

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích



Bc. et Bc. Jitka Křemenáková

**Význam zapojení praktických lékařů do multidisciplinárního přístupu
v péči o klienta v rámci reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji**

Diplomová práce

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích



Bc. et. Bc. Jitka Křemenáková

**Význam zapojení praktických lékařů do multidisciplinárního přístupu
v péči o klienta v rámci reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Povolná, Ph.D.

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. dubna 2021

Jitka Křemenáková

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat za podporu svojí rodině, která mi zajistila prostor pro psaní DP, a zároveň svým milým přátelům, kteří mi v závěrečné fázi psaní DP pomohli a poskytovali mi krizovou intervenci. Děkuji svojí vedoucí DP paní Mgr. Pavle Povolné, Ph.D., která mě kromě průběžných vyčerpávajících konzultací konkrétních bodů DP několikrát informacemi o tom, co je potřeba udělat, zachránila od předčasného ukončení studia. Děkuji též panu Mgr. et Mgr. Martinu Fojtíčkovi, který se mnou trpělivě konzultoval téma mojí DP a zároveň mi byl zdrojem aktuálních informací.

Jsem vděčná a děkuji za ochotu spolupracovat všem konzultantům a respondentům stran reformy psychiatrické péče, praktickým lékařům a psychiatrům Plzeňského kraje.

Obsah

1	ÚVOD	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1	STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR	12
2.1.1	Pilíře reformy psychiatrické péče v České republice.....	15
2.1.1.1	Psychiatrické nemocnice	16
2.1.1.2	Psychiatrická oddělení nemocnic / Psychiatrické kliniky	19
2.1.1.3	CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (DÁLE CDZ).....	21
2.1.1.4	Psychiatrické ambulance	23
2.1.1.4.1	Ambulance s rozšířenou péčí (ARP).....	24
2.1.2	Projekty Reformy psychiatrické péče	26
2.1.2.1	Projekty Ministerstva zdravotnictví České republiky.....	27
2.1.2.1.1	Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné	27
2.1.2.1.2	Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným	29
2.1.2.1.3	Podpora vzniku nových služeb pro duševně nemocné.....	31
2.1.2.1.4	Projekt Centra duševního zdraví I, II, III	33
2.1.2.2	Projekt Ústavu zdravotních informací a statistiky (ÚZIS)	35
2.1.2.3	Projekty Národního ústavu pro duševní zdraví (NUDZ).....	36
2.1.2.3.1	Projekt Destigmatizace lidí s duševním onemocněním.....	36
2.1.2.3.2	Projekt VIZDOM – včasná intervence u závažných duševních onemocnění ..	39
2.1.3	Zahraniční příklady dobré praxe	40
2.1.4	Úskalí reformy psychiatrické péče v České republice	46
2.2	REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V PLZEŇSKÉM KRAJI.....	48
2.2.1	Služby psychiatrické péče v Plzeňském kraji	50
2.2.1.1	NNO Ledovec, z.s.....	50
2.2.1.2	Psychiatrická klinika FN Plzeň.....	51
2.2.1.3	Psychiatrická nemocnice Dobřany	52
2.2.1.4	Ostatní služby psychiatrické péče v Plzeňském kraji	53
2.2.2	Výsledky transformace psychiatrické péče v Plzeňském kraji v roce 2020	54
2.3	ZAPOJOVÁNÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ DO KOMUNITNÍ SÍTĚ.....	57
2.3.1	SWOT analýza zapojování praktických lékařů do psychiatrické péče	62
2.4	STRATEGICKÝ RÁMEC ZDRAVÍ 2030	63
2.4.1	Reforma primární péče.....	64
2.4.2	Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví.....	65
3	METODOLOGICKÁ ČÁST	67
3.1	METODIKA VÝZKUMU	67

3.1.1	Cíl a výstupy výzkumu	69
3.1.2	FÁZE Operacionalizace	73
3.1.2.1	Výzkumné otázky	73
3.1.2.2	Operacionalizace výzkumných otázek	73
3.1.3	Scénář polostrukturovaného rozhovoru	75
3.1.4	Podoba dotazníku pro praktické lékaře	75
3.1.5	Podoba dotazníku pro psychiatry	79
4	EMPIRICKÁ ČÁST	81
4.1	SBĚR A ANALÝZA DAT	81
4.1.1	Pilotní výzkum	81
4.1.2	První fáze výzkumu	81
4.1.2.1	Sběr dat formou rozhovorů s Praktickými lékaři	82
4.1.2.2	Sběr dat formou dotazníků s Praktickými lékaři	82
4.1.3	Druhá fáze výzkumu	83
4.1.3.1	Sběr dat formou dotazníků pro psychiatry	83
4.1.4	Analýza získaných dat	84
4.2	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT A DISKUZE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	100
4.3	NÁVRH MANUÁLU PRO ZAPOJOVÁNÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ DO MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE NA ÚZEMÍ PLZEŇSKÉHO KRAJE	105
5	ZÁVĚR	113
6	ZDROJE	115

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce pojednává o probíhající reformě psychiatrické péče v České republice. Jsou zde představeny hlavní pilíře reformy a podrobně rozpracovány všechny projekty, skrze které jsou jednotlivé kroky reformy realizovány. Jsou to čtyři projekty MZ ČR: Deinstitutionalizace, Zavádění multidisciplinárního přístupu, Nové služby a CDZ I., II., III.; dva projekty Národního institutu duševního zdraví (NÚDZ): Destigmatizace a VIZDOM a Projekt ÚZIS. Dále jsou zde uvedeny tři příklady zahraniční dobré praxe z Itálie, Velké Británie a Francie. V diplomové práci je zachycen aktuální stav reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji.

V rámci projektu MZ ČR Zavádění multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným se diplomová práce zabývá zapojováním praktických lékařů do mezioborové komunitní spolupráce. Součástí teoretické části jsou kapitoly, jež jsou věnovány reformě primární péče v rámci Strategického rámce ZDRAVÍ 2030 a SWOT analýze zapojování praktických lékařů do komunitní sítě.

Praktická část diplomové práce obsahuje výzkumné šetření s praktickými lékaři a psychiatry zaměřené na zkušenosti s mezioborovou zdravotně–sociální spoluprací a zjištění jejich potřeb k tomu, aby mohla být kvalitní spolupráce navázána.

Na základě získaných informací je navržen manuál pro spolupráci praktických lékařů s ostatními službami psychiatrické péče v Plzeňském kraji.

Klíčová slova: psychiatrie, projekty reformy, multidisciplinární přístup, recovery, praktičtí lékaři

Abstract

This diploma thesis addresses the ongoing reform of psychiatric care in the Czech Republic. The primary pillars of reform are presented here and all projects through which individual steps of reform are implemented are elaborated in detail. There are four projects from the Czech Republic Ministry of Health: Deinstitutionalization of inpatient psychiatric facilities; Introduction of a Multidisciplinary Approach to the Mentally Ill; New Services; and CDZ I, II, III. And there are two projects from the National Institute of Mental Health (NÚDZ): Destigmatization of psychiatric issues and VIZDOM, and the ÚZIS Project. Examples of best practices from Italy, the United Kingdom, and France are also presented.

This diploma thesis captures the current state of psychiatric care reform in the Pilsen region. In the context of the Czech Republic Ministry of Health's "Introduction to a Multidisciplinary Approach to the Mentally Ill", this thesis addresses the involvement of general practitioners in interdisciplinary community. The theoretical section includes chapters devoted to primary care reform within the strategic framework HEALTH 2030 and a SWOT analysis of general practitioners' involvement in the community network.

The practical part of this thesis contains a survey given to general practitioners and psychiatrists, focused on each one's experience of interdisciplinary health and social cooperation with the other, in order to identify one another's needs and improve the quality of cooperation between them. Based on the information obtained from these surveys, the development of a manual for cooperation between general practitioners and psychiatrists and psychiatric care services in the Pilsen Region is proposed.

Key words: psychiatry, reform projects, multidisciplinary approach, recovery, general practitioners

1 ÚVOD

Od doby osvícenství (polovina 17. století) bylo na „šílenství“ nahlíženo jako na důvod pro izolaci a úplné odtržení od společnosti. Lidé, označení za šílené, se stali objektem zájmu lékařů, kteří začali vnímat šílenství jako subjekt hodný studia a odlišnost v chování následně jako nemoc, kterou je potřeba léčit (Foucault, 2006). Proto se na konci 18. století začala zakládat místa pro držení duševně nemocných centralizovaně pod dohledem lékařů. Později byl tento fenomén nazýván institucionalizací.

Předsudky vůči duševnímu onemocnění přetrvávají po stovky let dodnes a daří se je odstraňovat jen velmi pozvolně. *„Postavení duševně nemocného ve společnosti bylo a stále je odrazem dané doby, úrovně poznatků a vyspělosti kultury.“* (Ocisková, Praško, 2015) Obor psychiatrie navíc zaostával v rozvoji za ostatními medicínskými disciplínami také proto, že *„duševní život člověka je mnohem složitější a náročnější na zkoumání než jiné projevy lidského organismu. Zatímco mnohdy bylo možné s úspěchem pozorovat a léčit mnohé somatické nemoci nebo úrazy, duševní poruchy nebyly tak snadno a objektivně pozorovatelné, prozkoumatelné a tedy léčitelné.“* (Ocisková, Praško, 2015)

Teprve ve 20. století začala psychiatrie prosazovat svoje přístupy na základě výzkumů (evidence based) a došlo k zařazení psychiatrie mezi ostatní medicínské obory. K jednomu z nejvýznamnějších průlomů došlo ve 20. století objevením psychofarmak, což vedlo k velké revoluci celého oboru – rušení velkých psychiatrických ústavů a poskytování potřebné péče v komunitě, která umožnila pacientům podporu při adaptaci zpět do přirozeného prostředí, prostřednictvím pracovní a sociální rehabilitace. S tím souvisela také vyšší potřeba psychoterapie. *„Psychoterapeutické postupy se postupně stávaly cílenějšími, strukturovanějšími a v kontrolovaných studiích prokázaly svou účinnost.“* (Ocisková, Praško, 2015)

Roku 1961 byl v tehdejší ČSSR založen Výzkumný ústav psychiatrický¹ (PCP, 2011) a psychiatrie jako specializovaný zdravotnický obor vstupuje i v České republice více do popředí (Škoda, 2016).

Až nyní, ve 21. století, však dochází k zásadním změnám v přístupu péče o duševní zdraví. Civilizovaná společnost se s psychickými obtížemi setkává čím dál častěji. V České republice se současná prevalence poruch duševního zdraví pohybuje okolo 22 % populace, to znamená, že téměř každý pátý Čech má potíže v oblasti duševního zdraví. Náklady vynaložené na léčbu duševního onemocnění a psychických poruch jsou enormní, dle celoevropské analýzy z roku 2010

¹ Nyní Psychiatrické centrum Praha.

činily v České republice 258 mld. Kč (Mohr, 2019).

Potřeba transformace péče o duševní zdraví, založená na konceptu zotavení (recovery)², je posledních 30 let vyzdvihována hnutím za komunitní podporu, které vzniklo ze dvou různých zdrojů. Jedním z nich byl longitudiální klinický výzkum iniciovaný World Health Organisation (WHO) a druhým bylo hnutí uživatelů psychiatrické péče, které založili lidé s vlastní zkušeností s institucionální léčbou duševního onemocnění. Přes usilovnou práci členů hnutí i fakt, že výdaje za komunitní služby v oblasti duševního zdraví jsou o 30 % nižší než nemocniční psychiatrická péče, zůstává tento přístup na okraji oboru psychiatrie jako celku (Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell, Rowe, 2017). „...*optimalizace organizace péče s sebou nese velký potenciál úspor, při zachování vysoké kvality služeb.*“ (MZ ČR, ZDRAVÍ 2030)

V České republice se ani po roce 1989 nepodařilo dostatečně rozvinout komunitní služby v péči o duševní zdraví a financování oblasti psychiatrické péče se nacházelo na okraji zájmu tvůrců zdravotní a sociální politiky (NUDZ, 2017). V roce 1992 vznikla pracovní skupina pod záštitou České psychiatrické společnosti ČLS JEP, která vytvořila koncepci nové struktury poskytované psychiatrické péče a byla po 10 letech schválena vědeckou radou MZ ČR. „*V rámci této koncepce byly stanoveny některé preference a priority: budování komunitní psychiatrie; kooperace a kontinuita péče o pacienty v ústavní, nemocniční, ambulantní i komunitní péči; akutní péče v oblasti ambulantní, intermediální (komunitní) a nemocniční; následná péče v psychiatrických léčebnách.*“ (Raboch, 2003) Až roku 2009 začala tehdejší vláda připravovat dokumenty pro zahájení reformy psychiatrické péče. Změna směřující k větší propojenosti všech složek péče o duševně nemocné s sebou nese změny přístupu a postupně celkové filozofie péče o duševně nemocné (MZ ČR, Základní principy péče poskytované ARP, 2019). To je však velmi dlouhodobý a pomalu realizovatelný cíl omezený celou řadou překážek, především odděleným fungováním zdravotního a sociálního systému ČR a jejich finanční i politická nepropojenost.

Psychiatrie je oblast, která mne zajímala a přitahovala od útlého věku, ale ke studiu medicíny jsem se neodhodlala. Během studia ergoterapie jsem absolvovala několik měsíčních praxí. Jedna z nich byla v neziskové organizaci Fokus v Praze. Práce s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním mě bavila a inspirovala, a protože pocházím z Plzně, začala jsem pracovat v neziskové organizaci Ledovec z.s., která je jedním z hlavních realizátorů reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji. Práce v Ledovci z. s., v souběhu se studiem Řízení zdravotních a sociálních

2 Definice dle ředitele centra pro psychiatrickou rehabilitaci Bostonské univerzity Williama Anthonyho: „*Zotavování je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději a činí jej potřebným pro druhé, i s omezeními způsobenými nemocí. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby.*“ (Ridgway, McDiarmid, Davidson, Bayes, Ratzlaff, 2014)

organizací, mi umožnila nahlížet na svou domovskou organizaci z jiného úhlu a sledovat ji v procesu transformace psychiatrické péče. Začala jsem se zabývat mechanismy reformy a jednotlivými projekty, skrze které je reforma uskutečňována. Protože jsem pozorovala, jak se mění struktura a složení komunitního týmu sociální rehabilitace Ledovec, zaujal mne projekt MZ ČR „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“ (dále Projekt multidisciplinární přístup). Díky přátelským vztahům v zaměstnání a kontaktům na hlavní představitele reformy pro Plzeňský kraj jsem měla možnost svůj záměr konzultovat a v průběhu psaní diplomové práce ověřovat a aktualizovat uvedené informace.

Teoretická část mé diplomové práce nastiňuje prostředí a kontext strategie reformy psychiatrické péče v České republice a zevrubně popisuje čtyři její základní pilíře včetně jejich transformačních cílů – Psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic, Psychiatrické ambulance a Centra duševního zdraví (CDZ). Dále stručně rozebírám osm projektů reformy psychiatrické péče – Projekt Deinstitutionalizace, Projekt Multidisciplinární přístup, Projekt CDZ, Projekt Nové služby (gestorem je MZ ČR), Projekt ÚZIS, Projekt Destigmatizace a VIZDOM (gestorem je NÚDZ) – jejichž prostřednictvím dochází k realizování jednotlivých strategických kroků reformy. Součástí první kapitoly jsou také zahraniční příklady dobré praxe a úskalí reformy v ČR.

Pro moji práci je stěžejním projektem Zavádění multidisciplinárního přístupu, a to zejména jeho třetí úroveň – regionální mezioborová spolupráce a komunitní síťování. Konkrétně svůj zájem cílím na zapojování primární péče, především praktických lékařů, do reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji. Za tímto účelem v druhé kapitole představuji služby a instituce psychiatrické péče působící na území Plzeňského kraje. Podrobně se zde věnuji průběhu reformy a lokálním výsledkům transformace psychiatrické péče do roku 2021.

Třetí kapitola obsahuje teoretický základ pro to, jak postupovat při zapojování praktických lékařů do reformy psychiatrické péče.

Poslední kapitola teoretické části zasazuje reformu psychiatrické péče do kontextu Strategického rámce ZDRAVÍ 2030. Konkrétně se věnuje reformě primární péče za účelem nastínění perspektivy propojování primární péče s péčí komunitní.

Následuje metodologický oddíl, kde je uveden cíl a záměr práce. Je zde popsáno prostředí, cílová skupina respondentů a jednotlivé techniky sběru dat.

Získaná data jsou analyzována a interpretována v empirické části diplomové práce a výstupem je návrh manuálu pro zapojování praktických lékařů do komunitních služeb péče o duševní zdraví v Plzeňském kraji.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR

S přípravami reformy psychiatrické péče začalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále MZ ČR), v čele s Leošem Hegerem a jeho 1. náměstkem Markem Ženíškem, v roce 2010.

Tým Strategické projektové kanceláře MZ ČR se skládal ze 40 odborníků, psychiatrů z Psychiatrické společnosti ČSL JEP, zástupců poskytovatelů i uživatelů psychiatrické péče, nevládních neziskových organizací, zástupců MPSV, krajů i pojišťoven. V říjnu roku 2013 byla vydána *Strategie reformy psychiatrické péče* (dále SRPP) jako součást dokumentu *Národní strategie ochrany a podpory zdraví 2020*.

Strategie se opírá o studii Petra Winklera, Filipa Španiela, Ladislava Csémyho, Miroslavy Janouškové a Lindy Krejníkové z roku 2013, s názvem *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*, která srovnává jednotlivé systémy psychiatrické péče v zemích Evropy, shrnuje zkušenosti s reformními procesy v zahraničí a obsahuje analýzy nákladů a zátěže způsobené duševním onemocněním.

V České republice je dlouhodobě zaveden institucionální systém psychiatrické péče, jež „*má těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální. V ČR je zřejmá absence služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízká míra koordinace jednotlivých složek péče. MZ ČR chce implementací Strategie odstranit deficity zmiňované mezinárodními organizacemi (zejména WHO), a tím zajistit plné uplatnění lidských práv všech duševně nemocných.*“ (SRPP, MZ ČR, 2013)

Hlavním cílem Strategie reformy psychiatrické péče je zvyšování kvality života lidí se zkušeností s duševním onemocněním a je rozdělena do sedmi dílčích cílů:

„1. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.

2. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.

3. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.

4. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.

5. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).

6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.

7. Humanizovat psychiatrickou péči.“ (SRPP, MZ ČR, 2013)

Na Strategii reformy psychiatrické péče v ČR, jejíž široký záběr vyžaduje mnohem více času než jedno programové období, navazuje Národní – akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 (dále NAPDZ), kde jsou rozpracovány konkrétní cíle zaměřené na komplexní přístup a prevenci v péči o duševní zdraví. Strategických cílů NAPDZ je celkem sedm a jsou ve shodě s dokumentem WHO The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020:

1. Rovné příležitosti v zajišťování duševního zdraví pro všechny a po celý život, neméně u lidí zranitelných nebo v riziku.
2. Respekt, ochrana a podpora lidských práv lidí s problémy v duševním zdraví.
3. Dostupnost služeb v oblasti duševního zdraví v místě, čase, ceně i kapacitě, využitelné v komunitě dle potřeby.
4. Vytvoření multidisciplinárních týmů jako stěžejní služby v péči o duševní i somatické zdraví v komunitě. Lidé mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní péči.
5. Do systému péče o duševní zdraví zapojit rodinné příslušníky uživatelů a podporovat přirozené zdroje jejich sociálního prostředí. Dále využívání zkušeností peer konzultantů³ a svépomocných skupin.
6. Vybudování systému péče o duševní zdraví na základě koordinované spolupráce s partnerským přístupem k ostatním sektorům.
7. Řízení a poskytování péče o duševní zdraví, které vychází ze spolehlivých zdrojů informací a vědomostí (NAPDZ 2020 – 2030, MZ ČR).

Klíčovou myšlenkou těchto dokumentů je podporovat vznik kvalitních služeb s respektujícím přístupem, jejichž funkčnost je zajištěna terénními multidisciplinárními týmy⁴, které operují v dobře vymezených regionech. „*Služby péče o duševní zdraví mají poskytovat přístup orientovaný na zotavení a být dostupné v komunitě.*“ (NAPDZ 2020 – 2030, MZ ČR)

Na implementaci a naplňování cílů SRPP a NAPDZ 2020 – 2030 je celkový indikativní rozpočet odhadován na 6 mld. Kč. Přibližně 3 mld. jsou alokovány na vzdělávání, komunikaci, destigmatizaci a tvoření metodik. Druhá polovina finančních zdrojů je vyhrazena na humanizaci pilířů psychiatrické péče (viz níže), budování Center duševního zdraví a podporu vzniku nových služeb v oblasti psychiatrické péče.

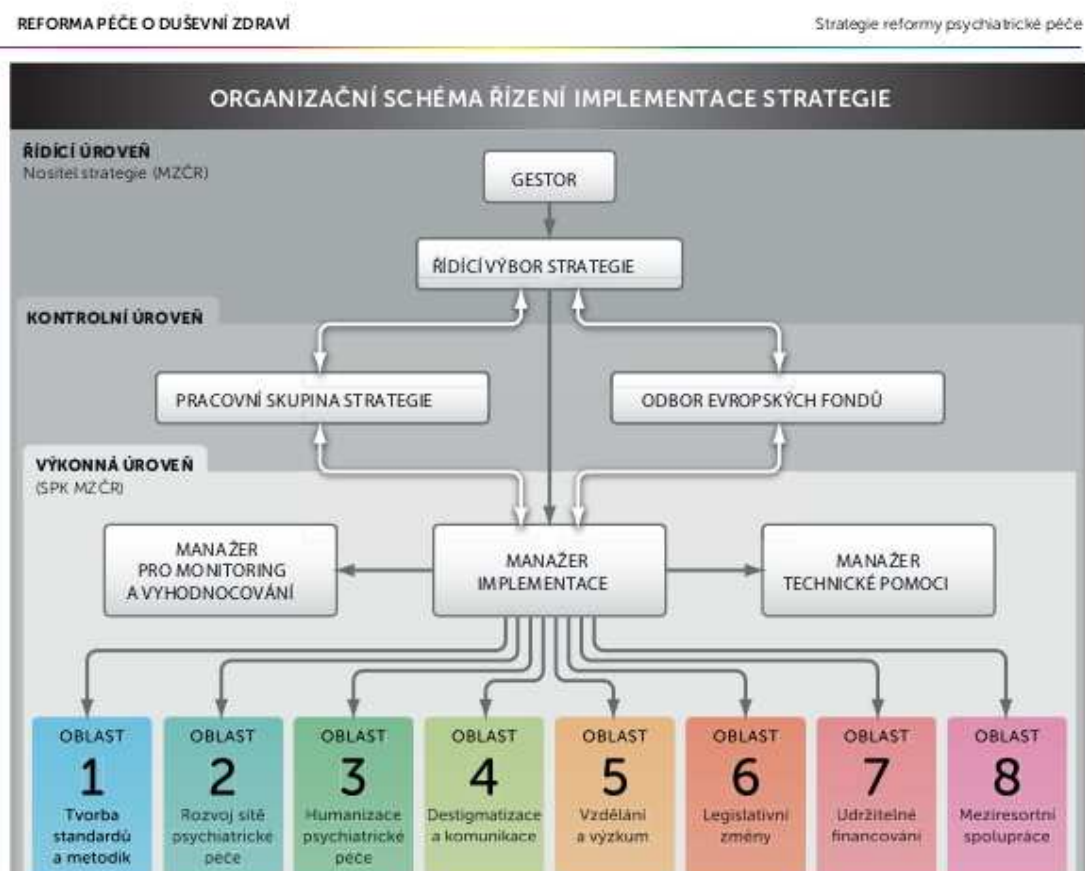
Mezi lety 2014 – 2020 byla reforma podpořena z Evropských sociálních fondů (ESF) –

3 Peer konzultant – pracovní pozice pro člověka se zkušeností s duševním onemocněním, který prošel procesem zotavení a naučil se mluvit o svém životním příběhu, vyškolen se a jeho úkolem je podporovat a motivovat lidi v podobné situaci. Peer konzultant je součástí multidisciplinárního týmu.

4 Multidisciplinární tým – terénní tým složený z lidí různého profesního zaměření (sociální, zdravotní oblast) směřující ke společnému cíli. Složení týmu: psychiatr, klinický psycholog, psychoterapeut, psychiatrická sestra, sociální pracovník, peer konzultant, IPS specialista.

Integrovaný regionální operační program (dále IROP) částkou 2 mld. Kč., a od roku 2018 do roku 2022 z Operačního programu Zaměstnanost – (dále OPZ) – částkou 1 mld. Kč. Další finanční zdroje jsou uvolněny ze Státního rozpočtu ČR a čerpáním z Norských fondů. Udržitelnost je však závislá na vytvoření legislativního zakotvení a finančního plánu podílejících se subjektů. Nutná je též kooperace a propojení více resortů a institucí, jako Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství, Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo financí, Sdružení měst a obcí atd.

Obrázek 1: Reforma péče o duševní zdraví



Zdroj: SRPP, MZ ČR 2013

2.1.1 PILÍŘE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Reforma psychiatrické péče si klade za hlavní cíl restrukturalizovat složky psychiatrické péče, podporovat rozvoj nových služeb v této oblasti a vytvořit síť zařízení na celém území ČR tak, aby celkově došlo ke zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním.

