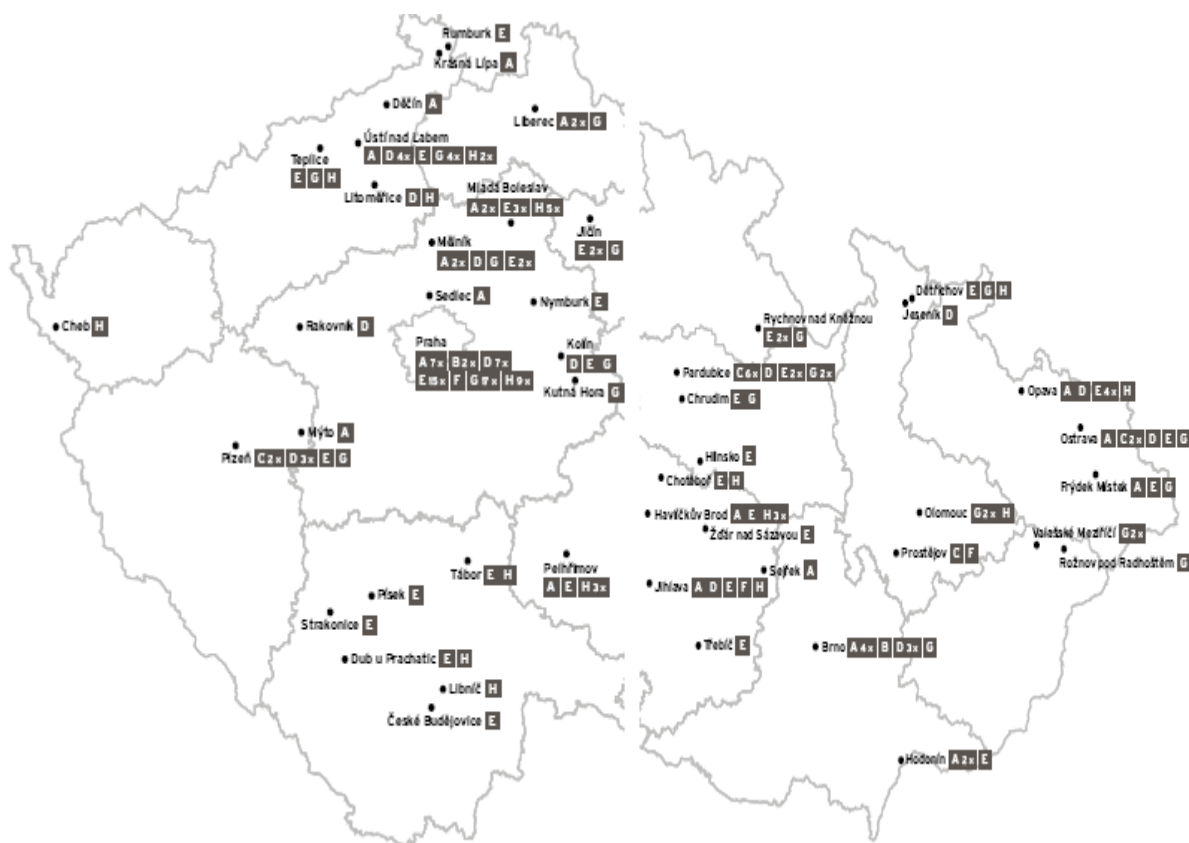
Příloha č. 1: Mapa služeb v ČR podle Adresáře služeb pro lidi s duševním onemocněním vydaného Vida o.s.

Příloha č. 2: Vztah case managementu k řízení celého systému služeb

Příloha č. 3: Dotazník

## Přílohy

**Příloha č. 1: Mapa služeb v ČR podle Adresáře pro lidi s duševním onemocněním vydaného Vida o.s.**



A Bydlení: azylový dům, domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení, podpora, samostatného bydlení, terapeutická komunita