Opírá se o čtyři níže popsané pilíře:

1. Psychiatrické léčebny a nemocnice
2. Psychiatrická oddělení nemocnic (kliniky)
3. Centra duševního zdraví (dále CDZ)
4. Psychiatrické ambulance a Ambulance s rozšířenou péčí (dále ARP)⁵

Obrázek 2: Základní pilíře strategie



Zdroj: (SRPP, MZ ČR, 2013)

5 ARP - „má za cíl otevřít cestu k doplnění služeb osobám s duševním onemocněním, které vyhledávají léčbu v různých typech ambulantních i lůžkových zařízeních. ARP je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i specializovanou péčí. Její funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci duševně nemocných do běžné komunity. Konkrétně by se nová situace měla projevit zvýšením podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi a vyšším podílem týmové práce. K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení pacientů (recovery), spolupracuje ARP ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit, aj.“ (MZ ČR, Základní principy péče poskytované ARP, 2019) Složení týmu: psychiatr, klinický psycholog, psychoterapeut, psychiatrická sestra, administrativní pracovník, další nelékařští specialisti (ergoterapeut, zdravotně-sociální pracovník)

2.1.1.1 PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE

„Psychiatrické léčebny/nemocnice jsou lůžková zdravotnická zařízení poskytující komplexní psychiatrickou péči pacientům, kteří s péčí souhlasí a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu.“ (SRPP, MZ ČR, 2013)

S reformou psychiatrické péče v roce 2013 přišla změna názvu z Psychiatrických léčeben na Psychiatrické nemocnice. Změna názvu s sebou přinesla také změnu statusu a způsobu financování.

V psychiatrických léčebnách dosahoval počet lůžek následné péče až 80 %. Tato lůžka byla financována formou lůžko/den, a pro plné fungování psychiatrického zařízení je potřeba udržení jejich obsazenosti. Přibližně třetina pacientů však zůstává dlouhodobě hospitalizována kvůli sociálním problémům, a ne kvůli vážnému duševnímu či mentálnímu onemocnění.

Změna statusu napomohla posílení akutní psychiatrické péče, která je financována systémem DRG⁶, což se však v praxi ukázalo jako nevyhovující. O novém systému financování Psychiatrických nemocnic se se zástupci MZ ČR, Všeobecné zdravotní pojišťovny a Svazem zdravotních pojišťoven vyjednávalo na pravidelných jednáních s pracovní skupinou udržitelného financování. V roce 2019 bylo uzavřeno Memorandum k pilotnímu provozu upraveného systému DRG, kde je navýšena základní sazba, bonifikace závažných diagnóz a transformačního plánu Psychiatrických nemocnic. Financování lůžek následné péče se vypočítává podle kategorie, do které pacient patří a délky hospitalizace (Prototopová, Duškov, 2019).

Péče v psychiatrických nemocnicích se optikou Reformy psychiatrické péče zaměřuje spíše na následnou, dlouhodobou a specializovanou péči, omezeně na péči akutní. Jedním z cílů reformy, v rámci projektu Deinstitutionalizace (viz níže), je snižování počtu lůžek a kapacity lůžkové péče obecně.

Z tabulky níže je patrné, že počet lůžek se od roku 2010 do roku 2018 snížil o 523 lůžek, avšak k roku 2018 přibyly dvě nové psychiatrické nemocnice. K roku 2020 je celkově 18 psychiatrických nemocnic pro širokou škálu psychiatrických pacientů (dětská psychiatrie, gerontopsychiatrie, poruchy příjmu potravy, závislosti, duální diagnózy apod.). Dětské psychiatrické nemocnice jsou stále pouze 3 a počet lůžek poklesl o 50.

⁶ DRG – systém financování, které je založeno na předpokladu, že náklady vynaložené na léčbu pacienta s danou diagnózou jsou podobné jako u jiných pacientů se stejnou diagnózou. „V Česku se program financování nemocnic pomocí DRG začal zkoušet na podzim roku 1997, kdy VZP připravila tzv. Pilotní projekt DRG - 1. fáze, kterého se za dohodnutých podmínek úhrady účastnilo 19 českých nemocnic.“ (Zlámal, 2013)

V listopadu 2019 byl Výkonným výborem pro implementaci strategie reformy MZ ČR schválen transformační plán PN a PL, které jsou v tabulce označeny hvězdičkou. Doporučení Výkonného výboru jsou závazná „ve věci zřízení akutní lůžkové péče, redukce lůžek následné péče a zřízení Center duševního zdraví“ (MZ ČR, Věstník 4/2020)

Tabulka 1: Seznam psychiatrických nemocnic v ČR

Kraj číslo	Kraj	Název	Počet lůžek k r. 2010	Počet lůžek CELKEM 2018	Transformační plán 2019
1.	Praha, hl. m.	PN Bohnice	1358		*
2.	Středočeský	PN Kosmonosy	680		*
		Sanatorium TOPAS, s.r.o.	–		
3.	Jihočeský	PL Lnáře	230		*
		PN Červený Dvůr			*
4.	Plzeňský	PN Dobřany	1225		*
5.	Ústecký	PN Horní Beřkovice	737		*
		PL Petrohrad,p.o.			*
6.	Olomoucký	PL Šternberk	675		*
		PN Manianny Oranžské			*
7.	Zlínský	PN v Kroměříži	1100		*
8.	Moravsko–slezský	PN v Opavě	1015		*
9.	Jihomoravský	PN Brno	827		*
10.	Pardubický	Albertium – odborný léčebný ústav Žamberk	–		*
11.	Liberecký	–	–		
12.	Vysočina	PN Havlíčkův Brod	1304		*
		PN Jihlava			*
		PATEB s.r.o., Psychiatrická léčebna Jemnice			
13.	Karlovarský	–	–		
14.	Královehradecký	FN Hradec Králové, Léčebna návykových nemocí	56		*
	CELKEM ČR		9 207	8 684	
	Dětské PN				
3.	Jihočeský	Dětská PN Opařany	160		*
5.	Ústecký	Dětská PN Louny	50		
12.	Vysočina	Dětská PN Velká Bíteš	50		*
	CELKEM ČR		260	210	

Zdroj: vlastní (data ÚZIS 2010, ÚZIS 2018a)

2.1.1.2 PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ NEMOCNIC / PSYCHIATRICKÉ KLINIKY

Ke konci roku 2018 byla lůžková psychiatrická péče zajišťována v 18 Psychiatrických léčebnách, 3 dětských psychiatrických léčebnách a na 32 lůžkových odděleních nemocnic, s lůžkovou kapacitou 1317 míst (ÚZIS, 2018a).

Psychiatrická oddělení nemocnic poskytují akutní lůžkovou péči, která byla do roku 2019 hrazena systémem DRG a v současné době je financována v rámci pilotního provozu upraveného systému DRG (viz kapitola 1.1.1).

Dle Strategie reformy psychiatrické péče probíhá na úrovni oddělení psychiatrie v nemocnicích/psychiatrických klinik velká restrukturalizace. Cílem je vytvoření sítě psychiatrických oddělení nemocnic tak, aby měl uživatel psychiatrické péče/pacient možnost výběru zdravotnického zařízení (standard kvality komplexní akutní péče, dostupnost...).

Lokálně se restrukturalizace projeví:

- navýšením počtu kvalifikovaných pracovníků (všeobecných a psychiatrických sester, klinických a dětských klinických psychologů, psychiatrů, ošetřovatelů)
- změnami technického vybavení: např. pokoje intenzivní psychiatrické péče, dvoulůžkové pokoje s příslušenstvím
- srovnáním podmínek léčby, prostředí i přístupu k lidem s duševním onemocněním jako u somaticky nemocných.

Na psychiatrických odděleních nemocnic by nemělo dojít ke snižování kapacity lůžek, ale mělo by být rozšířeno spektrum akutních duševních poruch. Jinými slovy zajištění specializované psychiatrické péče, jako je péče gerontopsychiatrická, adiktologická, dětská a dorostová psychiatrie nebo poruchy příjmu potravy. K tomu účelu budou v nemocnicích budovány doléčovací a specializované stacionáře i pro pacienty s psychotickým onemocněním, poruchami nálad, neurotickými potížemi aj. (SRPP, MZ ČR, 2013).

Restrukturalizace a specializace psychiatrických oddělení v praxi klade velký nárok na dostatek nejen finančních, ale také lidských zdrojů. Potřeba velkého množství kvalifikovaných pracovníků s sebou nese nutnost změny systému pregraduálního vzdělávání v oborech, které jsou na pomezí zdravotního a sociálního systému a aktivní vytváření benefitních a motivačních programů pro mladé studenty.

Tabulka 2: Seznam psychiatrických oddělení v ČR k roku 2018

Název zdravotnického zařízení	Kraj	Okres	Oddělení / pracoviště
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského	Hl. m. Praha	Praha 1	dětská a dorostová psychiatrie - AT - návykové nemoci
VFN Psychiatrická klinika	Hl. m. Praha	Praha 2	psychiatrie
VFN Oddělení pro léčbu závislosti	Hl. m. Praha	Praha 2	AT - návykové nemoci
Fakultní Thomayerova nemocnice spol.	Hl. m. Praha	Praha 4	dětská a dorostová psychiatrie
Fakultní nemocnice v Motole	Hl. m. Praha	Praha 5	dětská a dorostová psychiatrie
Ústřední vojenská nemocnice Praha	Hl. m. Praha	Praha 6	psychiatrie
Národní ústav duševního zdraví	Středočeský	Praha-východ	psychiatrie
Nemocnice České Budějovice, a.s.	Jihočeský	České Budějovice	psychiatrie
Nemocnice Tábor, a.s.	Jihočeský	Tábor	psychiatrie
FN Plzeň - Lochotín	Plzeňský	Plzeň - město	psychiatrie
Klatovská nemocnice, a.s.	Plzeňský	Klatovy	psychiatrie
NEMOS PLUS s.r.o.	Karlovarský	Karlovy Vary	psychiatrie
KZ, a.s. - Masarykova nem. Ústí n.L., o.z.	Ústecký	Ústí nad Labem	psychiatrie, psychiatrie - JIP
KZ, a.s. - Nemocnice Most, o.z.	Ústecký	Most	psychiatrie
Krajská nemocnice Liberec, a.s.	Liberecký	Liberec	psychiatrie dětská a dorostová psychiatrie
Fakultní nemocnice Hradec Králové	Královéhradecký	Hradec Králové	psychiatrie
Oblastní nemocnice Náchod a.s.	Královéhradecký	Náchod	psychiatrie
Oblastní nemocnice Jičín a.s.	Královéhradecký	Jičín	psychiatrie
Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice	Pardubický	Pardubice	psychiatrie
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.,	Pardubický	Svitavy	psychiatrie
Nemocnice Znojmo, p.o.	Jihomoravský	Znojmo	psychiatrie
VV a Úp VZD Brno - Nemocnice	Jihomoravský	Brno - město	psychiatrie
Vojenská nemocnice Brno	Jihomoravský	Brno - město	psychiatrie
Fakultní nemocnice Brno	Jihomoravský	Brno - město	psychiatrie, psychiatrie - JIP
Fakultní nemocnice Olomouc	Olomoucký	Olomouc	psychiatrie
Vojenská nemocnice	Olomoucký	Olomouc	psychiatrie AT - návykové nemoci
Fakultní nemocnice Ostrava	Moravskoslezský	Ostrava - město	psychiatrie
Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.	Moravskoslezský	Karviná	psychiatrie
CNS-Centrum Třinec s.r.o.	Moravskoslezský	Frydenk-Místek	psychiatrie

Zdroj: ÚZIS, 2018a

2.1.1.3 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (DÁLE CDZ)

V roce 2018 vyšla Metodika programu podpory Center duševního zdraví, ve které jsou vymezena „*pravidla a podmínky pro poskytnutí dotace na zavedení a pilotní provoz Center duševního zdraví (dále jen „CDZ“) a navazující aktivity v oblasti vzdělávání odborného personálu a komunikačních opatření. Stanovuje parametry pilotních CDZ, postup pro podání žádosti o dotaci, pravidla a postup pro posouzení a hodnocení žádostí, pravidla pro monitorování pilotního provozu CDZ a plnění závazných indikátorů, financování, systém kontroly ze strany Poskytovatele (MZ ČR) a další povinnosti pro realizaci pilotního provozu CDZ, včetně finančního vypořádání dotace.*“ (MZ ČR, Metodika programu podpory Center duševního zdraví, 2018) Metodika obsahuje přílohu č. 6 se Základními principy péče poskytované v CDZ.

Zakládání CDZ probíhá od roku 2018 ve třech etapách. Do roku 2022 bude finančně podporováno z Evropských strukturálních fondů – Evropský sociální fond (ESF) – Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa – Sociální začleňování a boj s chudobou, konkrétně z dotačního programu „Podpora vzniku CDZ“, v souladu se zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech. Konkrétně jsou finance uvolněny na zřízení celkem 30 CDZ na území ČR v pilotním provozu na dobu 18 měsíců. Vznik jednoho CDZ je podpořeno maximální částkou 14 900 000 Kč (MZ ČR, Metodika programu podpory Center duševního zdraví, 2018).

V I. etapě v roce 2018 vzniklo 5 CDZ – na území hlavního města Prahy, kraje Vysočina, Jihomoravského kraje, Olomouckého a Ústeckého kraje. V II. etapě byla vyhlášena výzva pro založení 16 CDZ v krajích, kde dosud žádná centra nebyla, vybráno bylo 12 žádostí a výzva byla opakována. Nyní probíhá III. fáze podpory vzniku CDZ, ve které má být sestaveno dalších 9 multidisciplinárních týmů pro nepokryté regiony ČR.

Multidisciplinární tým na určitém území vzniká nejčastěji fúzí sociální organizace, pracující s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním a specializovaného zdravotnického zařízení či psychiatrické nemocnice. Pro příklad, jedno z prvních CDZ tak vzniklo spojením NNO Fokus Praha a Psychiatrické nemocnice Bohnice, tak bylo vytvořeno CDZ Podskalí pro Prahu 1, 2 a 10.

„*CDZ je definováno Preambulí Standardu CDZ. Jde o mezičlánek mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i následnou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem CDZ jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče.*“ (MZ ČR, Metodika programu podpory Center duševního zdraví, 2018)

Realizační jednotkou CDZ je multidisciplinární tým, který pracuje formou case managementu a „poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům/pacientům ze spádové oblasti bez čekací doby. K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů/pacientů (recovery), spolupracuje CDZ ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj.“ (MZ ČR, Základní principy péče poskytované v CDZ, 2018) Multidisciplinární tým je složen z odborníků z lékařské, klinickopsychologické a sociální oblasti. „Poskytování sociálních služeb v CDZ je definováno a řídí se *Doporučeným postupem č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*, vydaným Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) s účinností ode dne 3. 7. 2017.“ (MZ ČR, Metodika programu podpory Center, MZ ČR, 2018)

Jednotlivé multidisciplinární týmy CDZ operují na spádovém území pro 60 – 140 tisíc obyvatel, a jeho cílovou skupinou jsou klienti/pacienti se závažným duševním onemocněním SMI⁷, osoby s potřebou včasné intervence, neboli s rizikem rozvoje SMI a lidí v krizové situaci s akutními psychickými obtížemi. Úkolem týmů je zajišťovat podporu a rehabilitaci osobám s vážným duševním onemocněním v jejich přirozeném sociálním prostředí, předcházet a zkracovat dobu hospitalizace a doprovázet je po propuštění z dlouhodobé hospitalizace, což představuje příležitost pro přibližně 30 % pacientů psychiatrických nemocnic.

Obrázek 3: Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví



Zdroj: Projekt „Podpora vzniku duševního zdraví II“, Prezentace_dotační_program_CDZ II., 2019

7 Charakteristika SMI: diagnostické okruhy (F2, F3, eventuálně F42 a F6); trvání onemocnění, déle než 2 roky; funkční narušení (skóre GAF ≤ 70).

2.1.1.4 PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE

„Psychiatrické a klinickopsychologické ambulance představují primární psychiatrickou péči, která nezastupitelně zajišťuje péči pro většinu klientů psychiatrických služeb. Odborná zdravotní péče je primárně určena docházejícím pacientům a ve většině případů je poskytována subjekty soukromého sektoru na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, přičemž velká část této péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.“ (SRPP, MZ ČR, 2013)

V praxi se nejčastěji jedná o vstupní bránu do psychiatrické péče, která dále ovlivňuje navazující služby v procesu péče o duševní zdraví pacienta.

Psychiatrické ambulance jsou nejrozšířenější složkou psychiatrické péče v ČR, jsou dostupné ve většině regionů a cílem reformy psychiatrické péče je dobudovat síť psychiatrických ambulančí i tam, kde ještě chybí. Ideální zajištění psychiatrické péče na úrovni psychiatrických ambulančí je 12 psychiatrických ordinací na 100 000 obyvatel. Tím přirozeně může dojít ke zvýšení kvality poskytované péče a navýšení časového fondu pro jednotlivého pacienta.

Reforma psychiatrických ambulančí si klade za cíl podpořit rozšíření ambulančí o další profesionály z lékařských i nelékařských profesí – klinický psycholog, dětský klinický psycholog, psychiatrická sestra, adiktolog, psychoterapeut, zdravotně–sociální pracovník aj., za účelem zajištění vyšší míry individuálního přístupu k pacientovi/klientovi. Této nové formě psychiatrické ambulance je věnována následující kapitola 2.1.1.4.1. Dalším důležitým úkolem je navazování spolupráce s registrujícími praktickými lékaři a jinými zdravotnickými specialisty, stejně tak jako s dalšími složkami psychiatrické péče (lůžková zařízení a CDZ).

Tyto kroky s sebou přináší potřebu:

1. legislativních úprav, např. vytvoření seznamu zdravotních výkonů a úhradové vyhlášky, která zohledňuje nové standardy péče v oblasti psychiatrie a jejich specializací či vyhotovení legislativního rámce pro psychoterapii ve zdravotnictví, která se obsahově i úhradově liší dle vzdělání psychoterapeuta,
2. změny ve financování, jako jsou rozšíření možností „výkonového vykazování lékařských a nelékařských profesí“, nastavení systému „úhrad za spolupráce s ostatními složkami systému“ a rozšíření provozu psychiatrických ambulančí za využití grantové politiky, jež pokryjí vstupní investice nebo vzdělávání pracovníků (SRPP, MZ ČR, 2013),
3. edukace – akreditace vzdělávacích programů na klíč, certifikované kurzy apod.

2.1.1.4.1 Ambulance s rozšířenou péčí (ARP)

„ARP má za cíl otevřít cestu k doplnění služeb osobám s duševním onemocněním, které vyhledávají léčbu v různých typech ambulantních i lůžkových zařízení. ARP je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i specializovanou péčí. Její funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci duševně nemocných do běžné komunity.“ ... „K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení pacientů (recovery), spolupracuje ARP ve svém regionu s dalšími zainteresovanými subjekty a službami, jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit, aj.“ (MZ ČR, Základní principy péče poskytované ARP, 2019) V praxi by měly převažovat služby vykonávané nelékařskými profesemi a dojít k větší mezioborové a týmové spolupráci. „Všichni členové týmu sdílejí pacienty, průběžně si předávají důležité informace a část svých intervencí provádějí v přirozeném prostředí pacientů. Multidisciplinární tým musí pracovat jako jeden celek, který je v každodenním kontaktu a sdílí jedny prostory minimálně pro společné porady a kooperaci.“ (MZ ČR, Metodika programu podpory vzniku ARP, 2019) Mezi aktéry multidisciplinárního týmu ARP patří psychiatr, psychiatr specialista, klinický psycholog, terénní psychiatrická sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut, zdravotně–sociální pracovník, adiktolog, lékař psychosomatické medicíny, administrativní pracovník aj., dle specifických potřeb daného regionu (Věstník 5/2016).

Cílovou skupinou ARP jsou lidé s duševním onemocněním v celém diagnostickém spektru duševních poruch dle MKN 10 (viz příloha č. 8). Probíhá ambulantní formou a je rozšířena o péči terénní (psychiatrická sestra, zdravotně–sociální pracovník, ergoterapeut) a psychoterapeutickou.

Multidisciplinární tým ARP poskytuje služby:

- ve vlastním sociálním prostředí pacienta/klienta
- denní péče
- krizové intervence
- psychiatrické
- psychoterapeutické
- klinicko–psychologické

Vznik ARP je finančně zajištěn z projektu „Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné“ z OPZ částkou 5 300 000 Kč na jeden pilotní provoz na dobu 18 měsíců. V červnu 2020 splnila přísná kritéria dotačního programu pro vznik ARP čtyři zařízení – dvě v Praze: **INEP MEDICAL s.r.o.**, Praha 8 a **CEPSYMED** – Ambulance s rozšířenou péčí, Praha 6; a dvě v Plzni – **ARP Plzeň** a **A–shine s.r.o.** pilotní Psychiatrická ambulance s rozšířenou péčí Plzeň, (MZ ČR, 2020)

Principem multidisciplinární péče ARP je asertivní přístup⁸ k vyhledávání potenciálních klientů/pacientů a včasná detekce duševního onemocnění u osob mladšího věku. Pro ARP je důležitá „*spolupráce s primární péčí, zejména praktickými lékaři pro dospělé, kteří jsou mnohdy prvními lékaři, co duševní onemocnění u svých pacientů identifikují. Asertivita však neznamena činění kroků proti vůli pacienta, ale hledání cest, jak pacienta všemi možnými prostředky a přístupy ke spolupráci motivovat a podporovat jeho schopnosti přejímat zodpovědnost za své zotavení a pracovat s ním pak dále v partnerském způsobu spolupráce.*“ (MZ ČR, Základní principy péče poskytované ARP, 2019) Spolupráce ARP je ale nutná též s lůžkovými zařízeními v regionu, orgány místní samosprávy, opatrovníky, rodinou, službami podpory bydlení, zaměstnávání atd. Jinými slovy je nutné se zaměřit na identifikaci přirozených zdrojů klienta/pacienta v komunitě a pracovat s nimi.

Úkolem pilotního provozu ARP je zjistit spádovou oblast pro jedno zařízení a stát se mezičlánkem propojujícím služby v péči o duševní zdraví v ČR.

⁸ Asertivní přístup – aktivní vyhledávání a navazování spolupráce s lidmi, kteří žijí dlouhodobě v izolaci, popírají svoje onemocnění a nemají primárně zájem svoji životní situaci řešit.

2.1.2 PROJEKTY REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Následující kapitoly jsou věnovány všem projektům, skrze které je psychiatrická reforma realizována. Jsou to čtyři projekty MZ ČR a Projekt Ústavu zdravotních informací a statistiky (ÚZIS), ty jsou financovány z Operačního programu zaměstnanost (OPZ)

Dva projekty Národního ústavu pro duševní zdraví (NÚDZ) jsou financovány z Operačního programu výzkumu a vývoje pro inovace a státního rozpočtu ČR.

Obrázek 4: Projekty reformy (2017 – 2022)

Projekty reformy (2017-2022)

MERRPS

příjemce	název projektu	předmět projektu
MZČR	Deinstitucionalizace	Řízení reformy a odborná garance, Kvalita péče, regionální sítě, transformace psychiatrických nemocnic, financování péče
	Multidisciplinární spolupráce	Zavedení multidisciplinárního přístupu, podpora týmů, sdílení dobré praxe – stáže v ČR a v zahraničí
	Podpora nových služeb	Podpora provozu mobilních komunitních týmů a ambulancí s rozšířenou péčí
	Centra duševního zdraví I, II, III	Podpora provozu center duševního zdraví
ÚZIS	Analytická a datová podpora reformy	Informační nástroje pro infrastrukturu psychiatrické péče a hodnocení kvality péče, sběr dat, registr psychiatrické péče
NÚDZ	Destigmatizace	Metodika destigmatizace, podpora a komunikace destigmatizace v regionech, podpora uživatelů a rodinných příslušníků
	Časné intervence	Časná detekce a terapie osob s rozvíjejícím se závažným duševním onemocněním

Zdroj: Protopopová, Duškov, 2019

2.1.2.1 PROJEKTY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

2.1.2.1.1 Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné

„Předmětem projektu je přispět ke změně systému poskytování péče o duševně nemocné z převážně institucionálního modelu na převažující komunitní způsob.“ (MZ ČR, Příloha–1 DI, 2017) Konkrétní nástroje pro implementaci principů Strategie reformy psychiatrické péče se manifestují tvorbou a posílením regionální sítě služeb, transformací podoby psychiatrických nemocnic a oddělení psychiatrické péče v nemocnicích, změnami ve způsobu financování péče, novými vzdělávacími programy pro odborníky a definováním kvality péče v psychiatrii.

Projekt Deinstitucionalizace začal v roce 2018 a skončí 28. 2. 2022, přičemž náklady na jeho realizaci jsou odhadovány na téměř 227 mil. Kč.

Primárním cílem projektu je „vytvořit základy pro dostupnou, efektivní, balancovanou a diferencovanou péči pro osoby s duševním onemocněním, a to pomocí součinnosti všech pilířů psychiatrické, obecně medicínské, klinicko–psychologické a sociální péče.“ (MZ ČR, Příloha–1 DI, 2017) V praxi se jedná o zkracování délky hospitalizace a celkové snižování počtu hospitalizací v zařízeních psychiatrické péče. S tím souvisí snižování lůžek psychiatrických nemocnic a předávání dlouhodobě hospitalizovaných pacientů ze sociálních důvodů, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, do komunitní péče. Dalšími cíli bude následně ověřit funkčnost a efektivitu nově vzniklého konceptu a zajistit udržitelnost kvalitních služeb psychiatrické komunitní péče s využitím multidisciplinárního přístupu (Protopopová, Duškov, 2019).

„Obecně lze cíle projektu shrnout následovně:

1. Vytvořit platformu pro řešení konkrétní podoby reformy a její implementace do praxe v duchu navržené strategie. Odborně koordinovat jednotlivé aktivity implementace Strategie reformy psychiatrické péče. Sjednotit přístupy a metody práce s duševně nemocnými s důrazem na péči v komunitě vydáním doporučených postupů garantovaných odborníky.
2. Zvýšit kvalitu poskytovaných služeb vytvořením systému kvality péče umožňující její nezávislou kontrolu.
3. Vytvořit síť vzájemně na sebe navazujících služeb pro duševně nemocné.
4. Zlepšit spolupráci a návaznost zdravotních a sociálních služeb pro duševně nemocné.
5. Efektivně propojit všechny čtyři pilíře péče (psychiatrické nemocnice, ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic a centra duševního zdraví – CDZ).

6. Významně snížit podíl dlouhodobé lůžkové péče v psychiatrii a vytvořit podmínky pro přechod významné části pacientů do komunitních forem péče prostřednictvím transformace psychiatrických nemocnic.
7. Informovat pracovníky, kteří se s duševně nemocnými setkávají ve své profesi, ale nezaměřují se primárně na péči o ně, o problematice duševně nemocných a pomoci jim nacházet vhodný přístup k duševně nemocným.
8. Stanovit nový způsob úhrady za péči o duševně nemocné motivující ke komunitní péči ve spolupráci s pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb.
9. Ověřit úspěšnost implementace Strategie reformy psychiatrické péče.“
(MZ ČR, Příloha–1 DI, 2017)

Mezi klíčové aktivity projektu Deinstitutionalizace patří:

- Odborná garance Strategie reformy psychiatrické péče
- Kvalita péče
- Regionální sítě péče
- Spolupráce se souvisejícími obory a profesemi
- Úhradové mechanismy
- Evaluace Strategie psychiatrické péče na konci projektu

2.1.2.1.2 Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným

Multidisciplinární přístup je chápán jako způsob práce, „*kde různé profese, různé organizace spolupracují a efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí se zkušeností s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám.*“ (MZ ČR, Metodika multidisciplinárního přístupu, 2020) Multidisciplinární přístup, jako preferovaná metoda způsobu práce s lidmi s duševním onemocněním, si klade za cíl zkracovat pobyt duševně nemocného člověka mimo jeho přirozené prostředí a předcházet negativním dopadům hospitalizace na běžný způsob života. Multidisciplinární spolupráce má zajišťovat koordinovanou, komplexní a kontinuální péči.

Projekt byl realizován v období od roku 2017 do konce srpna 2020 s finančními náklady přes 97 mil. Kč. Jeho hlavním záměrem je standardizace metodiky multidisciplinárního přístupu, která se postupně zapracovává do praxe sociálních i zdravotních poskytovatelů služeb pro duševně nemocné na třech úrovních:

1. Spolupráce pracovníků akutní či lůžkové psychiatrické péče se zaměstnanci komunitního týmu v rámci jednoho multidisciplinárního týmu (psychiatr, klinický psycholog, všeobecné či psychiatrické sestry (dále sestra), sociální pracovníci, IPS specialista, peer konzultant...), jeho cílem je sdílet a sjednotit hodnoty, postupy a přístupy, které vedou k podpoře klienta na jeho cestě k zotavení (recovery).

2. Multidisciplinární spolupráce mezi dvěma týmy (lůžkové oddělení nebo CDZ/komunitní tým⁹), tzv. virtuální týmy, vytvořené s cílem sladit pohledy a metody práce, které budou zajišťovat kontinuitu péče o klienta/pacienta. „*Pobyt v lůžkovém zařízení by neměl být zcela vybočením z plánu, na kterém klient pracoval spolu s komunitními službami. Spolupráce by měla taktéž zajišťovat rychlou návaznost potřebné péče hned po propuštění, na jehož přípravě začínají týmy spolupracovat již při přijetí pacienta.*“ (MZ ČR, Metodika multidisciplinárního týmu, 2020)

„*U většiny pacientů byla po propuštění z psychiatrického lůžkového zařízení nutná další ambulantní péče, a to buď trvalá (u 50 % hospitalizací) nebo dočasná (u 28 % hospitalizací). U necelé desetiny případů hospitalizace byla nutná další ústavní léčba (9 %). Pouze u 5 %*

⁹ Komunitní tým – je tým lidí různého profesního zaměření, kteří zajišťují podporu člověku s duševním onemocněním v jeho přirozeném prostředí, tak, aby mohly být uspokojovány jejich zdravotní, psychické i sociální potřeby. Kromě léčby tým svého klienta a jeho nejbližší okolí podporuje v řadě sociálních rolí, např. v oblasti vzdělání, zaměstnání, bydlení a vztahů (Kalvach, 2014).

hospitalizací pacient nepotřeboval žádnou péči po propuštění z psychiatrického lůžkového zařízení.“ (ÚZIS, 2018a)

Základním principem multidisciplinarity druhého stupně je triáda – klient/pacient, pracovník komunitní péče a zdravotník z lůžkového zařízení. To znamená, že nikdo nepracuje ani nerozhoduje sám, ale na postupu péče a podpory se domlouvá s týmem. Také na případových konferencích by měli být zastoupeni všichni (rozhovor s Bc. Zuzanou Fišarovou, 2021).

3. Komunitní síť vytvořená v rámci spádové oblasti o velikosti přibližně 100 000 obyvatel. Jedná se o systémovou spolupráci různých subjektů a sektorů, které se podílejí na řešení složité životní situace klienta/pacienta, podporují snižování stigmatizace, provázanost a návaznost služeb, a tím minimalizují negativní dopady na běžný život člověka se zkušeností s duševním onemocněním. Dle metodiky by měl být tento druh spolupráce iniciován krajským multidisciplinárním koordinátorem, který má přehled o zdravotních i sociálních službách v regionu a komunikuje se zástupci obcí a krajů dané spádové oblasti a zároveň s CDZ nebo komunitními týmy. V praxi síťování zahrnuje také vyhledávání nových služeb, subjektů, které je potřeba v rámci reformy oslovit a motivovat je k multidisciplinární spolupráci. Jedná se v současnosti například o specifické služby, jako jsou adiktologické, dětské a gerontopsychiatrické služby komunitní péče (rozhovor s Bc. Zuzanou Fišarovou, 2021).

Účastníky koordinované spolupráce neboli komunitního síťování jsou dále policie ČR, složky integrovaného záchranného systému, opatrovníci, správci bytového fondu, podnikatelé, úředníci a další osoby a instituce. Klíčovou roli při utváření komunitní sítě podporující osoby s duševním onemocněním však hraje primární péče¹⁰. *„Mnoho preventivních intervencí může být užíváno v kontextu s domácím prostředím uživatele. Včasná identifikace duševních problémů (včetně vyšetření a diagnóz) může být vykonávána v primární péči praktickými lékaři ve spolupráci se specializovanými odborníky. Praktičtí lékaři jsou často těmi, kteří buď onemocnění pacienta zvládnou řešit sami, nebo pacienta směřují do specializované péče. V mnoha evropských zdravotních systémech jsou prvními místy vstupu do zdravotního systému.“ (MZ ČR, Metodika multidisciplinárního přístupu, 2020)*

Cílem projektu je aktivně aplikovat multidisciplinární přístup v péči o duševně nemocné, osvojit si kulturu koordinace a spolupráce na všech třech výše zmíněných úrovních a praktikovat jej v každodenní práci. Zavádění multidisciplinárního přístupu je upevňováno sdílením dobré praxe

¹⁰ Primární péče „znamená základní zdravotnické profesionální služby poskytované většinou na ambulantní úrovni praktickými lékaři nebo specialisty. Zahrnuje výchovu ke zdraví, prevenci, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci.“ (Strejčková, 2007)

za podpory zahraničních tutorů, kteří přináší „svoji zkušenost s fungováním multidisciplinárního týmu, nápady a praktické zkušenosti do fungování nově vytvářených týmů v ČR.“ (MZ ČR, Příloha-1_MD, 2018)

Pro každý kraj byl ustanoven jeden tzv. velký metodik a několik „malých metodiků“ pro zavádění multidisciplinárního přístupu. Úkolem „velkého metodika“ je metodická podpora v konkrétních zařízeních zdravotní a sociální péče v tom, aby pracovali multidisciplinárně. „Malí metodici“ multidisciplinárního přístupu jsou zaměstnanci konkrétní zdravotní nebo sociální instituce v kraji, a náplní jejich práce je aktivní vytváření příležitostí pro získání zkušenosti, jak správně multidisciplinárně spolupracovat v jednotlivých týmech. To se nejčastěji děje formou praxí a stáží v týmech na území České republiky, kde již byl multidisciplinární přístup osvojen.

Forma stáže se nedá popsat a uchopit, je především sebezkušenostní a zážitková, aby člověk viděl, jak to funguje jinde. Týmy lůžkových psychiatrických oddělení jezdí do zařízení stejného typu napříč ČR nebo se jedou podívat a zažít, jakým způsobem pracují služby komunitní péče. Či naopak tým CDZ jede na stáž na lůžkové oddělení apod.

V současné době, kdy nelze stáže realizovat kvůli omezení spojenými s pandemií COVID 19, probíhají online webináře na různá témata (akutní, dlouhodobá péče, děti se zátěží atd.) se zahraničními lektory a hosty z Anglie a Itálie. Lektori popisují, jak probíhá multidisciplinarita u nich. Mimo jiné je v rámci metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu sestavován sborník dobré praxe. Celkem má být popsáno čtrnáct příkladů dobré praxe z ČR.

„Velcí metodici“ ze všech krajů České republiky se spolu scházejí jednou za měsíc. „Velký metodik“ s „malými metodiky“ konkrétního kraje se schází také jednou za měsíc skupinově, a ještě minimálně jednou měsíčně individuálně (rozhovor s Bc. Zuzanou Fišarovou 2021).

Multidisciplinární způsob kooperace a vytváření komplexní komunitní péče je v České republice úplně novým přístupem, který však prozatím není legislativně ukotven a systém poskytování zdravotní péče skrze Všeobecné zdravotní pojištění (Bismarckovský model), integraci zdravotních a sociálních služeb v komunitě není příliš nakloněn.

2.1.2.1.3 Podpora vzniku nových služeb pro duševně nemocné

V rámci tohoto projektu, který započal v únoru 2018, byl podpořen vznik a 18 měsíční pilotní působení pěti multidisciplinárních týmů (dále MT), určených pro cílové oblasti: pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie, adiktologie, ochranná léčba v mimonemocničním zařízení (forenzní psychiatrie) a ambulance s rozšířenou péčí (ARP).

Projekt zahrnuje vypracování standardů pro pilotní provoz MT na základě analýzy

zahraničních metodických materiálů pro práci forenzních MT a tuzemských dobrých praxí MT v oblasti adiktologie.

Do května 2021, kdy projekt končí, by měl být zahájen provoz celkem 6 ARP, 3 MT pro děti s duševním onemocněním, 3 MT pro seniory, 3 MT pro osoby závislé na návykových látkách a dvou forenzních MT. „*Po ukončení provozu proběhne evaluace pilotu, případná dílčí úprava standardů a návrh udržitelného zakotvení nových služeb do zdravotně–sociální sítě.*“ (MZ ČR, Příloha_NS, 2018)

Projekt podpory vzniku nových služeb, resp. specializovaných multidisciplinárních týmů, podporuje projekt Destigmatizace (viz kapitola 2.1.2.3.1) s cílem zajištění alternativních služeb psychiatrické péče pro definovanou cílovou skupinu na určitém spádovém území. Předpokladem je vytvoření pomyslného mostu mezi ambulanti (primární) psychiatrickou péčí a péčí lůžkovou (akutní i následnou), a tím napomoci ke snižování počtu hospitalizací lidí s obtížemi v oblasti duševního zdraví nebo zkracování jejich délky. Důležitá je však i spolupráce s dalšími potřebnými subjekty v daném regionu pro „*zajištění komplexní a včasné péče, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení pacientů.*“ (MZ ČR, Příloha–1_NS, 2018) Do léčebného procesu je zapojován nejen klient/pacient, ale také jeho rodina a blízké okolí.

V první polovině roku 2020 vyhlásilo MZ ČR Výzvy k zahájení provozu MT pro jednotlivé cílové skupiny.

V současné době podmínky pro dotaci na pilotní provoz ve výši 11 mil. Kč získal jeden MT pro děti a adolescenty v Berouně – **MTDZ 21 Beroun**.

Na podzim roku 2020 by měly spustit své služby v pilotním režimu dva adiktologické MT: **DRUG – OUT Klub, z. s.** – Ambulantní adiktologické služby, působící v **Ústí nad Labem a Spolek Ulice Plzeň – S Komplex**. Sestavení jednoho týmu bylo podpořeno částkou 6,7 mil. Kč a každý tým bude spravovat území do 50 tisíc obyvatel.

Ve výzvě pro vznik MT pro seniory existují dva typy služeb – MT se stacionářem, s maximální možnou podporou 11 650 mil. Kč a MT bez stacionáře s výškou dotace 9,5 mil. Kč. Dosud však nejsou známy výsledky výběru žadatelů, jež poskytují sociální nebo zdravotní služby.

Na zřízení forenzního MT je poskytována dotace ve výši 9,1 mil. Kč. Tento tým vzniká v rámci ochranné léčby v PN Dobřany, oficiálně však nebyly výsledky výběru jiných zařízení uvedeny.

Jak je již uvedeno výše svou praxí od srpna 2020 započaly čtyři Ambulance s rozšířenou péčí: **ARP Plzeň, A–shine s.r.o.** pilotní Psychiatrická ambulance s rozšířenou péčí Plzeň, **INEP MEDICAL s.r.o.** Praha 8, **CEPSYMED** – Ambulance s rozšířenou péčí, Praha 6. (Reforma psychiatrie, 2020).

2.1.2.1.4 Projekt Centra duševního zdraví I, II, III

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou jedním z pilířů reformy psychiatrické péče a jejich koncept byl představen již v kapitole 1.2.3. Jedná se o mezičlánek mezi primární péčí (a to včetně ambulantní psychiatrické) a péčí lůžkovou (akutní i následnou). Podle Strategie reformy psychiatrické péče je CDZ chápáno jako „*soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – Severe Mental Illness (SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.*“ (SRPP, 2013)

Tvorbou multidisciplinárního týmu CDZ, jako důležitého článku systémové změny péče, dochází ke sladování hodnot a způsobů práce sociálních a zdravotnických pracovníků, což obnáší velmi složitý proces vyjasňování. „*Práce multidisciplinárního – komunitního týmu by měla být primárně zaměřena na holistický bio–psycho–sociální model. Musí být orientována na celostní podporu klienta/pacienta v jeho cestě k uzdravě. Uzdravou není myšlena jen absence symptomů nemoci, ale udržení či znovunaplnění rodinných, sociálních, společenských i pracovních rolí klienta/pacienta.*“ (MZ ČR, Základní principy péče poskytované v CDZ, 2018) Principy přístupu k uzdravě (recovery) lze shrnout takto: práce s nadějí, rozvoj silných stránek, holistický přístup, zplnomocňování, respekt a individuální přístup.

Dle standardů péče poskytuje CDZ tyto služby:

- Mobilní služby – poskytované terénním multidisciplinárním týmem v prostředí klienta nebo v případě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, za účelem přípravy na propuštění. „*Mají charakter dlouhodobé péče formou psychiatrické a sociální rehabilitace, může jít o poskytování krizové intervence v domácnosti pacienta se SMI a také o plánované včasné intervence v případě dosud nediagnostikovaných nebo aktuálně neléčených onemocnění. Ve spolupráci s ambulantními psychiatry se podílí na péči o pacienty se SMI, kteří mají ambulantní ochrannou léčbu.*“ (Věstník 5/2016) Mobilní služby jsou klientovi v případě krize dostupné 24 hodin denně.
- Denní služby – formou centra denních aktivit pro SMI pacienty jsou orientovány na jejich

podporu a sociální rehabilitaci. „Denní služby jsou dostupné nejméně 10 hodin denně a zahrnují jak strukturované aktivity, tak prostor pro trávení volného času.“ (Věstník 5/2016)

CDZ prostřednictvím denních služeb zajišťuje provoz denního stacionáře s psychoterapeutickým programem.

• Krizové služby – cílem je včasné zakročení a podpora při zvládnutí rozvíjející se krize bez hospitalizace a asistence při nástupu na hospitalizaci, v případě potřeby. Tyto intervence probíhají nejčastěji v přirozeném prostředí klienta. „Časová dostupnost krizových služeb CDZ:

• *Telefonicky – nonstop provoz*

• *Ambulantně – od 8 do 20 hod.*

• *Příjem na odlehčovací lůžka – od 8 do 20 hod.*

• *Pro zvládnutí akutních stavů v nočních hodinách (od 20 do 8 hodin) avizovaných telefonicky nebo nastalých u klienta na lůžku CDZ musí mít CDZ dohodu se zařízením poskytujícím akutní psychiatrickou péči nebo se zařízením s nepřetržitou krizovou službou (CDZ–K).“ (Věstník 5/2016)*

Z cílů Národního akčního plánu do roku 2030 vyplývají závazky vůči zakotvení CDZ do legislativy, konkrétně pak novelizace zákonů č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich provozování, č.108/2006 Sb., o sociálních službách a č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Protopopová, Duškov, 2019).

Trvalá udržitelnost vzniklého CDZ po ukončení pilotního projektu, který pokrývá 100 % nákladů provozu zdravotní i sociální složky multidisciplinárního týmu, je závislá na aktivním vyhledávání dalších finančních zdrojů řízené samosprávnými celky v rámci základního a rozvojového plánování. To se týká především sociální sekce CDZ, která je hrazena z dotací na sociální služby z MPSV. V několika krajích jsou sociální služby CDZ hrazeny z Individuálních projektů. Zdravotní část CDZ dále funguje jako jiné zdravotnické subjekty, tzn. z veřejného zdravotního pojištění. Pro vykazování zdravotních úkonů CDZ byly vymyšleny některé nové speciální sady kódů – několik nových a jinak běžné kódy psychiatrické a psychologické ambulance a terénní psychiatrické sestry (komunikace s Mgr. et Mgr. Martinem Fojtíčkem, 2021).

2.1.2.2 PROJEKT ÚSTAVU ZDRAVOTNÍCH INFORMACÍ A STATISTIKY (ÚZIS)

Popisovaný projekt ÚZIS tvoří komplexní informační, datovou a analytickou základnu moderního systému péče o duševní zdraví v České republice. Na jeho základě může docházet k hodnocení průběhu psychiatrické reformy, dlouhodobému zlepšování kvality péče o duševní zdraví na empirickém podkladě a dalšímu vývoji ve tvorbě státních politik věnujících se této oblasti. Projekt si klade za cíl umožnit „*poskytovatelům, plátcům i konzumentům péče o duševní zdraví, jasnou a kontrolovanou orientaci v nabízených poskytovaných službách v jejich regionu, včetně jejich kvality a dostupnosti. ... Tento globální cíl bude naplněn prostřednictvím čtyř dílčích kroků, jejichž řešení je dále rozvinuto do projektových aktivit. Konkrétně se jedná o:*

- *vytvoření reportingových nástrojů pro monitoring poskytované a hrazené péče o duševní zdraví a o jejich klíčových parametrech, vše na regionální i celonárodní úrovni;*
- *nastavení systému sběru dat a tvorba čtyř nových klinických registrů (Psychiatrická péče o děti a mladistvé, Psychotická onemocnění, Poruchy nálady, Poruchy duševního zdraví u populace ve věku 65+) a registru psychiatrické péče poskytované multidisciplinárními týmy;*
- *tvorba Národního portálu duševního zdraví, který umožní zadavatelům a poskytovatelům mapovat a hodnotit péči o duševní zdraví a dále občanům, kteří konzumují tuto péči a jejich rodinným příslušníkům zpřístupní informace o dostupnosti péče a o parametrech péče v jejich regionu.“* (ÚZIS, 2018b)

Projekt je realizován od března 2018 a skončí v únoru roku 2021, je financován z ESF – OPZ, částkou necelých 40 mil. Kč.

Před ukončení projektu dojde k evaluaci výstupů a naplnění cílů projektu, které poslouží zadavatelům zdravotní péče a státní správě k dalšímu plánování a optimalizaci kroků naplňování strategie reformy psychiatrické péče. „*Dále budou sloužit jako cenný podklad pro nastavení úhradových mechanismů v deinstitucionalizaci psychiatrické péče.*“ (ÚZIS, 2018b)

Vzniklé specializované klinické registry a informační systém pro psychiatrickou péči poskytovanou multidisciplinárními týmy budou tvořeny na základě sběru dat v terénu a propojením s datovou základnou Národního zdravotnického informačního systému (NZIS)¹¹.

Národní portál duševního zdraví nabízí adekvátní informace o široké škále služeb psychiatrické péče v regionu, jejich kvalitě, aktuální dostupnosti či obsazenosti. Je již dostupný na: <https://psychiatrie.uzis.cz/>

11 NZIS - Národní registr zdravotnických pracovníků, Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, Národní registr hrazených zdravotních služeb (ÚZIS, 2018b).

2.1.2.3 PROJEKTY NÁRODNÍHO ÚSTAVU PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ (NUDZ)

Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) byl vybudován za finanční podpory Evropského fondu pro regionální rozvoj, Operačního programu výzkum a vývoj pro inovace a státního rozpočtu ČR, dohromady za 971 mil. Kč. NUDZ vznikl transformací a modernizací Psychiatrického centra Praha v Klecanech a má ambici stát se referenčním sídlem pro oblast duševního zdraví v ČR.

„Zaměřením programu NUDZ je výzkum neurobiologických mechanismů vedoucích k rozvoji nejzávažnějších duševních poruch (schizofrenie, deprese, úzkostné stavy a reakce na stres). Součástí výzkumu je rovněž vývoj a testování nových diagnostických a léčebných metod. Přístup k řešení problematiky je založený na vzájemné provázanosti metodik molekulární biologie, animálního modelování a klinického výzkumu a testování.“ (O NUDZ, 2015) Mimo duševních poruch se klinický ústav NUDZ zabývá výzkumem neurobiologie stárnutí a demence, výzkumem biologické podstaty závislostí, výzkumy v oblasti sociální psychiatrie, léčbou a výzkumem biologických rytmů a poruch spánku.

NUDZ kromě svého klinického centra provozuje služby denního stacionáře, poradnu pro poruchy paměti a rozličné specializované ambulance. Na lůžkové oddělení s kapacitou 60 lůžek jsou přijímáni pacienti z celé ČR, za účelem účasti na probíhajících výzkumných programech.

Cílem centra NUDZ *„je vyprofilovat platformu k vyvíjení, testování a zavádění nejnovějších terapeutických metod do praxe, k vytváření léčebných standardů a k účasti na vzdělávání odborníků v oboru. Zvláštní pozornost je věnována výzkumu a léčbě poruch nálady, úzkostných poruch, psychotických poruch a duševních nemocí ve stáří včetně demencí.“* (O NUDZ, 2015)

NUDZ se dále podílí na velkém množství projektů. V rámci Reformy psychiatrické péče se jedná o projekt Destigmatizace a Včasné intervence, kterým jsou věnovány následující kapitoly.

2.1.2.3.1 Projekt Destigmatizace lidí s duševním onemocněním

Prostřednictvím projektu Destigmatizace má být naplněn jeden z cílů Strategie reformy psychiatrické péče. Je vyvíjena aktivita ke snižování diskriminace a stigmatizace lidí s duševním onemocněním a celkovému zlepšování přístupu celé společnosti k oblasti duševního zdraví.

Projekt je inspirován dobrými zahraničními i tuzemskými zkušenostmi. Na projektu se účastní české i světové kapacity z oboru psychiatrie, ale zahrnuje také lidi se zkušeností s DO a jejich blízké. Je realizován od září 2017 do konce srpna 2022 a finančně podpořen z OPZ částkou necelých 95 mil. Kč.

Podle sociologa Ervinga Goffmana v sobě stigmatizace osob s duševním onemocněním nese předpojetí jejich morální slabosti, nebezpečnosti, pokaženosti a viny. *„Tyto postoje se opakují*

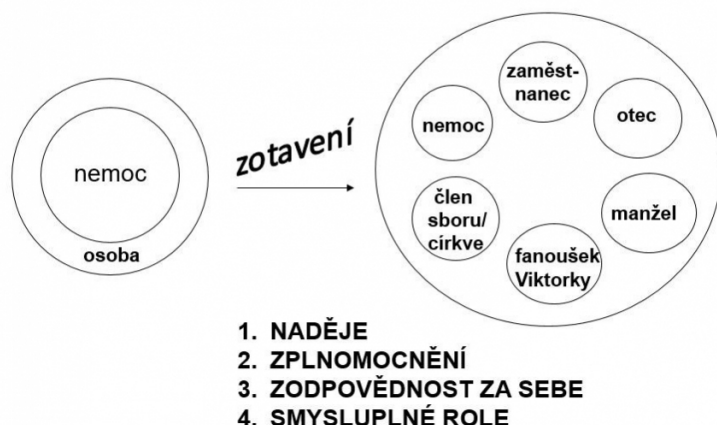
ve stereotypech, kterými jsou lidé s psychickou poruchou hodnoceni ve společnosti, v médiích a které odrážejí postoje k nim.“ (Ocisková, Praško, 2015) Stigmatizace je často také zapříčiněna nedostatkem znalostí, strachem z neznámého, což vede k negativistickému nahlížení na nemocného, silným předsudkům, diskriminaci či ignoraci. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním je, vzhledem k historii stigmatizace celého oboru psychiatrie, v české společnosti hluboce zakořeněna. Má enormní dopady na kvalitu života člověka, často vede ke špatnému přístupu k duševnímu, ale i somatickému zdraví, nízkému sebevědomí, problémům v procesu vzdělávání, pracovního uplatnění a ekonomické gramotnosti. Strach ze stigmatizace v mnoha případech znemožňuje lidem s duševním onemocněním navazovat a udržovat sociální vazby, požádat o adekvátní zdravotní péči či sociální podporu. Internalizací stigmatizujících postojů ze strany veřejnosti i profesionálů zdravotních a sociálních služeb, dochází ke kumulaci a prohlubování duševních potíží člověka, a tím dalšímu nepříznivému ovlivnění finanční a společenské situace.

Ačkoliv v České republice se dílčí destigmatizační aktivity již sporadicky uskutečňují, donedávna nebyly plánované ani realizované systematicky a nebylo možné měřit jejich úspěšnost. Projekt Destigmatizace lidí s duševním onemocněním přináší *„širokou škálu destigmatizačních aktivit, jejichž efektivita bude evaluována pomocí vědeckých metod...“* (NUDZ, 2017)

Příčin stigmatizace je mnoho, ale obraz o lidech s duševním onemocněním je vytvářen především médii a filmy o této problematice. Z nedostatku relevantních informací tak vzniká veřejná představa o nevyzpytatelnosti a agresivitě lidí s duševním onemocněním a nehumánním způsobu jejich léčby.