B Krizová pomoc

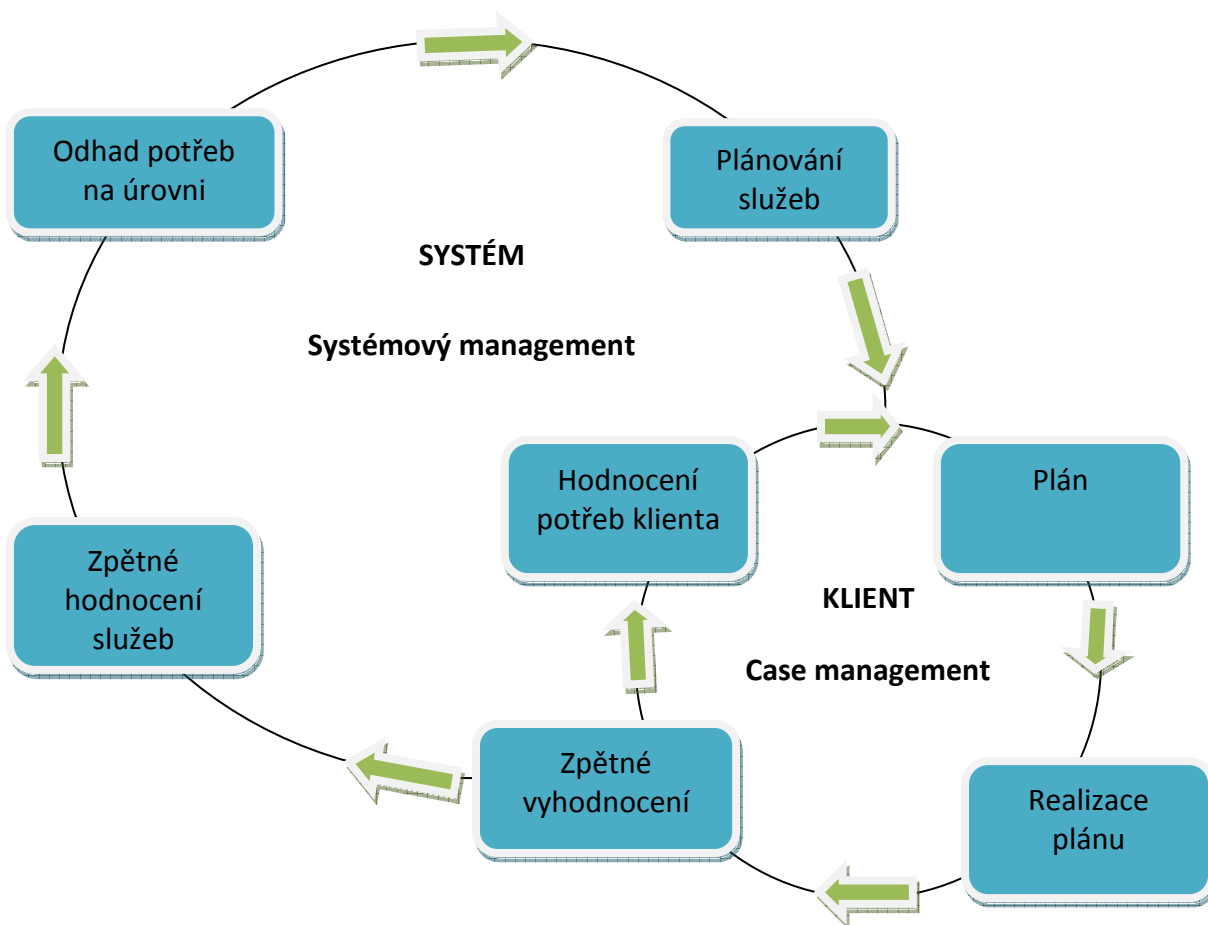
C Pečovatelská služba a osobní asistence: osobní asistence, pečovatelská a odlehčovací služba

D Poradenství

E Rehabilitace: case management, služby následné péče, soc. rehabilitace, terénní program

- F Stacionář
- G Vzdělávací volnočasové aktivity: centrum denních aktivit a aktivizační služby, podporované studium, svépomocné aktivity zejména volnočasové, vzdělávací a volnočasové aktivity
- H Zaměstnávání: chráněné dílny, přechodné a podporované zaměstnávání, sociálně terapeutické dílny
- zdroj: Vida*

## Příloha č. 2: Vztah case managementu k řízení celého systému služeb



*zdroj: Stuchlík, 2002*

## Příloha č. 3: Dotazník

Vážená paní/vážený pane, velmi Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Posledním rokem studuji na Institutu sociologických studií na Fakultě sociálních věd obor Veřejná a sociální politika a jako téma své diplomové práce jsem si zvolila téma duševního zdraví a jeho propojení s neziskovým sektorem: jakési zmapování role neziskového sektoru

v péči o duševní zdraví, možnosti vzájemné spolupráce a další rozvoj péče o duševně nemocné ve třetím sektoru.