Klíčovým prvkem projektu Destigmatizace je odstraňování mýtů a předsudků zprostředkováním přímého kontaktu a sdílení životních příběhů lidí se zkušeností s duševním onemocněním v procesu jejich zotavování. Zotavení je normálním adaptivním procesem, jehož součástí jsou fáze popření, zlosti, smlouvání, deprese a přijetí. Pro lepší pochopení je pro člověka jednodušší si proces zotavení představit ve spojení např. s rozvodem nebo ztrátou někoho blízkého nežli ve spojení s duševním onemocněním. Zotavení, z anglického recovery, probíhá ve čtyřech fázích, které můžete vidět na obrázku.

MODEL ZOTAVENÍ



Zdroj: www.zotaveni.cz

1. Naděje je velkým motivačním faktorem. Jedná se o konkrétní reálnou vizi budoucnosti, ve které se člověk cítí lépe.

2. Zplnomocnění souvisí s orientací na silné stránky a schopnosti člověka, které vedou ke zvyšování sebedůvěry a uvědomování si vlastní moci. Člověk, který má přístup k potřebným informacím, se může rozhodovat sám za sebe.

3. Zodpovědnost za sebe obnáší i špatná rozhodnutí, riskování, selhání a učení se ze svých chyb. Je však zapotřebí vzít život do vlastních rukou a nezůstat závislý na péči ostatních.

4. Smysluplné role znamená nalezení životní role nebo rolí, které nemají nic společného s nemocí (Ragins, 2002).

Mezi destigmatizační aktivity v rámci projektu patří:

- vytvoření manuálu a akčního plánu destigmatizace lidí s duševním onemocněním, jejich rodinných příslušníků, zdravotníků, poskytovatelů sociálních služeb, komunity i celé psychiatrické péče ČR
- pilotní představení destigmatizačních opatření a „toolkitů“ pro jednotlivé cílové skupiny
- definování jednotné vize, vizuální identity a tvorba pětiletého plánu
- koordinovaná implementace destigmatizačních opatření v regionech a jejich následná evaluace
- edukace pracovníků sociálních a zdravotních služeb v komunikaci a PR aktivitách
- kontinuální zapojování a podpora uživatelů služeb a jejich rodinných příslušníků
- monitorování a vyhodnocování průběhu realizace a efektivity destigmatizačních programů

2.1.2.3.2 Projekt VIZDOM – včasná intervence u závažných duševních onemocnění

Projekt byl zahájen v dubnu roku 2018 a skončí počátkem dubna 2022, podpořen je částkou přibližně 37 mil. Kč. Jeho hlavním úkolem je prevence rozvoje duševního onemocnění a jeho sociálních dopadů včasnou detekcí prvních symptomů a podchycení raného stádia závažného duševního onemocnění. „*Cílem včasných intervencí je co nejdříve poskytnout mladému člověku a jeho blízkým odbornou pomoc. Včasné intervence zahrnují například individuální a rodinné poradenství, psychoterapii, podporu ve škole a v práci, farmakoterapii a psychoedukaci.*“ (NUDZ, 2018)

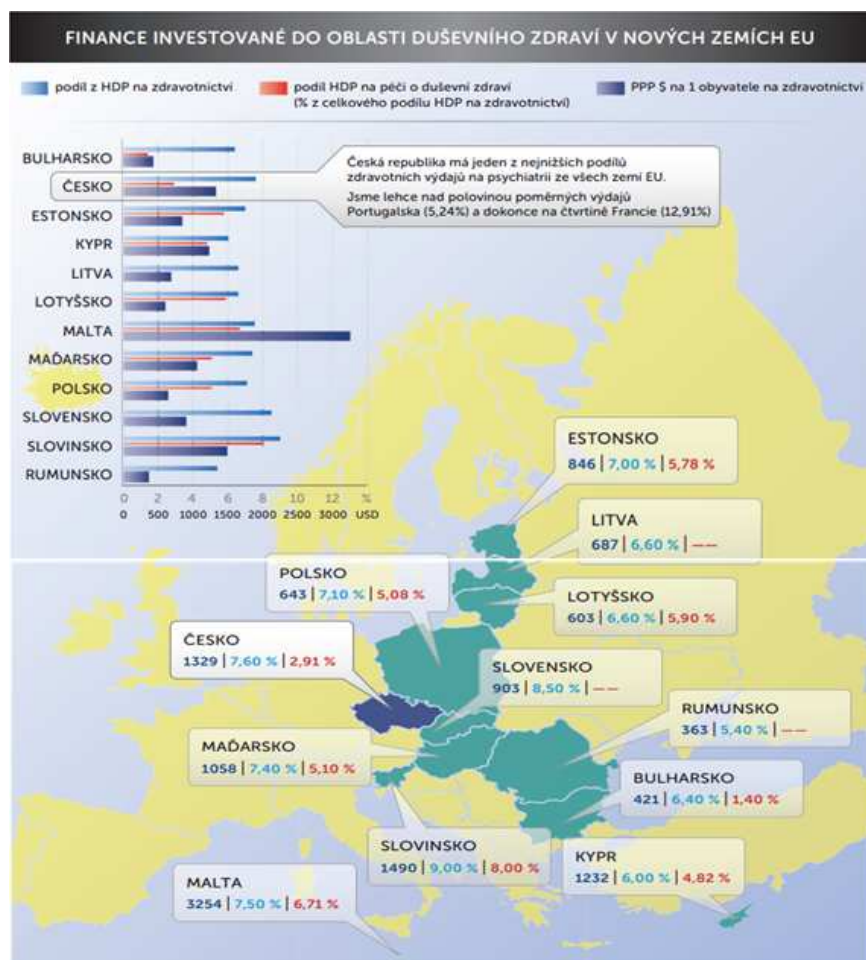
Díky projektu vznikly tři pilotní multidisciplinární týmy v Praze 8, Blansku a Plzni, které se skládají z psychiatra, klinického psychologa, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Tým pracuje ambulantně, ale především terénní formou v přirozeném prostředí klienta. „*V práci terénních týmů je důležitá i spolupráce s dalšími službami a institucemi. Zejména spolupráce s praktickými lékaři, psychiatry, školami nebo zaměstnanci úřadů může být zásadní pro včasné rozpoznávání příznaků duševních onemocnění. Součástí této spolupráce je i zvyšování informovanosti a širšího povědomí o duševních onemocněních.*“ (NUDZ, 2018)

Ze zahraničních zkušeností zemí s vyspělým systémem psychiatrické péče (UK, Švýcarsko, Dánsko, Norsko, Austrálie), je zjevný vliv včasné intervence na další průběh onemocnění, a tím celkovou kvalitu života člověka. Tento projekt má v České republice v současné pilotní podobě spíše výzkumný charakter a slouží k získání potřebných dat a podkladů, které společně se sdílenou zkušeností konkrétních týmů povedou k přípravě a realizaci detekčních opatření. Následným krokem bude evaluace a zpracování finanční analýzy, efektivity a udržitelnosti programu. Zatím se jeví jako žádoucí a efektivní, aby multidisciplinární týmy včasné intervence participovaly jako součást Center duševního zdraví.

2.1.3 ZAHRANIČNÍ PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE

Dle studie Rabocha a Wenigové z roku 2012 byla Česká republika jeden z mála států Evropské unie, která neměla vybudovaný vládní program pro péči o duševní zdraví. „Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče.“ (Raboch, Wenigová, 2012) Celkově obor psychiatrické péče ve srovnání se státy Evropské unie byl dlouhodobě finančně podhodnocený, zanedbaný a opožděný. „Z hlediska výdajů na duševní zdraví v ČR je podíl finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví okolo 2,91 % (ostatní členské země EU mezi 5–10 %), což zaujímá hodnotu 0,26 % HDP (naproti tomu v EU jsou to průměrně 2 % HDP). Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. ... Toto zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové.“ (Winkler a kol., 2013)

Obrázek 6: Finance investované do oblasti duševního zdraví v nových zemích EU



Zdroj: SRPP, MZ ČR 2013

Terst – Itálie

V roce 1971 italský psychiatr Franco Basaglio začal usilovat o uzavření místní psychiatrické nemocnice v Terstu. O sedm let později, roku 1978, byl v Itálii schválen zákon č. 180 o psychiatrické péči, který znovu definoval podmínky nedobrovolné hospitalizace, zapříčinil větší přísnost kontroly a prakticky zrušil možnost přijetí člověka do psychiatrické léčebny. Do roku 1980 vzniklo spektrum zcela nových alternativních služeb. Nyní ve městě fungují čtyři Mental Health Centres (MHC), každé pro spádovou oblast 50 – 65 tisíc obyvatel.

Terst má celkem 250 tisíc obyvatel a dohromady 40 lůžek psychiatrické péče, rozložené v MHC a jedné všeobecné nemocnici pro akutní případy. *„V lokálních centrech fungujících nepřetržitě je také místo pro denní setkávání se klientů z regionu, je tam možnost stravovat se za symbolickou částku, sídlí tam tým, který zajišťuje v regionu péči (cca 50 lidí). Zajímavostí, pro násince nepochopitelnou, je, že celý systém ctí princip otevřených dveří. To vyžaduje konstruktivní a efektivní spolupráci s policií, ale také dovednost ve vyjednávání s klienty a možnosti včasné intervence.“* (Česká a slovenská psychiatrie, 2012)

Do MHC byla integrována Univerzitní psychiatrická klinika. Dále jsou zde vybudována Rehabilitační a rezidenční střediska s různou mírou podpory, a síť sociálních družstev, která zaměstnávají lidi s duševním onemocněním – v roce 2010 jich v Terstu bylo dvanáct. Za podpory MHC, jejímž cílem je, aby jejich klienti sdíleli svoje zkušenosti, vznikají různé svépomocné aktivity a skupiny, sdružení uživatelů a jejich rodin, licencované vzdělávací workshopy apod. Oddělení zaniklé psychiatrické nemocnice jsou přebudovány na místo k bydlení. Pro ubytování lidí v krizi je zde k dispozici 110 tzv. komunitních lůžek. Kromě 72 lůžek ve společných domech jsou lůžka v MHC, konkrétně 30. Dále 4 lůžka na univerzitní klinice a 8 lůžek na akutním psychiatrickém oddělení. Délka hospitalizace člověka s duševním onemocněním v krizi se průměrně pohybuje okolo 7 dní, na akutním oddělení je doba kratší než 3 dny, protože je ihned zapojen tým MHC. (Toresini, Mezzina, 2017)

Decentralizovaný psychiatrický systém, vybudovaný na území města Terst, je založený na komunitním přístupu a rozvoji služeb, které reagují na potřeby populace. Tento jedinečný přístup, založený na zplnomocňování uživatelů, dostupnosti, možnosti volby služeb a politice otevřených dveří (open doors), se velmi odlišuje od ostatních regionů Itálie. I přes tuto lokální výjimečnost v přístupu došlo mezi lety 1978 a 1987 v Itálii ke snížení počtu hospitalizací o 53 % a uzavírání psychiatrických nemocnic pokračovalo až do roku 2000.

Jedním z hlavních přínosů reformy probíhající v Itálii od roku 1980, která zapříčinila změnu celého systému psychiatrické péče, je obrat v pochopení, *„že jedinci s vážnými duševními nemocemi*

potřebují chránit svá občanská a lidská práva coby základ k jejich uzdravení.“(Winkler a kol., 2013)

Birmingham – Velká Británie (UK)

Zdravotní péče ve Velké Británii je podobná jako v České republice – státní a bezplatná. Avšak na rozdíl od ČR je komunitní i ambulantní psychiatrická péče řízena státem a platy pro lékaře i nelékařské profese jsou tabulkově dané pro celé území UK.

K rušení velkých psychiatrických nemocnic začalo docházet již po druhé světové válce a postupně byl zaváděn systém komunitních služeb. Populace Birminghamu byla multietnická a až na několik výjimečných lokalit chudá a znevýhodněná. Hlavním hybným impulzem pro změnu systému byla zkušenost s donucovací povahou léčby černochů v zařízeních psychiatrické péče v Anglii, jež vedla k potřebě změny a vytváření nenásilných alternativních služeb, které respektují základní občanská práva a vztah k hodnotám, jak na to poukazuje indický psychiatr Sashi Sashidharan, jeden z klíčových představitelů britské psychiatrické scény: *„Při utváření strategie nebo plánu změny služeb založených na institucích jsem se odkazoval na určité historické imperativy – žijeme v době, kdy deinstitucionalizace musí představovat součást jakýchkoliv vládních politik. Také jsem poukazoval na uživatele služeb a jejich rodiny, kteří mají v rámci Evropy na změnu větší vliv než lékaři, zdravotníci profesionálové, manažeři či politici. Jedním z důležitých, ale někdy přehlížených témat je totiž potřeba nových praktik, jež by měly být založeny na hodnotách stejně jako na vědeckých poznatcích (values/evidence based practice).“* (Sashidharan, 2010)

Komunitní služby v UK jsou nejčastěji zajišťovány prací multidisciplinárních týmů Community Mental Health Team (CMHT), složených z vedoucího lékaře, který vede tým společně s manažerem týmu, sekundárního (neatestovaného) lékaře, několika komunitních psychiatrických sester, ergoterapeuta, sociálního pracovníka, psychologa, administrativního pracovníka, recepční, ošetřovatelky a sester ve výcviku. Kromě ambulantní péče navštěvují členové týmu (nejčastěji psychiatrické sestry, sociální pracovníci a ergoterapeuti) klienty/pacienty v jejich přirozeném prostředí a často také dělají doprovod při nedobrovolné hospitalizaci. Týmy fungují spádově a přijímají své klienty od spádových praktických lékařů, kteří zajišťují péči u méně závažných psychiatrických onemocnění. Porada týmu se koná jednou za týden, kde se tvoří konkrétní plány a postupy v péči o klienta a diskutují se klinické či organizační otázky. Ke sdílení dochází každodenně pomocí moderního technického vybavení každého člena týmu. Jeden takový komunitní tým zajišťuje péči o 300 – 400 klientů/pacientů (Routhu, Hosák, 2014). Postupně se však ukázalo, že nastavení CMHT je příliš univerzální a nedokáže naplňovat specifické potřeby uživatelů.

Proto začaly vznikat další specializované služby a funkční komunitní týmy pro konkrétní lokality. Například byl vytvořen tým, „*který řeší potřeby primární péče a úzce spolupracuje s komunitními organizacemi, včetně praktických lékařů...*“ (Sashidharan, 2010) Dále existují týmy krizové intervence, asertivní týmy nebo Early intervention team¹², pro mladistvé. Pro zajištění dlouhodobé psychosociální rehabilitace vznikly krizové terénní týmy pro péči v domácím prostředí (home treatment team), určené pro akutní nepřetržitou péči v případě dekompenzovaného stavu klienta/pacienta, jako alternativa hospitalizace v nemocničním zařízení.

Komunitní psychiatrické služby jsou rozděleny na složky primární a dlouhodobé péče a jsou doplněny o službu domácí léčby založené na komunitním přístupu. Dále je v UK „*vytvořen široký systém chráněného bydlení pro duševně nemocné. Existují zde rozsáhlé možnosti různých typů ubytování – od domovů s nepřetržitou ošetrovatelskou péčí a pravidelnou návštěvou psychiatra, přes jiné typy ubytování, kam sestra dochází jen během dne a kde je v noci dostupný pouze hlídač, až po domovy, kde v noci není nikdo z personálu a přes den jen hlídač. Typ ubytování se odvíjí od potřeb konkrétního pacienta. Existují specializované typy ubytování pro adolescenty, nemocné závislé na návykových látkách, s trestnou činností, úzkostnými poruchami, v krátkodobé krizi, pro pacientky s dětmi aj.*“ (Routhu, Hosák, 2014) Pro pracovní začlenění existují v UK chráněné dílny, od kterých se postupně ustupuje a zaměstnavatelé z různých oblastí jsou finančně motivováni k vytváření pracovních míst pro lidi s různým typem postižení na otevřeném pracovním trhu.

Po zkušenostech v Birminghamu nyní všechny komunitní služby v péči o duševní zdraví ve Velké Británii pracují jako jeden funkční a dobře integrovaný systém v rámci sekundární zdravotní péče pod záštitou Národního rámce služeb (National Services Framework).

V komunitní psychiatrii ve Velké Británii:

- je pacient ústředním bodem komunitní péče – schází se s pracovníky multidisciplinárního týmu a je aktivně zapojován do vyjednávání o postupu péče
- se předchází zbytečné institucionalizaci psychiatrické péče, protože pacient je podporován ve využívání vlastních zdrojů a schopností
- je nemocný léčen ve svém přirozeném prostředí, což snižuje míru stresu, a tím usnadňuje průběh rehabilitace
- je cena za péči nižší i v případě, že člen týmu navštíví svého pacienta 3x za den, oproti nepřetržité péči v nemocnici

12 Early intervention – znamená zajištění včasné a efektivní podpory dětem a dospívajícím. Řadí se mezi programy prevence a podpory při řešení široké škály životních obtíží. Přístup cílí na silné stránky a dovednosti jednotlivce a snaží se je rozvíjet. Zaměřuje se na čtyři základní aspekty dětského vývoje - fyzického vývoje, kognitivního vývoje, vývoj chování a limitů v chování, sociální a emocionální vývoj (www.eif.org.uk).

– je kladen důraz na individualizovanou péči a „ušití léčby na míru“ pro široké spektrum psychiatrických onemocnění (i u poruch osobnosti či duálních diagnóz). (Routhu, Hosák, 2014).

Jeden z faktorů, který ovlivňuje reformní snahy, je vliv systémů, ve kterých je zdravotní péče poskytována. Ve výše uvedených příkladech (Itálie, UK) je to Beveridgův model – národní zdravotní služba, ve které není oddělena zdravotní a sociální péče a zdravotnictví je hrazeno z veřejných prostředků a daní. Proto uvádím ještě příklad dobré praxe z francouzského Lille, kde je systém zdravotní péče založený na veřejném zdravotním pojištění (Bismarkovský model), podobně jako v České republice.

Východní Lille – Francie

V roce 1998 bylo východní Lille vybráno Světovou zdravotnickou organizací (WHO) za „pilotní místo komunity duševního zdraví“. Prioritou se stalo předcházet tradiční hospitalizaci tím, že celý systém péče byl integrován do komunity města a byla vytvořena síť služeb, do nichž byli zahrnuti jak uživatelé, tak jejich blízké a pečující okolí. Tento přístup přinesl nový pohled na psychiatrii jako na experimentální a inovativní oblast zdravotnictví, která respektuje lidská práva. Dochází zde ke komplexní strategii transformace zdrojů zdravotní péče a vytvoření konceptu „občanské psychiatrie“, která je založena na pěti níže rozvedených principech, jejichž implementace přináší zásadní změny v pracovních postupech v praxi. Prvním principem je uvědomění, že *„...občanská práva jsou nezczizitelná a psychické poruchy je nikdy nemohou znehodnotit. 2. Není nadále možné zaměňovat spravedlnost a psychiatrii, vězňici a nemocnici, věznění a péči. 3. Společnost – a proto i péče o duševní zdraví – se musí přizpůsobovat potřebám pacientů, ne obráceně. 4. Občanská psychiatrie ... podporuje uzavírání míst zdravotního a sociálního vyloučení. 5. Boj proti stigmatizaci a diskriminaci je zásadní...“* (Roelandt, 2008)

Hybnou silou všech následně provedených změn byla Zdravotně–psycho–sociální asociace (AMPS – Association Medico–Psycho–Sociale) z roku 1977, soukromý spolek, který spojoval všechny, jež se chtěli podílet na změně reality ústavů psychiatrie a podpořit sektorizaci oboru. Jako první vzniklo zdravotně psychologické centrum Maison Antonin Artaud, které organizovalo četná setkání nad otázkami duševního zdraví, s cílem zvýšit povědomí o problematice v populaci a odbourávat negativní image duševní nemoci. Následně *„v roce 1982 bylo založeno centrum pro služby bydlení a deinstitucionalizace Agora, specializované na rehabilitaci dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.“* (Roelandt, 2008) Po třiceti letech společné usilovné práce členů asociace AMPS, lokálních zdravotních a sociálních organizací, se podařilo vytvořit kvalitní síť

služeb na podporu lidem s duševním onemocněním.

Transformace proběhla ve dvou krocích:

1. Mezi lety 1975—1995 došlo k přesunu služeb z psychiatrické nemocnice do komunitních služeb. V roce 1975 šlo 98 % rozpočtu na celodenní hospitalizace, v roce 1995 už jen 30 %, a počet lůžek regionální psychiatrické nemocnice se snížil z 300 na 26. Struktura vzájemně propojené péče o duševně nemocné se rozkládá na území deseti měst východního Lille tak, aby byly dobře dostupné pro pacienty z této oblasti.

2. V druhém kroku v rozmezí let 1995 až 2006 probíhala decentralizace a otevření dalších psychiatrických služeb *„pomocí integrace personálu psychiatrického týmu do zdravotních, sociálních a kulturních služeb ve městě. Tato integrace s sebou přinesla i zapojení partnerů (uživatelů, rodin, volených činitelů) do rozhodování o podobě psychiatrických služeb.“* (Roelandt, 2008)

Akutní hospitalizace byly z psychiatrické nemocnice přesunuty do Všeobecné nemocnice Lille General, kde je kapacita 20 lůžek. *„V roce 2006 byla průměrná obsazenost 10 lůžek (50 %) a průměrná délka pobytu 8 dnů.“* (Roelandt, 2008)

Jako alternativa akutní hospitalizace v nemocnici začaly v roce 2000 fungovat „Terapeutické hostitelské rodiny“, kde najde pacient v akutní krizi, po konzultaci s lékařem, bezpečné zázemí. Hostitelská rodina je podporována průběžnými návštěvami zdravotnického týmu. Další alternativou akutní hospitalizace je „Intenzivní péče integrovaná do města“ – malé zařízení (5 lůžek) s možností intenzivního podpůrného pozorování. Tento krátkodobý proces umožňuje zhodnotit potřeby pacienta a vliv jeho okolí. Je zde možnost využít intenzivní pohovory se zdravotní sestrou, psychiatrické a psychologické konzultace, relaxaci a jiné aktivity. *„Tento druh intervencí zahrnuje i pečovatele z komunity – privátní sestry, praktické lékaře, lékárníky z blízkého okolí apod. Samotný tým lze ve spolupráci s psychiatrem, který je na oddělení flexibilně k dispozici, mobilizovat na celých 24 hodin pro všechny lidi, kteří do služby vstoupili. Reaguje na post-akutní situace s cílem zaručit kontinuitu léčby, a může fungovat jako místo odesílání pacientů.“* (Roelandt, 2008)

Cílem doplňujících rehabilitačních programů je kombinování péče s navazováním vztahů uživatele prostřednictvím jeho postupné integrace do města. K dosažení celkového cíle jsou klíčové tři oblasti – bydlení, zaměstnání a vyplnění volného času.

Nosnou myšlenkou změny paradigmatu při tvorbě sítě služeb komunitní péče je nemít partnery, ale být partnerem.

2.1.4 ÚSKALÍ REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Realizace reformy psychiatrické péče v České republice naráží na celou řadu mantinelů. Přestože reforma v posledních letech přinesla do jednotlivých regionů již hmatatelné výsledky, mezi vlastnosti systémů jako takových patří jejich neochota se měnit, a celý proces je tak velmi pozvolný a reálné systémové změny budou viditelné až v řádech desetiletí.

Dle rozpracovaného strategického dokumentu ZDRAVÍ 2030 *„je objektivní skutečností, že české zdravotnictví vstupuje do procesů změn organizace a integrace různých forem péče nepřipraveno. Téměř všechny hlavní segmenty péče charakterizuje více či méně oddělený systém zdravotních a sociálních služeb, jejichž propojení je těžkopádné, mnohdy s legislativními překážkami. Provedené analýzy kapacit různých kategorií poskytovatelů ukazují na nedostatečnou saturaci zdravotních a sociálních potřeb pacientů s různou mírou nutné podpory.“* (MZ ČR, ZDRAVÍ, 2030) Hlavním úskalím je nepropojenost zdravotního a sociálního systému v péči o člověka, a to legislativně i z hlediska financování. Finanční i lidské zdroje jsou alokovány do institucí, kde jsou sice zastoupeny zdravotní i sociální odborníci, avšak jejich systém péče je nastaven tak, že snižují kvalitu života osob odpíráním jejich práva na život ve vlastním sociálním prostředí. Jeden z cílů Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2016 – 2025 je věnován zdravotně – sociálnímu pomezí především v nastavení systému péče o osoby závislé na dlouhodobé péči (Sociální politika, 2017).

Financování samotné zdravotní psychiatrické péče je též velký problém. Jak je popsáno v kapitolách výše, výkony psychiatrické ambulance a zdravotní části multidisciplinárního týmu CDZ se vykazují kódy na pojišťovnu. Akutní lůžková péče je financována DRG systémem a následná péče v psychiatrických nemocnicích je hrazena formou lůžko/den, přičemž po půl roce je snížena denní sazba. Velmi často pak ale dochází k „virtuální změně lůžek“ – překládání pacientů tak, aby to bylo pro zařízení výhodné. Např. 30 dní na akutních lůžkách, půl roku následná péče, pak náhlé zhoršení stavu – zpět na měsíc na akutní lůžko a opět půl roku na následnou péči atd. Řešením by byly ze strany pojišťovny namátkové kontroly vykazování u konkrétních pacientů (Papežová, 2017).

Pokrytí poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb je v jednotlivých regionech velmi rozdílné, řada sociálních služeb v některých okresech zcela chybí (MZ ČR, ZDRAVÍ 2030).

S tím také souvisí nedostatek lékařů psychiatrů a dalšího odborného personálu. Populace lékařů stárne, a pro práci v oblasti psychiatrie se rozhodne jen velmi malé množství absolventů lékařských fakult, protože se jedná o nepopulární, stigmatizovanou a dlouho opomíjenou oblast zdravotnictví. Před lety byla také zrušena specializace pro obor „psychiatrická sestra“, jejíž pozice

má v reformě psychiatrické péče klíčové postavení. Obecně se dá říci, že pregraduální vzdělávání a absence benefičních a motivačních vzdělávacích programů je dlouhodobým a palčivým problémem.

Dalším problémem je absence opěrného bodu – koordinátora či průvodce systémem, který se orientuje ve zdravotní i sociálních oblastech, zná prostředí dostupných odborníků a institucí v regionu a přispívá k efektivní organizaci péče o každého jednotlivého klienta/pacienta.

Aktuální překážkou v realizaci dalších připravovaných kroků reformy je pandemie COVID 19, která s sebou přinesla změnu priorit v péči o zdraví české populace. Dále je pak problémové časté střídání ministrů zdravotnictví a celkový nouzový stav, ve kterém se „čas zastavil“. Proto také termín konání konference s názvem „Vidíme již novou podobu péče o duševní zdraví?“ byl přesunut na jaro 2021 (reformapsychiatrie.cz).

2.2 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V PLZEŇSKÉM KRAJI

Hlavním cílem Koncepce psychiatrické péče Plzeňského kraje 2016 – 2023 je „*podílet se na realizaci reformy psychiatrické péče v České republice; zvýšit dostupnost, komfort a propojení poskytovaných zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Plzeňského kraje vybudováním sítě zdravotních a sociálních služeb a současně humanizovat a destigmatizovat psychiatrickou péči.*“ (MMR, 2020)

Dále je popsáno 6 dílčích cílů:

1. Podpora spolupráce zdravotní a sociální péče a služeb poskytovaných lidem s DO.
2. Rozvoj terénních služeb s cílem podporovat osoby s DO v jejich přirozeném prostředí a předcházet zbytečným hospitalizacím.
3. Založení Center duševního zdraví (CDZ) za podpory ESF v Plzni a Klatovech a podpora modernizace stávajících ambulantních a lůžkových kapacit zdravotních služeb. V regionech se špatnou dostupností služeb podpořit vznik rozšířené psychiatrické ambulance (ARP) – Tachov. Modernizace prostor psychiatrické kliniky FN Plzeň a psychiatrického oddělení Klatovské nemocnice, a. s.
4. „*Destigmatizace duševního onemocnění a oboru psychiatrie, především rozvojem aktivit směřujících k systematické dlouhodobé edukaci pacientů, jejich rodinných příslušníků a laické i odborné veřejnosti o složité problematice psychiatrických poruch a jejich léčení. Systematicky informovat odbornou i širokou veřejnost o principech i jednotlivých prvcích krajské sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním, vzděláváním a veřejnými akcemi mediálně podporovat destigmatizaci.*“ (MMR, 2020)
5. Motivace k otevřenosti poskytovatelů zdravotních i sociálních služeb k osobám s DO.
6. Rozvíjení služeb podpory bydlení, vzdělávání a zaměstnávání osob s DO v kraji.

Za implementací systémových změn reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji stojí krajská řídicí skupina s koordinátorkou Mgr. Klárou Vyletovou.

Garantem pro zdravotní oblast Doc. MUDr. Jan Vevera, Ph. D., přednosta psychiatrické kliniky FN Plzeň, pro sociální oblast Plzeňského kraje je to Mgr. et Mgr. Martin Fojtíček, zakladatel NNO Ledovec z.s. Dalšími členy týmu jsou vedoucí sociálního a zdravotního odboru Magistrátu města Plzeň, zástupci zdravotních pojišťoven, ředitel PN Dobřany, vedoucí CDZ Plzeň, vedoucí služeb NNO Ledovec, primář Psychiatrické kliniky FN Plzeň, zástupci projektů

Destigmatizace a Zavádění multidisciplinárního přístupu, dva manažeri kvality, transformační specialistka a sociálně–zdravotní pracovník z PN Dobřany.

Vedle tohoto týmu se čtvrtletně schází pracovní skupina zaměstnanců reformy složená z některých členů Krajské řídicí skupiny, a navíc jsou zde přítomny tzv. Malé metodičky zavádění multidisciplinárního přístupu z PN Dobřany a NNO Ledovec. Velkou metodičkou pro zavádění multidisciplinárního přístupu v Plzeňském kraji je Bc. Zuzana Fišarová (komunikace s Mgr. Klárou Vyletovou, 2020).

K tématům by měly být vytvořeny ještě *„širší pracovní skupiny, ve kterých se setkávají zástupci státní správy, samosprávy, poskytovatelů i příjemců péče (případně jejich blízkých), propojovat a vzdělávat tyto skupiny zapojené do reformy psychiatrie, diskutovat ve skupině regionální výzvy reformy a poskytovat podklady pro rozhodování koordináčnímu týmu.“* (MMR, 2020)

V Plzni se konaly již dvě mezinárodní psychiatrické konference: 1. česká mezinárodní konference o Recovery v lednu roku 2017 v Moving station pod záštitou Ing. Mileny Stárkové, radní Plzeňského kraje pro oblast zdravotnictví, Mgr. Zdeňka Honze, radního Plzeňského kraje pro oblast sociálních věcí a Doc. Jiřího Berana, přednosta Psychiatrické kliniky FN Plzeň. Druhá s názvem RECOVERY 2020, a to 11. a 12. února 2020 v prostorách DEPO 2015. Obě konference pořádala NNO Ledovec.

Rok 2020 je poznamenán virovou pandemií COVID 19 na všech úrovních, ani v oblasti psychiatrie tomu není jinak. Společenské akce – kulturní, vzdělávací, podpůrné – jsou pozastaveny. Také 36. konference sociální psychiatrie, která se měla konat v listopadu 2020 v hotelu Vienna House, je přesunuta na 16. – 18. září 2021.

2.2.1 SLUŽBY PSYCHIATRICKÉ PÉČE V PLZEŇSKÉM KRAJI

Mezi velké zdravotní organizace v péči o duševní zdraví v Plzeňském kraji se řadí PN Dobřany, Psychiatrická klinika FN Plzeň a Psychiatrické oddělení Klatovské nemocnice. Instituce doplňují ordinace ambulantních psychiatrů a psychiatrické ambulance. Také v Plzeňském kraji je však atestovaných psychiatrů i nelékařského zdravotního personálu velký nedostatek a jejich péče je dostupná pouze ve větších městech.

Síť sociálních služeb pro různé cílové skupiny je v Plzeňském kraji bohatě zastoupena, v září 2020 oslavily komunitní služby v Plzeňském kraji 30 let svého fungování. Jedinou organizací, která se od roku 2001 zabývá sociální podporou a rehabilitací lidí s duševním onemocněním je NNO Ledovec z.s.

2.2.1.1 NNO LEDOVEC, Z.S.

Ledovec je nezisková organizace, registrovaná právní formou jako zapsaný spolek, který založili v roce 2001 manželé Fojtíčkovi. Za poslední roky se Ledovec vyprofiloval jako hlavní poskytovatel služeb pro lidi s duševním onemocněním v Plzeňském kraji. NNO Ledovec *„nabízí lidem s duševním onemocněním a/nebo mentálním handicapem z plzeňského regionu podporu při udržování a zlepšování kvality jejich života v běžných podmínkách.“* (ledovec.cz) Je poskytovatelem pěti sociálních služeb – Sociální rehabilitace Plzeň – venkov, Odborné sociální poradenství, Krizová telefonická linka, Chráněné bydlení a Housing First (HF). V současné době je zde zaměstnáno přes 80 pracovníků různého odborného zaměření.

Organizace je zapojena do všech projektů v rámci Reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji. V dubnu 2019 Ledovec zahájil provoz CDZ Plzeň a v lednu 2021 CDZ Klatovy. Mimoto poskytuje akreditované vzdělávací programy pod hlavičkou „Pomocná škola“, programy prevence s názvem „Blázníš, no a?“ a další projekty jako „Cirkus Paciento“, „Recovery/Zotavení“, nebo podporované vzdělávání „Blázním, tedy jsem“.

2.2.1.2 PSYCHIATRICKÁ KLINIKA FN PLZEŇ

Psychiatrická klinika byla zřízena v 50. letech minulého století a od 80. let je součástí Fakultní nemocnice Plzeň na Lochotíně. „*Poskytuje pomoc pacientům všech věkových skupin včetně dětí a věnuje se celému spektru duševních poruch. Usiluje o to, aby disponovala všemi standardními léčebnými postupy v oboru, které představuje nejen bohaté spektrum psychofarmak, ale také četné psychoterapeutické postupy.*“ (fnplzen.cz/psych) Tyto dvě složky se vzájemně doplňují při individuálně nastavené péči o každého pacienta.

Přednostou psychiatrické kliniky je Doc. MUDr. Jan Vevera.

Klinika se podílí na akreditovaném vzdělávání specializační průpravy v oboru psychiatrie, návykových nemocí a dětské a dorostové psychiatrie. Spolupracuje se studenty na LF UK v Plzni i s dalšími obory na ZČU a Institutem postgraduálního vzdělávání.

Psychiatrická klinika provozuje oddělení:

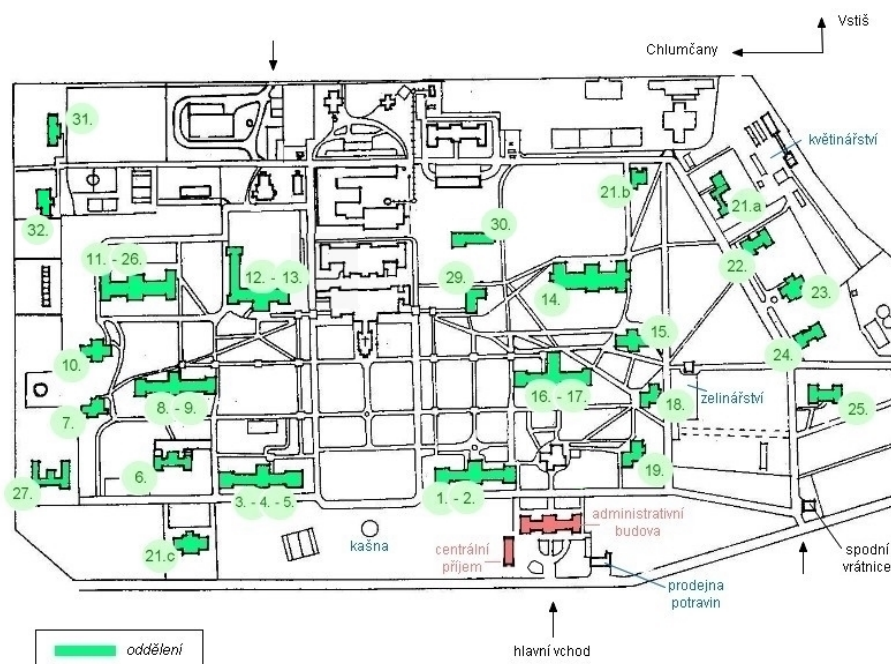
- Všeobecné ambulance
- Dětské a dorostové ambulance
- Ambulance pro léčbu závislostí
- Sexuologická ambulance
- Psychosomatická ambulance
- Oddělení pro léčbu návykových nemocí s detoxikační jednotkou
- Lůžkové oddělení pro děti a dorost
- Oddělení psychiatrické rehabilitace
- Denní psychoterapeutický stacionář

2.2.1.3 PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE DOBŘANY

V roce 1874 rozhodl Český zemský sněm o vytvoření nového ústavu pro duševně nemocné o kapacitě 500 nemocných na území západních Čech. V současnosti je Psychiatrická nemocnice v Dobřanech státní příspěvkovou organizací v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví a druhou největší psychiatrickou nemocnicí v ČR. „Organizace je odborným lůžkovým zdravotnickým zařízením, zabezpečujícím především dlouhodobou léčbu a léčebnou rehabilitaci psychicky nemocných pacientů všech věkových kategorií v návaznosti na akutní psychiatrickou léčbu. Diferencování péče je zajištěno prostřednictvím specializovaných oddělení – pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie, odd. pro léčbu závislostí, odd. interní pro somaticky zhoršené psychiatricky léčené pacienty.“ (pnvd.cz) Jsou zde vykonávány ochranné léčby a hospitalizace osob v rámci soudně znaleckého pozorování. Nemocnice dále zajišťuje interní i externí (Plzeň – poliklinika Bory a Přeštice) ambulantní péči lékařů specialistů, psychoterapii a intervence klinického psychologa, ergoterapii a arteterapii.

Budovy psychiatrické nemocnice se nacházejí v areálu parku na okraji města Dobřany. Nemocnice je rozdělena na 13 primariátů a 30 psychiatrických oddělení. Ke konci roku 2018 čítala 1134 zaměstnanců a celkový počet lůžek následné péče pro pacienty činil 1213 (komunikace s Mgr. Markétou Česalovou – sekretariát ředitele PN Dobřany). Ředitelem instituce je prim. MUDr. Petr Žížka.

Obrázek 7: Orientační plán PN Dobřany



Zdroj: www.pnvd.cz

2.2.1.4 OSTATNÍ SLUŽBY PSYCHIATRICKÉ PÉČE V PLZEŇSKÉM KRAJI

Služeb, které na území Plzeňského kraje podporují lidi se zkušeností s duševním onemocněním, není mnoho. Regionální pokrytí je velmi „děravé“. V Plzni, hlavním městě pro tento region, se, mimo výše zmíněných, nacházejí tyto služby:

- Regionální institut duševního zdraví (RIDZ) – instituce nabízí individuální, párovou či skupinovou psychoterapie s širokou paletou psychoterapeutických přístupů. Poskytuje „odbornou ambulantní péči v oblasti duševního zdraví – psychiatrie, klinická psychologie a systematická psychoterapie. Smyslem a cílem není pouze odstranění příznaků, ale také pomoc nalézt a odstranit překážky, které brání žít zdravou a smysluplnou existencí.“ (ridzplzen.cz) Jsou zde zaměstnáni psychiatři a kliničtí psychologové s dlouholetou praxí.
- Plus pro lidi v krizové situaci – provozuje Diakonie ČCE – terénní krizová služba s širokým zastoupením cílových skupin
- Terénní krizová služba – Diecézní Charita Plzeň – terénní krizová služba s širokým zastoupením cílových skupin
- Spolek Ulice Plzeň – zařízení pro léčbu závislostí
- Občanské sdružení Krystal – svépomocná organizace

Ostatní města a obce v kraji jsou na tom se zdravotními či sociálními službami, zabývajícími se duševním onemocněním, podstatně hůře. Jejich výskyt je spíše nárazový:

- Psychiatrické oddělení Klatovské nemocnice
- Fokus Písek – pobočka Sušice – skončila svůj provoz ke konci roku 2020.
- Vida, z.s. – celorepubliková organizace, která podporuje proces destigmatizace osob s duševním onemocněním formou rehabilitace, vzdělávání, kulturních a společenských akcí a rozvojem uživatelských hnutí
- SOS Domažlice – provozuje Diecézní charita Plzeň, ambulantní a terénní forma sociální rehabilitace, krizová pomoc
- Komunitní centrum Horšovský Týn – provozuje Diecézní charita Plzeň, ambulantní a terénní forma sociální rehabilitace, krizová pomoc
- Sociálně terapeutické dílny sv. Josefa, Meclov – provozuje Diecézní charita Plzeň

Psychologické ambulance nalezneme dle Národního portálu psychiatrické péče v Plzni (10 zařízení), v Klatovech (3 zařízení), po jednom zařízení v Domažlicích, Sušici, Rokycanech, Tachově a Stříbře. V Plzeňském kraji je registrovaných 67 psychiatrických ambulancí (psychiatrie.uzis.cz). Přibývá model sdružených psychiatrických ambulancí s právní formou společnosti s ručením omezeným, kde pracuje na jednom místě více psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů.

2.2.2 VÝSLEDKY TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE V PLZEŇSKÉM KRAJI V ROCE 2020

Přínos transformace psychiatrické péče v Plzeňském kraji jsem rozčlenila dle jednotlivých výše rozepsaných projektů:

1. Projekt Deinstitutionalizace v Psychiatrické nemocnici Dobřany zapříčinil snížení počtu lůžek následné péče o celkových 118. Od roku 2020 má PN Dobřany 55 lůžek akutní péče (komunikace s Mgr. Markétou Česalovou – sekretariát ředitele PN Dobřany).

Další deinstitutionální přeměnu prodělaly Domovy pro osoby se zdravotním postižením ve Zbůchu a Stodě. Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch vytvořilo 3 skupinová chráněná bydlení ve Zbůchu, Chotěšově a Plzni a dalších 8 individuálních míst chráněného bydlení v Plzni.

Centrum sociálních služeb Stod, p.o. v rámci deinstitutionalizace zajistil vznik 18 nových domácností v rodinných domech ve Staňkově, Holýšově, Stodu, Chotěšově, Dnešicích, Nýřanech, Tlučné a Vejprnicích, s celkovou kapacitou 97 klientů. Pro další klienty nechali zrekonstruovat 17 bytů v běžné zástavbě v Holýšově, Stodu a Nýřanech.

NNO Ledovec zahájil projekt Housing First, v rámci kterého, ve spolupráci s bytovým odborem Magistrátu města Plzně, poskytne podporu pro „*dlouhodobé udržení a další osobní rozvoj nejméně 10 lidem s vážným duševním onemocněním v situaci bytové nouze. Dále připraví podmínky pro udržitelnost a rozvoj programu HF v Plzni a okolí.*“ (www.ledovec.cz)

Ve FN Plzeň probíhá výstavba nového pavilonu psychiatrie, jako samostatné budovy, s vyhovujícími podmínkami pro moderní postupy oboru psychiatrie. Výstavba je označena za největší finanční položku reformy psychiatrické péče.

2. Projekt Multidisciplinární spolupráce přinesl setkávání komunitního týmu s lékaři a sestrami na Psychiatrické klinice FN Plzeň. Dále jsou realizovány stáže napříč organizacemi zabývajícími se péčí o duševní zdraví po celé České republice.

Vedoucí projektu Zavádění multidisciplinární spolupráce pro Plzeňský kraj neboli „velká metodička“ je Bc. Zuzana Fišarová. Dále byly jmenovány 3 tzv. „malé metodičky“, pro zavádění multidisciplinárního přístupu v kraji, a to manažerka sociálních služeb organizace Ledovec z.s. Mgr. et Mgr. Drahomíra Franzová, zdravotně – sociální pracovnice psychiatrické kliniky FN Plzeň Mgr. Pavla Faboková a dvě sociální pracovnice z PN Dobřany p. Kutačová a p. Gütterová.

3. Projekt Podpora nových služeb přinesl vznik dvou Ambulancí s rozšířenou péčí (ARP) v Plzni. Jedna pod vedení MUDr. Františka Soukupa, který s provozem započal v lednu 2021 a druhá ARP pod záštitou MUDr. Luboše Janů, Ph.D., který již pilotní provoz zahájil. Spolek ULICE Plzeň sestavil multidisciplinární tým pro adiktologické klienty/pacienty.

Na základě Velké Norské grantové výzvy se aktuálně jedná o vytvoření multidisciplinárních terénních týmů pro dětské a gerontopsychiatrické klienty/pacienty.

Pod hlavičkou PN Dobřany bude intervenovat multidisciplinární forenzní tým pro klienty/pacienty s ochrannou léčbou.

4. Projekt Centra duševního zdraví I, II, III přinesl v druhé vlně projektu v dubnu roku 2019 otevření prvního CDZ pro Plzeň–město, a to fúzí služby sociální rehabilitace Ledovec a Psychiatrie–ambulance s.r.o., která ve čtyřech ambulancích poskytuje péči prostřednictvím pěti psychiatrů. Kromě psychiatrické péče poskytuje péči psychoterapeutickou, a má uzavřené smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami.

Od ledna 2021 byl zahájen provoz druhého CDZ v Klatovech pro oblast Klatovy, Domažlice a Horšovský Týn. Sociální část multidisciplinárního týmu zajišťují pracovníci sociální rehabilitace Ledovec a zdravotní sekce je zaštitěna provozem Psychiatrie–ambulance s.r.o.

5. Projekt Destigmatizace zapříčinil vznik několika malých projektů, jako například:

Nevypuť duši, s programy pro středoškoláky, učitele a firmy. Jejich posláním je nebát se mluvit o duševním onemocnění a otevřeně sdílet svoje příběhy a zkušenosti. Cílem je podpořit prevenci, bořit mýty a ukázat široké veřejnosti, jak pečovat o svoje duševní zdraví.

Preduka – jednodenní program pro rodiny a blízké lidí s psychotickým onemocněním. Přibývá míst, kde je program uveden.

Život za zdí – cyklus dokumentárních videí pro širokou veřejnost, ve kterých jsou otevřeny

citlivé otázky z oblasti psychiatrie, zachyceno prostředí psychiatrických nemocnic a ambulancí psychiatrů. Lidé zde otevřeně sdílejí svoje zkušenosti s různými typy duševních onemocnění, léčbou a terapeutickými postupy. Video jsou dostupná na www.youtube.com

To se ví – spolek lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním v Plzni – svépomocná skupina. Psychiatrická klinika Lochotín zahájila tvorbu internetových stránek s přehledem sociálních a zdravotních služeb v kraji – www.muymindset.cz.

6. Projekt Včasné intervence přinesl do Plzně možnost sestavení malého multidisciplinárního týmu v rámci projektu VIZDOM, který se skládá z psychiatra MUDr. Petra Lejčka, klinické psycholožky Anežky Fialkové, zdravotní sestry Bc. Petry Zárybnické a sociálního pracovníka Mgr. Marka Rubriciuse.

2.3 ZAPOJOVÁNÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ DO KOMUNITNÍ SÍTĚ

Mezi práva pacienta, dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, patří registrace u všeobecného praktického lékaře (PL), jehož základní funkcí je propojení pacienta se specializovanou lékařskou péčí. Kromě zdravotních úkonů, jako je preventivní prohlídka, předepisování léků nebo aplikace očkování, zahrnuje jejich práce mnoho administrativních činností. Mezi ně patří například vydávání žádanek na speciální vyšetření, vydávání pracovních neschopenek a potvrzení o péči o osobu blízkou, vedení zdravotní dokumentace a poskytování jeho výpisů, vydávání potravinářských průkazů, doporučení pracovní nebo pedagogické rehabilitace atd. Odborná péče PL je v ČR hrazena ze zdravotního pojištění. Praktičtí lékaři jsou odměňováni kombinovanou kapitačně–výkonovou platbou. Kapitační sazba i bodová hodnota jednotlivých výkonů jsou dány úhradovou vyhláškou MZ ČR pro daný rok¹³.

Komplexní a kvalitně fungující systém péče o osoby s duševním onemocněním vyžaduje spolupráci s dalšími zdravotními i sociálními službami v konkrétním regionu. *„Klíčová je spolupráce s lékaři primární péče, zejm. s praktickými lékaři pro dospělé. Tato spolupráce by měla lépe propojit psychiatrickou a primární péči a vést k lepší organizaci zdravotního systému. Je známo, že péče o somatické zdraví (včetně stomatologického) je zvláště u pacientů s duševním onemocněním často více zanedbávána, než je tomu u majoritní společnosti.“* (MZ ČR, Základní principy péče poskytované ARP, 2019)

Díky průniku zaměření dvou projektů MZ ČR – Podpora vzniku nových služeb pro duševně nemocné a zavádění multidisciplinárního přístupu – byl vytvořen nový typ ambulantní služby pro lidi s duševním onemocněním s přesahem terénní a psychoterapeutické práce. Jedná se o Ambulance s rozšířenou péčí (ARP), kterým je věnována kapitola 2.1.1.4.1.

ARP má vlastní Metodiku programu podpory vzniku, vypracovány byly také Základní principy péče poskytované multidisciplinárními týmy ARP, ale vytvořena byla také Metodika pro spolupráci ARP a praktických lékařů (PL). Jedná se o zcela novou mezioborovou spolupráci s cílem zlepšení organizace zdravotního systému u psychiatrických pacientů. *„Psychiatr by měl provést diagnostiku a indukovat léčbu tak, aby praktický lékař měl již v péči stabilizovaného pacienta.“* (MZ ČR, Metodika pro spolupráci ARP a PL, 2019) V metodice je definován přesný postup, jak by mělo probíhat předávání pacienta, a to vždy s jeho souhlasem. Dále metodika obsahuje základní specifikaci nejčastějších typů duševního onemocnění a je zde uvedeno několik diagnostických škál a rychlého hodnocení psychického stavu pacienta, které mohou PL pomoci při rozhodování o dalším postupu péče.

¹³ pro rok 2020 je to vyhláška č. 268/2019 Sb. (www.vzpj.cz), cit. dne 30.4.2021

Příkladem funkční spolupráce je zavedená komunitní péče ve Velké Británii, kde je podobný problém s nedostatkem atestovaných psychiatrů jako v ČR. A proto „*praktický lékař doporučí pacienta k vyšetření, psychiatrický tým nemocného pak vyšetří a navrhne medikaci. Pokud je pacient po několika kontrolách psychiatrickým týmem v remisi, propustí jej zpět do péče praktického lékaře. Ten pak pokračuje v pravidelné preskripci antidepresiv či antipsychotik, případně současně monitoruje metabolický syndrom a EKG, jak je doporučeno ve vodítkách psychiatrické péče. Pokud se stav pacienta časem zhorší, praktický lékař jej pošle znovu k psychiatrovi.*“ (Routhu, Hosák, 2014) Ukazuje se, že tímto postupem dochází ke snižování počtu pacientů, vyžadujících dlouhodobou léčbu, na jednoho psychiatra.

Navíc „*PL má významné místo v rozpoznávání (detekci) duševních onemocnění. Má důležitou roli v odkrývání skryté psychiatrické nemoci – v identifikaci depresivních, úzkostných a psychosomatických poruch či včasné detekci psychóz nebo závislostí na alkoholu.*“ (MZ ČR, Metodika pro spolupráci ARP a PL, 2019) Z velké míry může PL zajišťovat péči o pacienta s duševním onemocněním v kompenzovaném stavu. „*Možností je i tak zvaná “joint work”, tedy paralelní práce, respektive asistence týmu ARP praktickému lékaři podle potřeby, a to zejména v situaci, když je již pacient z péče týmu propuštěn, ale i v situaci, kdyby do péče týmu ani vstoupit nemusel, díky dobrému vedení praktickým lékařem, respektive díky odborné podpoře ze strany týmu ARP.*“ (MZ ČR, Základní principy péče poskytované ARP, 2019)

Překážkou je, že „*v současné době se mnoho PL necítí být dostatečně kompetentními v péči o osoby s duševním onemocněním. Dále je třeba říci, že péče o tyto pacienty je časově náročná.*“ (MZ ČR, Metodika pro spolupráci ARP a PL, 2019)

V neposlední řadě se objevují otázky, jak řešit finanční stránku mezioborové spolupráce v systému zdravotní péče České republiky, když významná část příjmu PL je založena na kapitální platbě.

V rámci pilotního projektu ARP je zapotřebí ověřit pracovní zátěž kladenou na PL v závislosti na náročnosti péče o pacienty s duševním onemocněním. K tomuto účelu byl zaveden tzv. signální výkon, který vykazuje PL po ošetření pacienta s duševním onemocněním. „*Tento signální výkon by mohl vést k hledání cesty, jak bonifikovat PL, který převezme tyto náročné pacienty do péče.*“ (MZ ČR, Metodika pro spolupráci ARP a PL, 2019)

Předpokladem zajištění kvalitní zdravotní péče pacientovi s obtížemi v duševním zdraví je oboustranná ochota a kvalitní spolupráce mezi PL a ARP. V praxi to znamená zajištění podpory a pomoci praktickému lékaři formou telefonické konzultace, pro kterou bude v ARP vyhrazen speciální čas. V urgentních případech se PL může obrátit na centra krizové intervence. Dále může být spolupráce zajištěna zdravotní sestrou pro péči v psychiatrii, „*kteřá je schopná posoudit*

aktuální psychosociální potřeby pacienta jak v jeho přirozeném prostředí, tak přímo v ambulanci PL, kam by mohla být přivolána, aby zhodnotila, zda pacient potřebuje či nepotřebuje bezprostřední intervenci psychiatra, ev. by poskytla pacientovi krizovou intervenci, edukaci, poradenství nebo by s využitím místních zdrojů zprostředkovala spolupráci s jiným odborným zdravotnickým zařízením.“ (MZ ČR, Metodika pro spolupráci ARP a PL, 2019)

Pro fungující a kontinuální kooperaci jednotlivých subjektů bude zapotřebí stanovit tzv. regionálního konzultanta, člověka, který bude mít přehled o sociálních, zdravotních a zdravotně–sociálních službách v regionu, sestaví plán komunitní sítě a bude svolávat pravidelná setkání zástupců ARP a registrujících PL za účelem edukace v psychiatrické problematice a sladění jazyka, postupů a metod v rámci mezioborové spolupráce. *„Nedílnou součástí vzdělávání by měly být aktuální informace o již existujících službách (včetně nově vznikajících) v daném regionu (zdravotních, sociálně–zdravotních a sociálních) jako jsou spádové komunitní týmy (CDZ), denní stacionáře, psychoterapeutické služby, sociální odbory, chráněná bydlení či zaměstnání, krizové služby apod.“ (MZ ČR, Metodika pro spolupráci ARP a PL, 2019)*

Výše popsany způsob spolupráce je efektivní a žádoucí. Pro plnohodnotnou realizaci a zavedení do praxe je potřeba motivovat zúčastněné prostřednictvím zdravotních pojišťoven (MZ ČR, Základní principy péče poskytované ARP, 2019). Ale zároveň hledat i další způsoby, jak v aktérech budít zájem o sdílení a spolupracování s odborníky z jiných profesí, za účelem společného cíle v péči o klienta/pacienta s duševním onemocněním.

Navázáním spolupráce mezi ARP a PL dochází k vytváření komunitní sítě na třetí úrovni multidisciplinárního přístupu. Dalším důležitým krokem je navazování spolupráce PL s dalšími organizacemi, které se zabývají péčí o duševní zdraví v regionu, a kromě zdravotní péče zajišťují svým klientům sociální podporu (doprovody na úřady, soudy, vyřizování sociálních dávek, bydlení, zaměstnání...).

Síťování je pro sociální pracovníky v mnoha případech nezbytnou součástí jejich práce. *„Kompaktní řešení problémových životních situací klientů totiž vyžadují spolupráci mnoha odborníků z různorodých oblastí.“ (Sociotrendy, 2015)* Ve zdravotnickém prostředí je však mezioborová spolupráce spíše výjimečným jevem. Často z důvodu nedostatečného rozhledu mimo svůj obor a předsudků zdravotnických pracovníků k sociální práci se objevuje řada překážek a problémů v procesu snahy o kooperaci. *„Pro některé odborníky je obtížné přijmout rovnocennost mezi jednotlivými subjekty sítě a jejich zástupci.“ (Sociotrendy, 2015)* Spolupráce je vždy závislá na konkrétních lidech a ti jsou v mnoha případech ovlivněni špatnou zkušeností (mnohdy ale ne svoji vlastní) nebo dlouhodobě rigidně nastaveným přístupem k vykonávání svých pracovních povinností.

Řešením zmíněných překážek by mohla být výchova v novém přístupu již v procesu vzdělávání, tedy zavedení podpory síťování do studijních osnov nebo vytvoření destigmatizačních programů např. formou workshopů či „kulatého stolu“, při kterém může dojít k vyjasnění rolí a kompetencí jednotlivých odborníků se společným cílem pomoci a podpory.

Hlavní úlohu v motivaci k zajištění udržitelné a kvalitně fungující sítě hraje koordinátor. Ten využívá motivačních prvků, které zvyšují ochotu jednotlivých subjektů ke spolupráci.

Mezi motivační prvky síťování patří:

- vhodné vysvětlení přínosu vytvořené sítě
- definice činností, které jsou k vytvoření sítě vyžadovány
- ujasnění kompetencí, kterými může daný subjekt přispět
- vysvětlení, že se jedná o společné úsilí a cíl všech aktérů
- vyjasnění pozice, práv a povinností a způsobů, jak může konkrétní aktér přispět
- připomenutí důležitosti a nepostradatelnosti konkrétního subjektu pro spolupráci.

Z pohledu Total quality managementu (TQM) v péči o duševní zdraví je klíčových pět konceptů:

1. „Totální“ – neboli potřeba, aby se na systému péče podíleli všichni potřební odborníci tak, aby poskytované služby naplňovaly požadavky uživatelů. Předpokladem naplňování tohoto konceptu je „*neustálé zlepšování ve jménu celé společnosti*“ (Žaludek, 2020).

2. Kvalita – tedy stav, kdy dojde ke shodě požadavků uživatele a tím, že jejich naplnění začne vnímat sám uživatel.

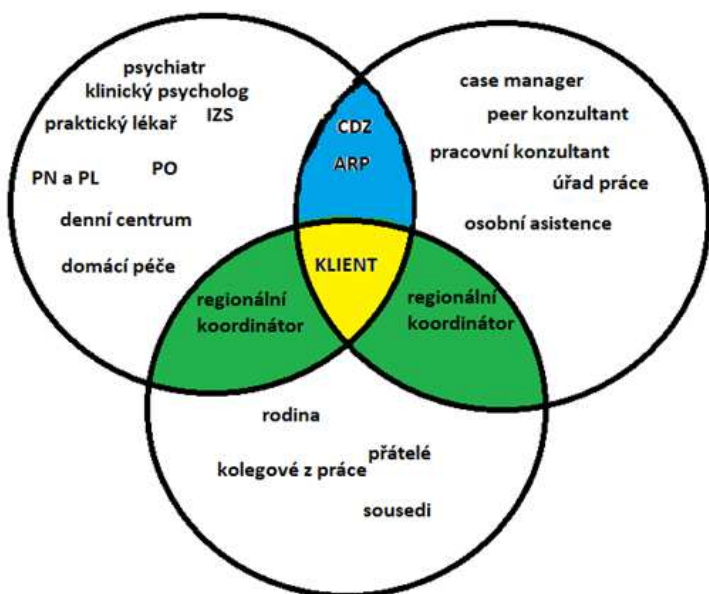
3. Zákazník – tento koncept je rozdělen na dvě rozdílné skupiny – interní a externí zákazníci. Interní zákazníci jsou uživatelé služeb, jejichž potřeby mají být naplňovány. V psychiatrii je velmi složité definovat kvalitu péče z pohledu uživatele, protože klienti/pacienti si často svoji nemoc vůbec nepřipouštějí, a tedy dostávají péči, o kterou nestojí. Kvalita práce interních zákazníků, neboli zaměstnanců, je závislá na očekávání ostatních zaměstnanců, kteří svojí činností navazují na již odvedenou práci.

4. Proces nebo tok pracovních činností – navazuje na předchozí koncept. Pokud je každá odborná intervence provedena kvalitně a správně, dochází ke společné efektivní bezpečné práci bez prostojů.

5. Posílení kompetencí – a s tím související odpovědnosti zaměstnance, který se „stává vlastníkem procesu i jeho uživatelem. Má kompetence jej řídit a usměrňovat, strážít vstupní bránu proti nekvalitním výstupům z jiných procesů, ale je také odpovědný za to, aby jeho vlastní proces poskytoval žádoucí výsledky.“ (Žaludek, 2020)

„Základem úspěšné sítě je vzájemná komunikace, která směřuje k pozitivní spolupráci zaměřené na klienta.“ (Sociotrendy, 2015)

Obrázek 8: Příklad komunitní sítě



Zdroj: vlastní

2.3.1 SWOT ANALÝZA ZAPOJOVÁNÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ DO PSYCHIATRICKÉ PÉČE

<p><u>Silné stránky</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – kvalitní, komplexní a kontinuální péče o pacienta – včasná detekce a diagnostika psychických obtíží – Early intervention – projekt VIZDOM – příklady dobré praxe ze zahraničí – péče zajištěná v přirozeném prostředí pacienta – holistický přístup péče – spolupráce a komunikace zdravotníků a sociálních služeb v regionu – standardizované testy a škály pro určení psychického onemocnění 	<p><u>Slabé stránky</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – chybí systém finanční odměny pro PL – nízká motivace PL pro spolupráci se speciality v oblasti duševního zdraví – nedostatek atestovaných psychiatrů a kvalifikovaného personálu – nízký zájem PL o problematiku – velká časová náročnost péče PL – nový objem znalostí v oblasti duševního zdraví – absence odbornosti a zkušeností PL v oblasti duševního zdraví – rozdílné hodnoty, orientace a postupy
<p><u>Příležitosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – možnost pro PL učit se novým věcem – změna přístupu a systému péče o člověka – finanční ohodnocení mimo systém pojišťovny – ze zdrojů ESF – změna postoje PL v péči o své pacienty – vzdělávání mimo svůj obor 	<p><u>Ohrožení</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – neochota PL spolupracovat – nekompetentnost PL a nedostatečný systém vzdělání v oblasti duševních onemocnění – nedostatečná kapacita a čas na škálování duševního stavu pacienta u PL – nespolečné pojištění v zavádění nového kódu pro výkon spojený s detekcí duševního onemocnění – neznalost principů a výhod síťování – nedostatek respektu a důvěry napříč obory – nepřipravenost koordinátora

2.4 STRATEGICKÝ RÁMEC ZDRAVÍ 2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice 2030 (ZDRAVÍ 2030), jehož zastřešujícím cílem je „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“, byl pod gescí MZ ČR vytvořen v letech 2018–2019, přičemž jeho realizace je plánovaná na období let 2021 – 2030. Strategický rámec ZDRAVÍ 2030 je rozpracovaným koncepčním materiálem s meziresortním přesahem, který vychází z již formulovaných strategických dokumentů 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Národní strategie elektronického zdravotnictví a Strategie reformy psychiatrické péče (MZ ČR, ZDRAVÍ 2030).

Strategický rámec ZDRAVÍ 2030 je rozdělen na 3 strategické cíle:

1. Zlepšení zdravotního stavu populace
2. Optimalizace zdravotnického systému
3. Podpora vědy a výzkumu

Každý strategický cíl je dále rozpracován na 7 specifických cílů, včetně implementačních plánů s konkrétními aktivitami a kroky k jejich naplňování:

1. Reforma primární péče
2. Primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví
3. Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví
4. Personální stabilizace resortu zdravotnictví
5. Digitalizace zdravotnictví
6. Optimalizace úhradového systému ve zdravotnictví
7. Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

2.4.1 REFORMA PRIMÁRNÍ PÉČE

Ve srovnání s jinými zeměmi EU je regulační a organizační potenciál primární péče pro přístup k nákladným specializovaným službám nedostatečně využitý. Primární péče, neboli praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost a registrující poskytovatelé ambulantních služeb, má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost systému zdravotnictví. „Podle OECD mají praktičtí lékaři největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace. Zvyšují její zdravotní gramotnost, garantují péči o vulnerabilní skupiny občanů, zajišťují rovnost v přístupu k péči a svým působením činí zdravotní systém udržitelnějším a efektivnějším.“ (MZ ČR, ZDRAVÍ 2030)

Reforma primární péče spočívá v posílení postavení a rozšíření pravomocí registrujících praktických lékařů a rekonstrukci kapacit celého ambulantního segmentu zdravotnického systému za účelem dosažení co nejširší a co možná nejvíce kvalitní péče dostupné pro každého pacienta. Dle poslední analýzy dat Národního zdravotnického informačního systému byl odhalen nepoměr mezi podílem a kapacitami ambulantních specialistů a praktických lékařů. Více než 1/4 praktických lékařů v ČR je ve věku nad 60let. Dostupnost primární i speciální ambulantní péče se mezi jednotlivými regiony liší, většinový podíl zdravotních odborníků je ve velkých městech.

V České republice je primární péče na vysoké úrovni, avšak snižuje se její dostupnost v důsledku klesajícího počtu personálu a v některých odlehlých regionech zcela chybí.

Transformovaná primární péče by měla posílit roli praktického lékaře v oblasti gate-keepingu a koordinaci další péče. „Předpokladem pro zavedení gate-keepingu je zvýšení kompetencí a zrušení preskripčních omezení praktických lékařů.“ (MZ ČR, ZDRAVÍ 2030) Dalšími dílčími cíli reformy primární péče jsou: zlepšení spolupráce primární péče a ambulantních specialistů; podpora zakládání sdružených praxí; posílení motivačních faktorů pro zajištění péče na venkově; zvýšení výkonové složky úhrady za účelem zvýšení kvality péče a vytvoření nového modelu pohotovostní lékařské služby pro urgentní příjmy na úrovni okresu.

Primární péče bude i nadále hrazena kombinací kapitační a výkonové platby, která je vázána na registraci, a tím podporuje vztah lékař–pacient. Financování procesu reformy primární péče bude vícezdrojové – ze státního rozpočtu, fondů EU a Evropských strukturálních fondů.

2.4.2 IMPLEMENTACE MODELŮ INTEGROVANÉ PÉČE, INTEGRACE ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE, REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

„Současné epidemiologické trendy indikují výrazný nárůst potřeb zdravotně sociálních a sociálních služeb v péči o chronicky nemocné pacienty ... rostoucí počet nemocných vyžadujících dlouhodobou péči je predikován i do budoucna a vytváří se tlak na zavádění nových modelů organizace péče, efektivně integrující péči primární, ambulantní a nemocniční a nastavující vyvážený poměr mezi lůžkovou péčí akutní a následnou.“ (MZ ČR, ZDRAVÍ, 2030) Potřeby a nároky osob s nepříznivým zdravotním stavem na zdravotní a sociální služby se mění v čase i intenzitě. Kvůli legislativnímu i funkčně oddělenému systému zdravotnictví a sociální práce v České republice lze na tuto dynamiku jen těžko adekvátně reagovat. *„Je třeba restrukturalizovat stávající systém zdravotních a sociálních služeb tak, aby pro osoby všech věkových kategorií s rozdílnou mírou závislosti na péči, byla dostupná kvalitní, individualizovaná, zdravotně sociální služba, a to ve všech potřebných formách. ... Problém je třeba řešit komplexně, tzn. včetně vhodně zvoleného systému financování takové služby, která zahrnuje několik zdrojů, v podílu odpovídajícím možnostem systému a potřebám a možnostem pacienta.“ (MZ ČR, ZDRAVÍ 2030)* Je potřeba klást důraz na posílení komunikace mezi různými segmenty péče při diagnostice a určování léčebného postupu, zvláště pak na zintenzivnění mezioborové spolupráce v nemocnicích při léčbě chronických onemocnění, ale i na komunitní úrovni v jednotlivých regionech.

Naplnění tohoto specifického cíle obnáší celou řadu náročných opatření, jako např. změna legislativy; financování; změny v horizontálním i vertikálním managementu péče, kde je klíčová spolupráce v péči o duševní a somatické zdraví; zavedení informačních systémů; evaluace fungování zavedeného systému nebo stanovení indikátorů pro zvyšování kvality péče. Změny se projeví v rozvoji, uspořádání a budování sítě multidisciplinárních služeb. V oblasti psychiatrie pak dále zplnomocňování a posilování lidských práv klientů i jejich rodin, zapojování klientů do procesu veřejné zdravotní politiky a edukačních činnosti v oblasti péče, vzdělávání klientů (peer konzultantů) i široké veřejnosti.

Nový přístup systému psychiatrické péče o pacienty zajistí včasnou diagnostiku, léčbu některých psychiatrických onemocnění propojením primární péče a specializovaných psychiatrických služeb. Dále bude posílena oblast psychiatrických a psychologických služeb a budována síť multidisciplinárních terénních týmů pro různé cílové skupiny a věkové kategorie a síť služeb komunitní péče koordinovaná na regionální úrovni za účelem celkového snížení lůžkové péče (MZ ČR, ZDRAVÍ 2030).

ČR dosáhla, dle dostupných dat, posunu od lůžkové péče k ambulantní. Od roku 2000 se téměř zdvojnásobil počet ambulantně léčených lidí pro duševní onemocnění (na necelých

700 000), zatímco počet hospitalizací klesl. „V roce 2030 je kvalitní péče v oblasti duševního zdraví poskytována všem lidem v riziku s duševním onemocněním bez rozdílu, je dostupná jak místem, tak rozsahem služeb, založená na multidisciplinárním přístupu, koordinovaná a komplexně pokrývající všechny potřeby, efektivní i inovativní, s důrazem na rehabilitaci a brzký návrat do běžného života, a především dodržování lidských práv. U běžné populace jsou duševní onemocnění „normalizována“, vnímána jako běžná a léčitelná. Pozornost je věnována prevenci a včasné intervenci, která zamezí rozvoji a posléze chronifikaci a dlouhodobým následkům duševních obtíží.“ (MZ ČR, ZDRAVÍ 2030)

Financování realizace specifického cíle bude vícezdrojové – kromě státního rozpočtu také národní zdroje, fondy EU, NAPDZ 2030, EHP fondy, Norské fondy a další donátoři.

3 METODOLOGICKÁ ČÁST

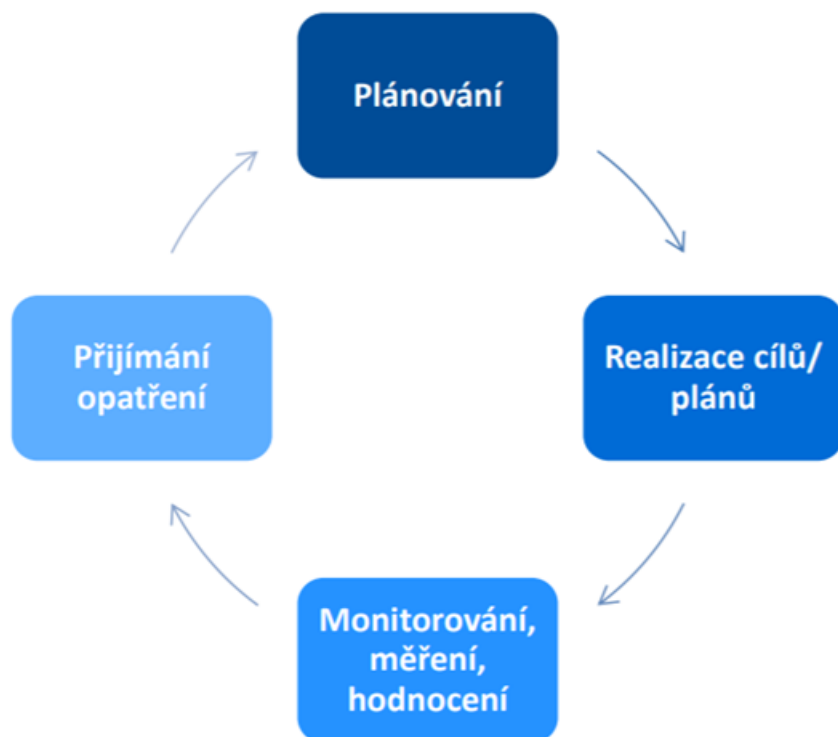
3.1 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části práce jsem využila kombinaci kvalitativních a kvantitativních nástrojů sběru dat. Výzkum je rozdělen do dvou částí podle cílových skupin – v první části výzkumu sbírám data u praktických lékařů formou polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku, rozesílaného elektronicky. Důvodem je skutečnost, že každá z využitých technik má své výhody a omezení a jejich kombinace přináší detailnější obraz o postojích a potřebách oslovených participantů. Výpovědní hodnota dotazníků by byla pro tento výzkum dostačující, avšak jednou z velkých nevýhod je nesmírně nízká návratnost. „... *Návratnost 50 % je považována v mnoha průmyslových zemích za slušný úspěch ... avšak taková dramatická redukce velikosti vzorku má systematický charakter a výsledky založené na takto zkomoleném vzorku se mohou velmi podstatně lišit od výsledků, které bychom dostali ve vzorku skutečně reprezentujícím zkoumanou populaci. Žádné zvýšení velikosti vzorku toto zkreslení neodstraní, a tak nám nezbývá než se smířit s tím, že dotazník, je pro seriózní výzkum nepoužitelný.*“ (Disman, 2002) Sebraná data formou dotazníků nabývají doplnění údajů získaných polostrukturovaným rozhovorem na relevantnosti a validitě.

V druhé části výzkumu jsem zamýšlela využít výzkumnou techniku zvanou focus group, která se běžně pořádá při hledání marketingových strategií nebo při výzkumech veřejného mínění. Pro účast na focus group, neboli skupinové interview, jsem předpokládala oslovit zástupce reformy psychiatrické péče pro Plzeňský kraj, konkrétně Mgr. Kláru Vyletovou, Mgr. et Mgr. Martina Fojtíčka, Bc. Zuzanu Fišarovou, Mgr. et Mgr. Drahomíru Franzovou a Mgr. Pavlínu Fabokovou. V průběhu psaní teoretické části výzkumu jsem uskutečnila individuální rozhovory a vedla korespondenci s většinou z výše uvedených reformátorů (viz zdroje a přílohy) za účelem doplnění aktuálních informací, ujasnění si některých nejasností a detailnější orientaci v popisované problematice. A protože současná epidemiologická situace pandemie COVID 19 nedovoluje hromadná setkávání, plánovaná focus group by musela proběhnout elektronicky, což by však znamenalo velké ochuzení o důležité aspekty a výhody, které tato technika přináší. Vzhledem k aktuálním omezením ve společnosti a rozhovoru s hlavní metodičkou projektu „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“ jsem došla k závěru, že bude v tuto chvíli přínosnější udělat druhé online dotazníkové šetření, zaměřené na cílovou skupinu psychiatrů. Získání informací o postojích a zkušenosti druhé cílové skupiny odborníků, které se problematika velmi dotýká, bude doplněním představy o možné spolupráci primární péče se specialisty a službami péče o duševní zdraví.

Změna v procesu vývoje výzkumu je z pohledu řízení kvality zcela legitimní. Pro efektivní řešení aktuálně vzniklé situace je vhodné využití Demingova PDCA cyklu (Plan–Do–Check–Act), na základě kterého dochází k odhalování a odstranění vzniklých problémů a navržení optimálních změn a řešení s cílem dosažení co nejlepších výsledků. „Jedná se vlastně o nekončící cyklus identifikací a zavádění změn s cílem zlepšení.“ (Šimonová, 2009)

Obrázek 9: Demingův PDCA cyklus zlepšování



Zdroj: MV ČR, 2016

3.1.1 CÍL A VÝSTUPY VÝZKUMU

Cílem výzkumu je formulace motivačních faktorů a podmínek efektivního zapojení praktických lékařů (PL) do komunitní sítě v procesu reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji. Záměrem je vytvoření manuálu pro mezioborovou spolupráci mezi PL a ostatními odborníky v oblasti duševního zdraví.

Výstupy:

- Zjištění podmínek zapojení PL do komunitní sítě na základě definování jejich potřeb a postojů získaných v osobních rozhovorech s PL
- Zjištění potřeb a postojů specialistů/psychiatrů pro zapojení PL do komunitní sítě
- Formulace výstupů a závěrů z dotazníků a rozhovorů s praktickými lékaři a psychiatry a porovnání s metodikou zavádění multidisciplinárního přístupu a metodikou pro spolupráci ARP s PL
- Vytvoření manuálu pro spolupráci praktických lékařů se specialisty a službami péče o duševní zdraví a tvorbu komunitní sítě v Plzeňském kraji

Techniky sběru dat

Jedná se o smíšený kvalitativně – kvantitativní výzkum, probíhající ve dvou fázích dle cílových skupin.

Celému výzkumu předchází pilotní předvýzkum pro úpravu otázek do dotazníku pro praktické lékaře.

V první fázi sběr informací probíhal prostřednictvím:

polostrukurovaných rozhovorů, které jsou časově i ekonomicky poměrně nákladné, avšak jedná se o nejběžnější metodu kvalitativního výzkumu pro svou flexibilitu a pochopitelnost. Nejdůležitější částí je jádro rozhovoru neboli klíčová témata a otázky výzkumu s nimiž tazatel přichází. Pro rozšíření a lepší uchopení problematiky slouží doplňující témata a otázky. Jednou z definic polostrukurovaného rozhovoru je, že „*je relativně volně uspořádaný a otevřený vůči tomu, co účastník cítí a reflektuje to, co důležitého a významného říká v souvislosti se záměry výzkumného projektu.*“ (Mišovič, 2019). Při takovém rozhovoru je větší prostor pro plnohodnotné zodpovězení všech otázek. I při zachování anonymity víme, kdo nám dává odpovědi na položené otázky a proporce dokončených rozhovorů je vyšší než návratnost dotazníků.

Výhodou on–line dotazníků, jejichž výhodou je velké množství oslovených respondentů v relativně krátkém čase a s nízkými náklady. Zachování anonymity je přesvědčivé a nehrozí podnětové ovlivňování dotazovaného. Mezery jsou v ochotě respondentů odpovídat na všechny položené otázky, odpovídat pravdivě či neodpovědět vůbec. Zároveň je obtížné zjistit, zda dotazník opravdu vyplnil oslovený jedinec (Disman, 2002).

Ve druhé fázi měly být výstupy z první fáze dále zpracovány skrze kvalitativní techniku focus group, resp. skupinového interview, při kterém respondenti tvoří jednu homogenní skupinu reflektující a reagující na otázky tazatele. Výhodou této výzkumné metody je získání velkého množství kvalitních informací během relativně krátké doby. Skupinová dynamika navíc přispívá k zaměření se na podstatu diskutovaného problému (Hendl, 2016). Avšak z důvodů uvedených výše je i ve druhé fázi využita kvantitativní metoda on–line dotazníků, které byly modifikovány a rozeslány jiné cílové skupině.

Popis vzorku respondentů a prostředí:

Respondenty první fáze výzkumu jsou praktičtí lékaři, kteří provozují svoji praxi na území Plzeňského kraje. Plzeňský kraj se skládá ze 7 okresů: Plzeň–město, Plzeň–jih, Plzeň–sever, Rokycany, Tachov, Klatovy a Domažlice Každý okres Plzeňského kraje má svého předsedu praktických lékařů. Předseda pro okres Plzeň–sever vykonává zároveň funkci krajského předsedy. V tabulce níže jsou uvedeny počty PL v jednotlivých okresech.

V tabulce níže jsou uvedeny počty PL v jednotlivých okresech. Pro získání aktuálního počtu PL v jednotlivých okresech Plzeňského kraje jsem oslovila krajského předsedu a Českou lékařskou komoru (ČLK), odkud jsem nedostala žádnou odpověď. Členství PL ve Sdružení praktických lékařů (SPL) není povinné, proto přesný počet PL v okresech není znám. Zdrojem vyhledávání počtů PL v jednotlivých okresech je proto vyhledávač firmy.cz.

Tabulka 3: Počet ordinací praktických lékařů v jednotlivých okresech Plzeňského kraje

Okres	Počet ordinací PL
Plzeň – město	96
Plzeň – sever	44
Plzeň – jih	42
Rokycany	33
Tachov	27
Klatovy	40
Domažlice	22
CELKEM	304

Zdroj: vlastní, firmy.cz

Praktických lékařů je dle dostupných informací z internetu v Plzeňském kraji celkem 304.

Pro rozhovor jsem oslovila všech 7 předsedů praktických lékařů pro jednotlivé okresy Plzeňského kraje. Přestože jsem preferovala osobní setkání, rozhovory probíhaly nejčastěji po telefonu a skypu, s ohledem na omezení ve spojitosti s pandemií COVID 19. S ústním souhlasem respondenta byly rozhovory nahrávány na diktafon.

Pro výběr respondentů kvantitativní části výzkumu v první i druhé fázi jsem použila náhodný výběr, „tedy takový výběr, ve kterém každý element populace má stejnou pravděpodobnost,

že bude vybrán do vzorku.“ (Dismana, 2002) Celkem jsem e-mailem, za účelem rozšíření a vyplnění dotazníku, oslovila 91 náhodně vybraných praktických lékařů, tedy 13 z každého okresu. O spolupráci jsem zároveň požádala Českou lékařskou komoru, Svaz praktických lékařů a Svaz všeobecného lékařství s žádostí o rozšíření dotazníku mezi praktické lékaře na území Plzeňského kraje. Tento počín však neměl žádnou odezvu.

Pro uspořádání focus group jsem zamýšlela požádat o setkání zástupce reformátorů psychiatrické péče v Plzeňském kraji – krajskou koordinátorku zdravotních a sociálních služeb Mgr. Kláru Vyletovou, garanta pro sociální oblast reformy Mgr. Martina Fojtíčka, hlavní metodičku projektu „multidisciplinarity“ pro Plzeňský kraj Bc. Zuzanu Fišarovou, dvě metodičky výše zmíněného projektu Mgr. Mgr. Drahomíru Franzovou a Mgr. Pavlu Fabokovou a garantku projektu „multidisciplinarity“ PhDr. Lenku Krbcovou–Mašínovou.

Vhledem k nepředvídaným okolnostem jsem byla nucena změnit nejen metodu sběru dat, ale také cílovou skupinu. Cílovou skupinou pro druhou fázi výzkumu se nakonec stali psychiatři Plzeňského kraje. Aby byli zahrnuti specialisti/psychiatři na všech úrovních – lůžková péče, ambulantní péče, ARP, komunitní péče – oslovila jsem 20 psychiatrů z Psychiatrické kliniky FN Plzeň, 20 psychiatrů Psychiatrické nemocnice v Dobřanech a 20 psychiatrických ambulancí na území Plzeňského kraje. Dále 5 specialistů/psychiatrů z lůžkového psychiatrického oddělení nemocnice v Klatovech, všechny psychiatry pracující v CDZ Plzeň a Klatovy, Ambulance s rozšířenou péčí a komunitního týmu Sociální rehabilitace Ledovec pro Plzeň–venkov.

Celkem tedy 71 specialistů/psychiatrů vykonávajících svou praxi na území Plzeňského kraje.

3.1.2 FÁZE OPERACIONALIZACE

Operacionalismus, který je zakotven v empirismu moderních přírodních věd, je proces během kterého výzkumník, prostřednictvím kladení otázek typu: „co to je? Jak se to dá změřit? Jaký to má empirický základ?“, vytváří myšlenkové koncepty, jež jsou z teoretického povědomí a každodenního jazyka sociálních aktérů převáděny do pozorovatelné a měřitelné podoby (Petrušek, 1993) „Operacionalizace se dotýká právě přechodu od teorie do empirie, od zadání výzkumu a vymezení jeho předmětu až k jednotlivým technikám sběru a zpracování dat.“ (Buriánek, 1993) Z prvotně formulovaných hypotéz nebo výzkumných otázek se prostřednictvím operacionalizace definují jednotlivé znaky, v nichž jsou empirické informace fixovány

3.1.2.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

VO1: Jaké zkušenosti mají praktičtí lékaři s pacienty s duševním onemocněním ve své praxi?

VO2: Jaké jiné speciality/profese a jejich úkony využívají praktičtí lékaři pro doplnění péče o své pacienty s duševním onemocněním?

VO3: Za jakých podmínek jsou praktičtí lékaři ochotni spolupracovat s ostatními službami v regionu?

VO4: Jaká je zkušenost praktických lékařů se spoluprací s ostatními službami z oblasti duševního zdraví?

VO5: Jakým způsobem mohou praktičtí lékaři získat potřebné informace o duševním onemocnění a institucích, které se zabývají oblastí duševního zdraví v Plzeňském kraji?

3.1.2.2 OPERACIONALIZACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Procesem operacionalizace výzkumných otázek jsem stanovila indikátory, na základě kterých byla následně vytvořena nosná témata pro polostrukturovaný rozhovor s okresními předsedy praktických lékařů Plzeňského kraje.

VO1: Jaké zkušenosti mají praktičtí lékaři s pacienty s duševním onemocněním (DO) ve své praxi?

Respondent sděluje informace o diagnózách, se kterými se ve své praxi setkává.

Respondent sděluje výkony, které ve své praxi provádí při návštěvě pacienta s DO.

Respondent sděluje výkony, které je ochoten dělat při návštěvě pacienta s DO.

Respondent sděluje výkony, které nechce provádět při návštěvě pacienta s DO.

VO2: Jaké jiné specialisty/profese a jejich úkony využívají praktičtí lékaři pro doplnění péče o své pacienty s duševním onemocněním (DO)?

Respondent sděluje, zda a v jakých případech spolupracuje se složkami Integrovaného záchranného systému (IZS).

Respondent sděluje, zda spolupracuje se sociálními službami – osobní asistence, sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace.

Respondent sděluje, zda využívá u svých pacientů s DO domácí péči.

Respondent sděluje, zda svoje pacienty s DO odesílá do rehabilitačních zařízení nebo lázní.

Respondent sděluje, zda zdravotní stav pacienta s DO konzultuje s psychiatrem či psychologem.

VO3: Za jakých podmínek jsou praktičtí lékaři ochotni spolupracovat s ostatními službami z oblasti péče o duševní zdraví v regionu?

Respondent sděluje svou představu o spolupráci s psychiatrem či psychologem.

Respondent sděluje podmínky pro spolupráci s CDZ/ARP/sociální službou.

Respondent sděluje podmínky pro navázání spolupráce obecně.

Respondent sděluje podmínky účasti na případovém setkání pacienta/klienta s duševním onemocněním.

VO4: Jaká je zkušenost praktických lékařů se spoluprací s ostatními službami z oblasti duševního zdraví?

Respondent sděluje, zda jeho zkušenost byla pozitivní či negativní.

Respondent sděluje, proč jeho zkušenost byla pozitivní/negativní.

Respondent sděluje možné překážky a problémy spolupráce s jinými službami.

Respondent sděluje, s jakými institucemi z oblasti duševního zdraví spolupracoval.

Respondent sděluje svůj přehled o organizacích, zabývajících se duševním zdravím v regionu.

VO5: Jakým způsobem mohou praktičtí lékaři získat potřebné informace o duševním onemocnění a institucích, které se zabývají oblastí duševního zdraví v Plzeňském kraji?

Respondent sděluje svůj zájem o problematiku duševního zdraví.

Respondent sděluje, zda se chce o problematice péče o duševní zdraví dozvědět více.

Respondent sděluje, jaká forma získání potřebných informací o oblasti péče o duševní zdraví je pro něj vhodná.

3.1.3 SCÉNÁŘ POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Respondenty pro polostrukturovaný rozhovor, okresní předsedy praktických lékařů, jsem kontaktovala nejprve e-mailem a následně telefonicky. Požádala jsem je o spolupráci formou osobního rozhovoru poté, co jsem představila sebe, cíl a záměr mé diplomové práce.

Rozhovory jsem s ústním souhlasem respondenta nahrávala na diktafon a s ohledem na omezení spojená s onemocněním COVID 19 jsem rozhovory prováděla přes telefon či skype, jeden proběhl osobně. Nahrávky rozhovorů mám uložené pod heslem ve svém privátním počítači.

V úvodu rozhovoru jsem participantovi předala základní informace o problematice, obsahu a záměru výzkumu. Přes obecné otázky jsme se společně dostali k jádru rozhovoru, které je vymezeno indikátory získanými operacionalizací výzkumných otázek (viz kapitola 3.1.4.2) V závěru rozhovoru jsem vyjádřila ocenění otevřenosti respondentů v jejich odpovědích a vděk za jejich ochotu a čas, který rozhovoru věnovali (Mišovič, 2019).

Rozhovor byl anonymní a jeho délka se pohybovala v rozmezí 30 – 90 minut.

3.1.4 PODOBA DOTAZNÍKU PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Dotazník pro praktické lékaře je anonymní a obsahuje 11 otázek: šest otázek je otevřených, tři otázky s možností multiple choice¹⁴ a dvě výběr z možností.

Dotazník jsem vytvořila v programu Google Formuláře. Jeho výhodou je jednoduchost a možnost rychlých úprav, dále rychlé šíření přes odkaz na webovou stránku a automatické vyhodnocování získaných odpovědí.

14 Multiple choice – výběr z více možností

DOTAZNÍK PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE:

1. S jakými psychickými obtížemi se u svých pacientů setkáváte?

2. Jaké typy výkonů z oblasti péče o duševní zdraví si dokážete představit zahrnout do své praxe (prosím, zaškrtněte, doplňte):

- depotní injekce
- předepisování antidepresiv
- zkontaktování jiného lékaře/specialisty
- zkontaktování jiné služby např. domácí péče, organizace, která se v regionu zabývá problematikou duševního zdraví
- vystavení žádanky na vyšetření u specialisty v oblasti duševního zdraví
- žádné
- jiné:

3. Jaké výkony z oblasti péče o duševní zdraví byste u svých pacientů určitě nechtěl/a provádět?

4. Jaké jiné speciality/profese a jejich konkrétní úkony využíváte pro doplnění péče o své pacienty s duševním onemocněním?

- 1) osobní asistence
- 2) domácí péče
- 3) rehabilitační zařízení a lázně
- 4) složky IZS
- 5) pracovník sociální služby
- 6) psychiatr
- 7) psycholog
- 8) psychoterapeut

5. Ocenil/a byste možnost konzultovat zdravotní stav svého pacienta s psychiatrem nebo jiným odborníkem v péči o duševní zdraví? (namísto doporučení, aby pacient navštívil jiného specialistu)

- ANO
- NE

6. Za jakých okolností považujete za užitečné vykonat návštěvní službu v sociálním prostředí pacienta nebo se účastnit případového setkání (setkání více odborníků z různých profesí) ke svému pacientovi?

7. Jaká je Vaše představa o spolupráci s dalšími odborníky v regionu? (složky IZS, policie, úřady, představitelé justice, CDZ, sociální služby, Ambulance s rozšířenou péčí...)

Za jakých podmínek může dle Vás spolupráce fungovat?

8. Jaké služby/instituce, zabývající se podporou lidí s duševním onemocněním, ve svém okolí znáte?

- FN Lochotín
- PL Dobřany
- Psychiatrické oddělení Klatovské nemocnice
- Psychiatrické ambulance v regionu
- Ledovec z.s.
- CDZ Plzeň
- CDZ Klatovy
- Ambulance s rozšířenou péčí Plzeň
- Fokus Písek – pobočka Sušice
- VIZDOM – tým pro včasnou intervenci
- Krizová intervence Charita
- Krizová intervence Diakonie
- Regionální institut duševního zdraví (RIDZ)
- Jiné:

9. Očekáváte nějaké problémy a překážky spolupráce s ostatními segmenty (složky IZS, policie, úřady, opatrovníci, justice)?

Máte v této oblasti již nějakou zkušenost? (pozitivní/negativní?)

10. Jakým způsobem si přejete získat potřebné informace o psychických onemocněních a institucích, zabývajících se péčí o duševní zdraví v Plzeňském kraji?

- certifikované školení na klíč
- certifikovaný online kurz
- psychiatrické minimum
- brožura s informacemi
- leták s kontakty na instituce zabývající se otázkami duševního zdraví
- ucelený manuál se všemi užitečnými informacemi a kontakty
- představení služeb zástupcem konkrétní instituce (např. na zasedání PL)

11. V jakém okrese Plzeňského kraje se nachází Vaše ordinace?

- Plzeň – město
- Plzeň – sever
- Plzeň – jih
- Rokycany
- Tachov
- Klatovy
- Domažlice

3.1.5 PODOBA DOTAZNÍKU PRO PSYCHIATRY

Dotazník pro psychiatry je modifikovaným dotazníkem pro praktické lékaře. Je zkrácen a zacílen na klíčové oblasti popisované problematiky. Obsahuje 4 otázky – jedna určující zařízení, kde specialista pracuje, protože pro relevantnost odpovědí je důležité obsáhnout celou paletu specialistů/psychiatrů, ve smyslu způsobu a místa vykonávání jejich odbornosti. Druhá otázka je multiple choice a dvě jsou otevřené (viz níže). Dotazník jsem rovněž vytvořila v programu Google Formuláře.

DOTAZNÍK PRO PSYCHIATRY:

1. V jakém zařízení/organizaci pracujete?

- Psychiatrická ambulance
- Ambulance s rozšířenou péčí
- PN Dobřany
- Psychiatrická klinika FN Plzeň
- Lůžkové oddělení nemocnice v Klatovech
- CDZ
- Komunitní tým

2. Jaké výkony by mohl v péči o pacienta s duševním onemocněním provádět praktický lékař (PL)?

- Screeningové vyšetření dle škál nebo základních testů (deprese, demence aj.)
- Předepisování antidepresiv
- Předepisování antipsychotik
- Aplikace depotních injekcí
- Telefonická konzultace se specialistou/psychiatrem
- Vyžádání psychiatrické sestry ke zhodnocení stavu pacienta
- Objednání nového pacienta na vyšetření u specialisty
- Odeslání k hospitalizaci – přivolání IZS nebo policie
- Přivolání terénního týmu s psychiatrem do bydliště pacienta
- Pravidelné konzultace PL se specialistou ohledně zdravotního stavu konkrétního pacienta
- Pravidelná zdravotní péče o kompenzovaného pacienta
- Kontaktování nemocnice při hospitalizaci pacienta (informace o zdrav. stavu, návštěva...)
- Jiné:

3. Jak by podle Vás měla fungovat spolupráce s praktickým lékařem v péči o pacienta?

4. Jaká je Vaše zkušenost ve spolupráci s praktickými lékaři?

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 SBĚR A ANALÝZA DAT

Pro realizaci svého výzkumu jsem se potřebovala naučit používat jazyk praktického lékařství tak, aby respondenti dobře rozuměli pokládaným otázkám. Proto, že tato zkušenost byla pro mne zcela nová, rozhodla jsem se, že si kvalitu a srozumitelnost otázek ověřím malým pilotním předvýzkumem.

4.1.1 PILOTNÍ VÝZKUM

V září 2020 jsem zaslala vyhotovený dotazník s 10 otázkami (11. otázka je na určení okresu působení PL) třem praktickým lékařům, kteří mají svoji ordinaci na území okresu Plzeň – město. Na základě jejich odpovědí jsem upravila otázky č. 4 a 7. Díky zpětné vazbě došlo k odhalení špatné formulace otázky a jejímu nesprávnému pochopení. Dále jsem pozměnila některé termíny, jako např. klíčový pracovník na sociální pracovník, případová porada na případové setkání. Z předvýzkumu jsem se dozvěděla, že vyplnění dotazníku zabere 10 – 15 minut.

4.1.2 PRVNÍ FÁZE VÝZKUMU

První fáze výzkumu – sběr dat formou dotazníků a rozhovorů – probíhala od konce září do konce listopadu 2020. V prosinci 2020 a lednu 2021 jsem zpracovávala získaná data – dělala otevřeně kódovaný přepis rozhovorů¹⁵ a analyzovala odpovědi. Každý uskutečněný rozhovor jsem si nejprve poslechla v nahrávce, dále vytvořila kategorie a témata, podle kterých jsem následně třídila a kodovala získané informace (Hendl, 2016). Následnou analýzou a propojením určených kategorií se mi podařilo vytvořit základní koncepty popisované problematiky a výstupy pro interpretaci dat a závěrečnou diskuzi.

¹⁵ Kódování je proces, kdy jsou rozebírány jednotlivé části textu, pojmenovány a nově poskládány tak, aby odpovídaly námi stanoveným kódům. V případě kvalitativního výzkumu se kódy rozumí slova nebo slovní spojení, která zobecňují pozorované jevy v textu.

Existují tři typy kódování: Otevřené – při prvním čtení textu. Probíhá rozdělení a pojmenování témat neboli kódů a vytváření obecných konceptů pro zařazení konkrétních jevů z textu. Více konceptů se dá sloučit do jedné kategorie. Otevřeným kódováním vzniká seznam konceptů a kategorií, které nám přináší přehled o tématech v textu.

Axiální – rozbor textu, během něhož probíhá další slučování konceptů a kategorií, a poté jsou analyzovány vztahy mezi kategoriemi. Cílem je objevit kategorii, která propojuje všechny ostatní kategorie = fenomén.

Selektivní – na závěr analýzy jsou stanoveny hlavní kategorie, které zahrnují všechny ostatní kategorie a jsou zdroje vzniku teorie. Výsledkem selektivního kódování je získat jednu ústřední kategorii (Hendl, 2016).

4.1.2.1 SBĚR DAT FORMOU ROZHOVORŮ S PRAKTICKÝMI LÉKAŘI

Jako prvního jsem e-mailem oslovila krajského předsedu a okresního předsedu pro Plzeň – sever, v jedné osobě, za účelem polostrukturovaného rozhovoru. Ten mi, po dlouhém a usilovném obhajování záměru mojí práce, rozhovor přislíbil, a ten byl následně uskutečněn telefonicky ve dvou dnech. Rozhovor trval celkem 90 minut.

Následně jsem e-mailem oslovila šest okresních předsedů PL pro Plzeňský kraj. Přišli mi dvě zamítavé odpovědi předsedů pro Plzeň – město a Plzeň – jih.

Rozhodla jsem se zbylé čtyři okresní předsedy PL oslovit telefonicky. S rezolutním odmítnutím spolupráce jsem se setkala v okrese Rokycany. Předsedové PL pro okres Klatovy a Tachov souhlasili s rozhovorem. Předseda PL pro okres Domažlice projevil zájem o problematiku, avšak z časových důvodů mi nemohl rozhovor poskytnout.

Vzhledem k pandemii COVID 19 rozhovor s předsedou PL pro okres Klatovy proběhl po telefonu a trval 30 minut. Pouze s předsedou PL pro okres Tachov proběhl rozhovor o délce 45 minut osobně, za využití všech doporučených opatření proti nákaze COVID 19.

Celkem jsem uskutečnila tři polostrukturované rozhovory – s krajským předsedou a okresním předsedou v jedné osobě pro Plzeň – sever dne 8. a 9. 10. 2020, s okresním předsedou pro Klatovy dne 19. 11. 2020 a s okresním předsedou pro Tachov dne 25. 11. 2020.

Otevřeně kódované přepisy rozhovorů jsou obsaženy v příloze č. 3.

4.1.2.2 SBĚR DAT FORMOU DOTAZNÍKŮ S PRAKTICKÝMI LÉKAŘI

Na začátku října jsem e-mailem rozeslala prosbu o spolupráci na diplomové práci s vysvětlením záměru a odkazem na dotazník přes Českou lékařskou komoru (ČLK), Sdružení praktického lékařství (SPL) a Svaz vnitřního lékařství (SVL). Se 14denním odstupem, kdy jsem nezachytila ani jeden vyplněný dotazník, jsem došla k závěru, že musím najít jiný způsob oslovování PL.

Na internetu jsem vyhledala PL pro jednotlivé okresy, kteří uvádějí ve svých kontaktních údajích emailovou adresu, a vytvořila si jejich seznam. Ten obsahoval 13 respondentů pro každý okres. Celkově jsem takto oslovila 91 respondentů – praktických lékařů.

Postupně jsem rozesílala e-maily s prosbou o spolupráci, záměrem diplomové práce a internetovým odkazem na dotazník.

Do dotazníku jsem přidala ještě jednu otázku pro určení okresu, ve kterém konkrétní PL ordinuje.

Během listopadu jsem získala zpět 27 vyplněných dotazníků.

4.1.3 DRUHÁ FÁZE VÝZKUMU

Ve druhé fázi výzkumu jsem chtěla uspořádat skupinové interview (focus group) s představiteli reformy psychiatrické péče pro Plzeňský kraj nad výstupy první fáze výzkumu a provést komparační analýzu s již existující metodikou zavádění multidisciplinárního přístupu. Z důvodů blíže specifikovaných v metodologické části práce následuje druhé dotazníkové šetření zaměřené na zjištění očekávání a zkušenosti psychiatrů Plzeňského kraje se spoluprací s PL.

4.1.3.1 SBĚR DAT FORMOU DOTAZNÍKŮ PRO PSYCHIATRY

Dotazníkové šetření u psychiatrů proběhlo během měsíce března 2021. Vytvořila jsem si interní databázi psychiatrů Plzeňského kraje tak, abych oslovila specialisty ze všech oblastí praxe (lůžková zařízení, ambulance, ARP, CDZ, komunitní péče). E-mailové adresy jednotlivých psychiatrů jsem vyhledávala na internetu, některé mi pomohli opatřit kolegové ze zaměstnání (NNO Ledovec z.s.). E-mail s příloženým odkazem na dotazníkový formulář se čtyřmi otázkami jsem rozeslala 20 psychiatrům z PN Dobřany, 20 z Psychiatrické kliniky FN Lochoťín v Plzni, 20 ambulantním psychiatrům z celého kraje, dále dvěma psychiatrům ARP, třem specialistům působícím v CDZ v Plzni a Klatovech, 5ti psychiatrům lůžkového psychiatrického oddělení nemocnice v Klatovech, jednomu psychiatrovi komunitního týmu a jednomu psychiatrovi Regionálního institutu pro duševní zdraví (RIDZ). Celkově jsem takto oslovila 72 psychiatrů. Do konce měsíce března se vrátilo 25 vyplněných dotazníků.

4.1.4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

A) ROZHOVORY S PRAKTICKÝMI LÉKAŘI

okruhy dle kódování:

1. psychiatrické diagnózy

- nejčastěji se setkávají s depresivními pacienty (primární depresivní rozladění či reakce na somatické potíže)
- onemocnění z okruhu psychóz – méně často. Když je pacient dekompenzovaný, je to velká starost; obtížné rozlišit psychický stav, když pacient o obtížích nemluví; není jasné, jak postupovat; od dob, kdy jsme honili schizofreniky s policií po poli, se toho příliš nezměnilo.
- abusus drog

2. výkony, které provádí

- předepisování antidepresiv
- kontaktování jiného lékaře (známého)
- vystavení zprávy na vyšetření u specialisty – když vyhodnotí, že na to nestačí vlastní zkušenost a erudice
- spolupráce s agenturou domácí péče
- neoficiální výkony – povídání, vlastní báseň nebo písnička
- nově lze na pojišťovnu vykazovat včasný záchyt demence
- klasifikace lehké, střední, těžké deprese – rozhovorem, vcítěním, intuitivně
- zaléčení lehké deprese, ale vhodná následná úprava medikace specialistou

3. výkony, které si dovede představit zahrnout do praxe

- ve spolupráci s psychiatrem se nebrání aplikaci depotní injekce
- včasný záchyt duševního onemocnění
- škálování psychiatrického onemocnění – ano, ale v běžném provozu nemožné, nikdo to nezaplatí, nejsme na to školení

4. využívání a dostupnost jiných služeb

- odborníka/psychiatra předem kontaktuji a odesílám pacienta se zprávou a) k vyšetření, pak dále pokračujeme spolu nebo b) u schizofrenie předávám specialistovi do péče
- provozuji agenturu domácí péče, ale sestry nevyužívám u psychiatrických pacientů – nelze vykázt pojišťovně, sestra není erudovaná a je drahá

- nejčastěji home care
- nabízí možnost farmakoterapie a psychoterapie – často jde o kombinaci (PL předepisuje léky + psycholog)
- dvakrát kontaktování substitučního centra – spolupráce skončila na neaktivitě pacienta
- osobní asistence a lázně neindikuje
- složky IZS a sociální služby v případě potřeby
- doporučení psychologa nebo psychoterapeuta, ale nechává na iniciativě pacienta
- s psychiatrem – u nového pacienta předjedná návštěvu, pokud je pozdější termín, ptá se, co pro pacienta můžou udělat hned; u stávajících pacientů – telefonické konzultace
- Charitní pečovatelská služba
- pečovatelská služba a home care v Klatovech
- sporadická spolupráce s mobilním hospicem

5. zájem o mezioborovou spolupráci

- zájem dozvědět se o práci CDZ
- kdyby koncepce CDZ fungovala, bylo by to úžasné. V současné době pořád improvizují

6. problémy/ překážky

- nemůžeme předepisovat moderní psychiatrické léky
- nedostatek času na pacienta
- zahlcenost prací kolem – telefonáty, e–recepty, vystavování karantén, formuláře pro pojišťovny, pracovní–lékařské služby
- nedostupnost psychoterapie a specializované péče v okrese Tachov
- přemluvit pacienta, aby bral léky
- těžké najít psychiatra, který poskytne okamžitou péči
- pokud pacient nesouhlasí s hospitalizací, policie ani sanita ho neodveze
- není jasný postup, jak zacházet s dekompenzovaným pacientem
- problém obecné informovanosti ve zdravotnictví – že se pacient léčí jinde se dozvím spíše náhodně, obzvláště u psychiatrie
- PL jsou dost často individualistického ražení – není jednoduché je oslovit, nespolupracují ani mezi kolegy, není zvyklý pracovat v týmu, brání si svůj rajón, svoje postupy a přístupy
- lékař i sestra jsou hnaní výkony kupředu
- za celou praxi žádný kontakt ze strany existujících služeb psychiatrické péče ani psychiatrů, aby o sobě dali vědět základní informace

- nesrozumitelné lékařské zprávy od odborníků
- vůbec nevím, jak funguje Ledovec. Nikdo mě v životě nekontaktoval.
- není udělaný kontakt, to je to nejtriviálnější
- mezioborová spolupráce funguje na základě osobních vazeb, ale kontakty se neobnovují, nová generace lékařů nekomunikuje

7. známé/využívané služby psychiatrické péče v kraji

- povědomí o psychiatrických ambulancích v regionu
- lůžkové oddělení Plzeň, Klatovy
- PN Dobřany
- neví o CDZ nebo ARP
- neznají Ledovec

8. zkušenost a očekávání spolupráce

- zkušenost PL se specialisty je taková, že specialista si myslí, že PL je člověk, se kterým se nemusím bavit, protože ho nepotřebuje, z hospitalizace nikdo PL nezavolá a nekomunikuje pacientův stav před hospitalizací
- je to o komunikaci, ale zkušenost většinou dobrá, i když by se dalo něco zlepšit
- spolupráce a propojení nefunguje
- spolupráce jednorázová a z mojí iniciativy
- dobrá zkušenost s městským úřadem v rámci postupování opatření proti COVID 19

9. návštěvní služba/ případové setkání

- častá do nasmlouvaných pobytových zařízení, do domácností méně
- případové konferenci by se nebránila
- zkušenost z případového setkání mobilního hospicu
- návštěvní službu neprovádí, raději ošetřuje v ordinaci, kde má své nadstandardní vybavení. Nevidí v ošetření doma v současné době extra přínos.
- U dekompenzovaného pacienta by návštěva odborníka byla vhodná. Prakticky se s tím nesetkává, ale pokud PL osloví rodina a jede k dekompenzovanému pacientovi, úkolem je ho přemluvit, aby se nechal někde léčit. Je zde velký nárok na umění s takovým člověkem jednat, je tam zapotřebí psychiatra nebo velmi zkušeného praktika.

10. předávání/způsoby získávání potřebných informací

- písemná i elektronická forma – v jednom balíčku souhrnné informace o institucích – adresa, kontakt, co dělá
- formou semináře nebo workshopu, školení, kuloáry (nyní nelze)
- funguje Sdružení praktických lékařů (SPL) = stavovská profesní organizace, předsedou je MUDr. Petr Šonka, ale není povinné členství. E-mailová komunikace se šíří přes okresní předsedy k řadovým PL
- Sdružení všeobecného lékařství (SVL) = vzdělávací organizace, předsedou MUDr. Rudolf Červený, popř. Okresní předsedkyně pro Plzeň MUDr. Eva Baxová. Před pandemií COVID 19 se konala jednou měsíčně setkání v Šafránkově pavilonu pro lékaře z celého kraje. Témata se pak šíří i napříč republikou. E-mailová komunikace se šíří přes okresní předsedy k řadovým PL
- informace o organizaci e-mailem, z pozice krajského předsedy PL rozšíří
- kurzy „přístup k pacientovi“ – získání dovedností v komunikaci s pacientem, ale komunikace se schizofrenikem se nedá naučit, to vyžaduje zkušenost

11. doporučení

- finanční motivace k mezioborové spolupráci
- rozšíření ochoty a výkonů stran pojišťovny
- kvalitní zabezpečená elektronická komunikace
- setkání o problematice s občerstvením
- oslovení SVL za účelem rozšíření povědomí o existujících službách
- přesun těžiště péče do ambulantní sféry, využívání ARP
- individuální oslovování a informování PL (osobně nebo telefonicky)
- zbavení se některých zbytečných úkonů ve prospěch tvoření komunitní spolupráce
- iniciativa ze strany organizací – např. když začíná nějaká nová ambulance, kde chtějí mít pacienty, tak napíší: „Vážený pane doktore, budeme dělat to a to ... informujte, prosím, svoje lékaře.“
- informovat vícekrát nebo na více úrovních
- podstatné je, aby PL, jako průvodce zdravotním systémem, měl přehled o tom, co všechno možné existuje, co by se mohlo a nemohlo dělat a byl schopen odhadnout své zkušenosti. Znat odborníky, vědět, co dělají za práci a mít možnost s nimi komunikovat o stavu pacienta
- komunikace nemocnice s PL – možnost přijet na osobní návštěvu, jak je léčen, co se s ním děje, jak se má. PL zároveň vidí nové přístroje, nové léky, nové přístupy.

Důležité:

- „komunikace je jeden ze základních pilířů PL
- znát pacienty a jejich rodiny v místě. Myslím, že je důležité vědět i o sociálním zázemí.“

B) DOTAZNÍKY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE**Otázka 1.**

PL se ve své ordinaci setkávají s těmito psychickými obtížemi:

Odpovědělo 24 respondentů.

22 respondentů – deprese

19 respondentů – úzkost

13 respondentů – schizofrenie a psychózy

8 respondentů – poruchy spánku a nespavost

8 respondentů – závislosti a abusus

6 respondentů – demence

4 respondenti – poruchy osobnosti

3 respondenti – psychosomatické potíže

3 respondenti – reakce na stresovou zátěž

3 respondenti – neurózy a neurastenie

Dále bylo uvedeno: „transsexualismus; mentální retardace; hypochondrie; panické ataky.“

Otázka 2.

Výkony, které by PL dovedl zahrnout do své praxe:

Odpovědělo 27 respondentů.

26 respondentů – předepisování antidepresiv

26 respondentů – kontaktování jiného lékaře/specialisty

25 respondentů – vystavení žádanky na vyšetření u specialisty

18 respondentů – kontaktování jiné služby – domácí péče, sociální služby, CDZ

18 respondentů – depotní injekce

3 respondent – jiné: základní psychoterapeutický rozhovor

1 respondent – všechno již dávno běžnou součástí ordinace

Otázka 3.

Výkony, které by PL nechtěl provádět:

Odpovědělo 26 respondentů.

6 respondentů – akutní stavy a agrese

5 respondentů – psychoterapie, i skupinová

4 respondenti – depotní injekce

3 respondenti – dotazníky a odborné vyšetření

3 respondenti – předepisování léků (na SIM, antidepresiv bez souběžné psychoterapie)

2 respondenti – elektrošoky

2 respondentů – časově náročné výkony

2 respondenti – péče o závislosti

Dále uvedeno:

– „všechny; nevím; takové výkony nejsou; ordinovat mimo pracovní dobu.“

Otázka 4.

Jaké jiné odborníky/služby a jejich výkony využívají PL pro doplnění své péče o duševní zdraví pacientů:

Odpovědělo 26 respondentů.

21 respondentů – psychiatra (potíže: mnohdy nedostatečné lékařské zprávy, dlouhé objednací doby, krátký kontakt, nespokojenost pacienta s péčí, preskripce medikace bez vysvětlení léčby, často i nevhodná medikace)

19 respondentů – psychologů

12 respondentů – psychoterapeuta

12 respondentů – domácí péči (pomoc s domácností a hygienou, podávání léků, rehabilitace)

9 respondentů – sociálního pracovníka

6 respondentů – rehabilitační zařízení a lázně (na základě indikace specialisty)

3 respondenti – osobní asistenci (doprovody na vyšetření, kontrola termínů vyšetření, kontrola užívání medikace)

3 respondenti – složky IZS

Dále uvedeno:

– „nic; podle potřeby konkrétního pacienta; pouze psychiatr a psycholog hrazen v režimu ZP.“

Otázka 5.

Zájem PL konzultovat zdravotní stav pacienta s jiným odborníkem v péči o duševní zdraví:

Odpovědělo 27 respondentů.

20 respondentů odpovědělo kladně. 7 záporně.

Otázka 6.

Kdy PL vykonává návštěvní službu nebo se účastní případového setkání:

Odpovědělo 26 respondentů.

Návštěvní služba:

4 respondenti – pacient není schopen přijít do ordinace

3 respondenti – o návštěvu požádá rodina, podpora rodiny

3 respondenti – uznám-li to za přínosné

2 respondenti – imobilní pacient, senior s demencí

Dále uvedeno:

– „pacient se dlouho nedostavil na kontrolu“

– „při zhoršení zdravotního stavu i psychického“

– „když pacient nedochází na pravidelné kontroly u psychiatra (povinné ze zákona)“

– „snaha ponechat pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí“

– „u pacientů, kde neznám sociální prostředí“

– „při smysluplné spolupráci pacienta“

– „výjimečně“

– „běžnou součástí praxe, odborník (onkolog) navštívil za mou 24letou praxí pacienta doma jednou“

– „návštěvu může provádět psychiatr“

– „nevykonávám, jsem pracující důchodce“

– „když o ni požádá pacient“

Případové setkání:

3 respondenti – u komplikovaného pacienta

3 respondenti – nedovedu si v praxi setkání představit – (praktiků, psychologů i psychiatrů je málo; vnímám jako přínosné)

Dále uvedeno:

– „dosti nadstandardní, nemám zkušenost“

– „když se v péči nemohu pohnout z místa. Časově velmi náročné, ale u konkrétních pacientů by to bylo velmi přínosné, tuto možnost bych využila“

– „systém „galejí na obvodě“ to neumožňuje“

– „nejasný případ, problematické vztahy v rodině“

– „u pacientů, kteří nereagují dobře na léčbu, s problematickým chováním, agresivními projevy, s psychózou, nespolupracující“

– „nepovažuji za důležité, nic se tam nevyřeší“

Otázka 7.

Představa PL o spolupráci s dalšími odborníky v regionu:

Odpovědělo 25 respondentů.

3 respondenti shledávají, že spolupráce funguje (jeden má pozitivní zkušenost se spoluprací s CDZ)
– předpoklad individuální angažovanosti, ochoty, vstřícnosti, dobré vůle, dosažitelnosti a volné kapacity

– „předpokladem spolupráce je prostý selský rozum praktika, pokora a snaha hledat způsob pomoci k prospěchu pacienta“

– „spolupráce může fungovat, plní-li každá složka svoje povinnosti“

2 respondenti – ocení více informací o možnostech spolupráce a informovanost všech zúčastněných

2 respondenti – finanční ohodnocení

2 respondenti – sdílení dat (např. e-zpráva)

2 respondenti – kooperace záleží na jednotlivcích

2 respondenti – spolupráce s IZS a policií v krajním případě, spíše v minulosti

2 respondenti – spolupráce se sociální službou běžná a funkční, podpora chráněného bydlení, zaměstnání, pracovní rehabilitace

– zapojení sociálních služeb, když není pomoc ze strany rodiny

– možnost rychlé spolupráce při akutních psychických potížích, tzn. objednání na odborné vyšetření v brzkém termínu

– u kompenzovaných psychiatrických pacientů může PL provádět kontroly, předepisovat medikaci ev. aplikovat depotní injekce za předpokladu, že psychiatr přijme a vyšetří nového nebo dekompenzovaného pacienta nejpozději do 3 dnů + možnost telefonické konzultace

– koordinace všech zúčastněných složek – týmy, které by mohly situaci pacienta uchopit komplexně a koordinovat veškerou problematiku, by u mnohých pacientů byly dle mého názoru spásné

– spolupráce s úřady je spíše nutností (opatrovnictví)

– spolupráce je špatná, odpovědnost je pouze na lékaři, ostatní složky pacienta k lékaři jen dovážejí, psychiatr je nedostupný, i díky nepěči pojišťoven. Situace je vyřešena tím, že pacient je pak umístěn na LDN nebo Interní oddělení či psychiatrii.

– možná domluva v případě nutnosti

Uvedené překážky:

– „policie a úřady nefungují pro zákonnou povinnost“

2 respondenti – policie a složky IZS nekonají při nesouhlasu pacienta, když neohrožuje sebe nebo okolí; funguje pouze u agresivních pacientů

2 respondenti – nedostatek času na pacienta

Otázka 8.

Instituce a služby duševního zdraví, které PL v regionu znají (výběr z možností):

Odpovědělo 27 respondentů.

26 respondentů – Psychiatrická klinika FN Plzeň

26 respondentů – Psychiatrická nemocnice Dobruška

22 respondentů – Psychiatrické ambulance v regionu

12 respondentů – Ledovec z.s.

9 respondentů – Psychiatrické oddělení Klatovské nemocnice

9 respondentů – Centrum duševního zdraví Plzeň (CDZ)

7 respondentů – Krizová intervence Charita

7 respondentů – Krizová intervence Diakonie +

6 respondentů – Regionální institut duševního zdraví (RIDZ)

3 respondenti – Ambulance s rozšířenou péčí Plzeň

2 respondenti – Centrum duševního zdraví Klatovy (CDZ)

1 respondent – Občanské sdružení Krystal

1 respondentů – Fokus Písek – pobočka Sušice

1 respondent – jiné: K-centrum

0 respondentů – VIZDOM – tým pro včasnou intervenci (projekt NÚDZ)

Otázka 9.

Zkušenost a očekávání překážek ve spolupráci s dalšími odborníky v regionu:

Odpovědělo 25 respondentů.

7 respondentů – neočekává překážky

2 respondenti – překážky očekávají

Uvedené překážky:

– neochota spolupracovat

3 respondenti uvedli nedostatek času

– nejistota v dodržování povinné mlčenlivosti u policie a úřadů

– problém s tím, kdo to má řešit, kdo má dané složky kontaktovat a dát věci do pohybu

– policie nekoná, když pacient nechce

– zlepšení je zřejmé, ale rezervy jsou pořád velké, „prostě nejsou lidi“

5 respondentů uvedlo dobrou zkušenost (např. s opatrovníky, policií a složkami IZS)

4 respondenti uvedli špatnou zkušenost (např. se složkami IZS, nezájem o opatrovnictví, potíže s dopravou morbidně obézního mentálně postiženého pacienta a psychicky nemocných, kteří bezprostředně neohrožují sebe nebo své okolí, „zdlouhavé vyřizování agendy ze strany justice a úřadů“)

3 respondenti nemají žádnou zkušenost

Dále uvedeno:

– „neumím si představit řešit problém s nezdravotní institucí“

– „vše je o komunikaci“

– „spolupráce s uvedenými složkami je minimální“

– „řešení této problematiky pojišťovna praktickému lékaři nehradí“

– „pacient je nemocný, patří do zdravotnictví“

Otázka 10.

Způsob získávání potřebných informací z oblasti psychiatrické péče v regionu.

Odpovědělo 27 respondentů.

15 respondentů – ucelený manuál se všemi užitečnými informacemi a kontakty

10 respondentů – brožura s informacemi

10 respondentů – leták s kontakty na instituce zabývající se otázkami duševního zdraví

9 respondentů – certifikovaný on–line kurz

9 respondentů – představení služeb zástupcem konkrétní instituce (např. na zasedání praktických lékařů)

4 respondenti – kurz psychiatrické minimum

2 respondenti – certifikované školení na klíč

1 respondent – jiné: přeji si pouze co nejdříve ukončit praxi

1 respondent – jiné: ideálně v elektronické podobě

Otázka 11.

Okres, ve kterém PL ordinuje.

Odpovědělo 22 respondentů.

9 respondentů – Plzeň – město

4 respondenti – okres Tachov

2 respondenti – Plzeň – sever

2 respondenti – Plzeň – jih

2 respondenti – okres Klatovy

1 respondent – okres Rokycany

C) DOTAZNÍKY pro psychiatrii

Otázka 1.

V jakém zařízení lékař pracuje:

Odpovědělo 25 respondentů.

8 respondentů – psychiatrická ambulance

4 respondenti – PN Dobřany + 1 respondent současně ambulance a DD, DZR Charita Plzeň

4 respondenti – Psychiatrická klinika FN Plzeň + 1 respondent současně ambulance

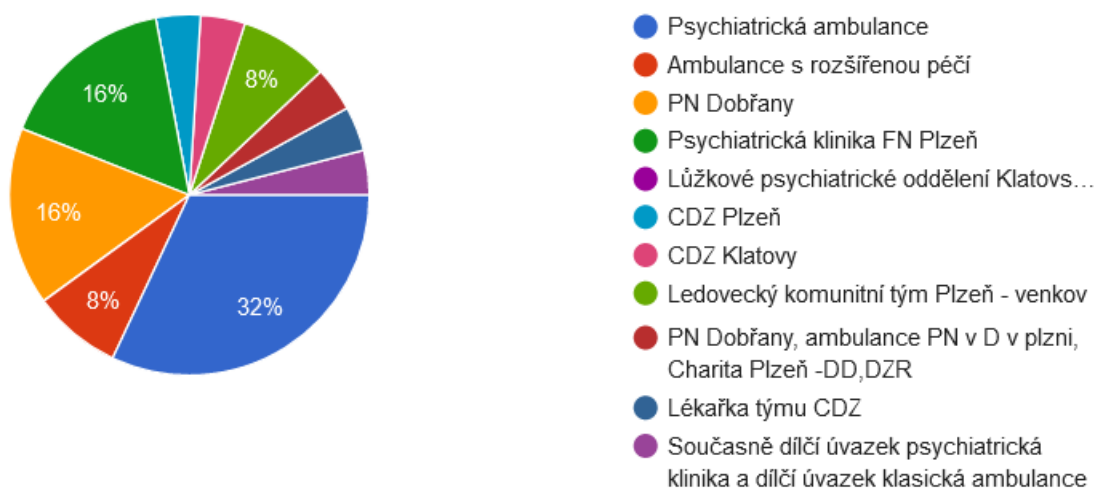
3 respondenti – CDZ (Plzeň, Klatovy)

2 respondenti – ambulance s rozšířenou péčí (ARP)

2 respondenti – komunitní tým Sociální rehabilitace Plzeň–venkov

0 respondentů – lůžkové oddělení nemocnice v Klatovech

Graf 1: V jakém zařízení lékař pracuje?



Zdroj: vlastní

Otázka 2.

Jaké výkony by dle jejich úsudku mohl vykonávat PL:

Odpovědělo 25 respondentů.

23 respondentů – objednání nového pacienta na vyšetření u specialisty

20 respondentů – telefonická konzultace se specialistou/psychiatrem

20 respondentů – přivolání terénního týmu s psychiatrem do bydliště pacienta

20 respondentů – pravidelné konzultace PL se specialistou ohledně zdravotního stavu konkrétního pacienta

19 respondentů – předepisování antidepresiv

18 respondentů – odesílání k hospitalizaci – přivolání IZS nebo policie

16 respondentů – screeningové vyšetření dle škál nebo základních testů (deprese, demence aj.)

16 respondentů – pravidelná zdravotní péče o kompenzovaného pacienta

10 respondentů – kontaktování nemocnice při hospitalizaci pacienta (informace o zdrav. stavu, návštěva...)

9 respondentů – aplikace depotních injekcí

6 respondentů – vyžádání psychiatrické sestry ke zhodnocení stavu pacienta

3 respondenti – předepisování antipsychotik

1 respondent – při odeslání k hospitalizaci poslat stručný výpis z dokumentace (předání info lůžkovému zařízení)

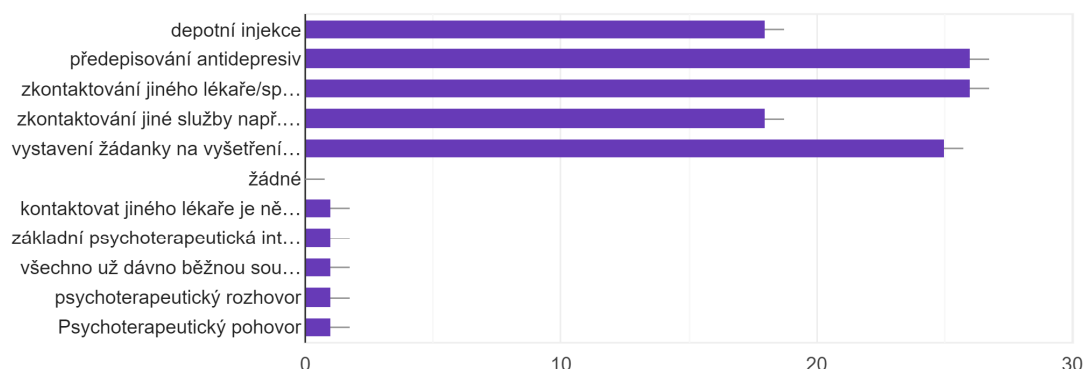
1 respondent – některé výkony PL standardně provádí, pokud bude PL suplovat pravidelnou péči psychiatrické ambulance, potřeboval by praxi a atestaci z psychiatrie

1 respondent – některé výše zmiňované věci by nemusely být špatné, ale obávám se, že to není v časových možnostech PL

Graf 2: Jaké výkony by dle jejich úsudku mohl vykonávat PL?

2. Jaké typy výkonů z oblasti péče o duševní zdraví si dokážete představit zahrnout do své praxe (prosím, zaškrtněte, doplňte):

27 odpovědí



Zdroj: vlastní

Otázka 3.

Očekávání ohledně fungování spolupráce specialistů s PL:

Odpovědělo 25 respondentů.

17 respondentů – očekává předávání informací, vzájemnou komunikaci a konzultaci zdravotního stavu pacienta (telefonicky, e-mailem)

PL by měl znát psychiatrické onemocnění svého pacienta, medikaci a přibližně současný psychický stav, v případě zhoršení (psychického i somatického stavu) informovat psychiatra

7 respondentů – informace o somatickém stavu pacienta, který je ovlivňován psychiatrickou medikací (metabolické parametry – váha, hladina cukru a cholesterolu, krevní obraz, neurologické změny, laboratorní náběry iontů, jaterní a ledvinové testy, komorbidity a patologie)

4 respondenti – vytipování klientů vhodných do péče CDZ nebo jiné psychiatrické péče (duševní obtíže včetně somatizace)

3 respondenti – terapie u vybraných, nekomplikovaných diagnóz – antidepresiva

2 respondenti – součinnost při nutnosti hospitalizace nebo plánovaného propuštění z nemocnice

2 respondenti – předcházet nadměrnému předepisování benzodiazepinu, hypnotik a anxiolytik

2 respondenti – u kompenzovaných pacientů aplikace depotních injekcí

2 respondenti – doporučení do péče psychiatra

2 respondenti – znalost sociálního a rodinného zázemí pacienta

1 respondent – kontinuální práce na odstraňování stigmatu spojeného s psychiatrickým oborem a pacienty

1 respondent – pomoc s domácí péčí a umístováním do sociálních zařízení

Otázka 4.

Zkušenost se spoluprací s PL:

Odpovědělo 25 respondentů.

15 respondentů – dobrá nebo uspokojivá zkušenost se spoluprací s PL

5 respondentů – jak se kterými, záleží na konkrétním PL

3 respondenti – minimální nebo žádná zkušenost

1 respondent – špatná, z důvodu odesílání pacientů na hospitalizaci bez domluvy (dochází k situacím, kdy není pro pacienta místo nebo má kontraindikace k přijetí např. embrieta), píše doporučení bez toho, aniž by pacienta viděli

1 respondent – potřeba pracovat na vylepšování komunikace mezi PL, psychiatry a pacienty, překážkou je, že pacienti často neví jméno svého PL, PL nejsou informováni o podrobnostech psych. léčby svých pacientů

1 respondent – pro některé pacienty je PL dostupnější než psychiatr (při akutní dekompenzaci či dlouhodobém selhávání v domácím prostředí)

Uvedené důvody spolupráce: „ověření či doplnění anamnézy