Obracím se na Vás s přiloženým dotazníkem, jelikož data, která bych od Vás touto cestou ráda získala, mi velmi pomohou k dokreslení mého obrazu o tématu a umožní mi přesněji, objektivně a na základě skutečností zhodnotit roli neziskového sektoru v péči o duševně nemocné. Data od Vás pro mě budou nanejvýš hodnotná, protože příliš literatury na toto téma není a Vaše názory, jako odborníků z praxe, jsou tak pro mě jedinečné a zároveň nezbytně důležité.

V případě Vašeho zájmu Vám po dokončení práce mohu své dílo zaslat.

S veškerými informacemi budu samozřejmě zacházet s naprostou diskrétností a budou použity výhradně pro mé studijní účely.

Předem Vám velmi děkuji za Vaši ochotu a informace, kterých si velmi cením.

Děkuji Bc. Veronika Panchartková

Kde je napsáno *Prosím doplňte* nebo možnost vlastní formulace, využijte volného místa a vepište své stanovisko, jinak stačí **tučně označit** Vámi zvolenou odpověď.

- 1) Jaký je název, hlavní zaměření Vaší organizace a od kdy fungujete (toto je pouze identifikační otázka kvůli pořádku v mých datech)?

*Prosím doplňte:*

- 2) Jste členem Asociace komunitních služeb, jejímž prvním cílem je „aktivní prosazování práv a zájmů poskytovatelů služeb komunitní péče“.
  - a) V rámci spolupráce se mi jeví dvě roviny: směrem dovnitř Asociace (zkvalitňování péče, výměna zkušeností a dobrá praxe apod.) a směrem ven (prosazování nových zákonů, tvorba plánů apod.). Je Vaše aktivita v Asociaci spolu s ostatními organizacemi směřována spíše směrem dovnitř, nebo ven a jak tato aktivita probíhá v praxi (pravidelné schůze, návštěvy zastupitelů, tvorba společných projektů...)?
  - b) Jaké jsou výsledky Vaší spolupráce v Asociaci? Jdou vidět spíše na nižší úrovni (město, region), nebo např. celorepublikové či jinak?

- 3) Spolupracujete nějak se subjektem, který poskytoval péči/ službu Vašemu pacientovi/klientovi před vstupem do Vaší organizace? ano-ne

V případě, že ano, napište prosím stručně jak:

- 4) Spolupracujete nějak se subjektem, který poskytoval/ poskytuje péči a služby Vašemu pacientovi/klientovi po opuštění Vaší organizace? ano-ne

V případě, že ano, napište prosím stručně jak:

- 5) Spolupracujete během poskytování své péče/ služeb s rodinou vašeho pacienta/ klienta? ano-ne

V případě, že ano, napište prosím stručně jak:

- 6) Jak spolupracujete s orgány místní správy?

- |   |                     |
|---|---------------------|
| a) písemné připomínkování návrhů řešení problémů                      | pravidelně-občas-ne |
| b) diskuse na zasedání místní správy                                  | pravidelně-občas-ne |
| c) podávání vlastních návrhů řešení problémů                          | pravidelně-občas-ne |
| d) jako členové se účastníte prací ve stálé komisi či prac. skupině   | pravidelně-občas-ne |
| e) jako členové se účastníte prací v jednorázové prac. skupině        | pravidelně-občas-ne |
| f) jste zváni na jednání jako konzultanti                             | pravidelně-občas-ne |
| g) zúčastňujete se správních řízení                                   | pravidelně-občas-ne |
| h) spolupracujete neformálně (dobré os. vztahy s členy místní správy) | pravidelně-občas-ne |
| j) když je problém, představitelé místní správy vás osloví            | pravidelně-občas-ne |
| k) účastníte se jako spoluřešitelé na projektech obce či města        | pravidelně-občas-ne |
| l) místní správa vám pomůže finanční zálohou ze svého rozpočtu        | pravidelně-občas-ne |

- 7) Spolupracujete s centrálními orgány státní správy (ať už samostatně, nebo např. v rámci Asociace, např. připomínkováním připravovaných zákonů)?

pravidelně-občas-ne

V případě, že jakkoliv ano, napište prosím stručně jak:

- 8) V případě, že považujete za nezbytné sdělit něco pro Vás důležitého nad rámec tohoto dotazníku, vyjádřete se prosím zde: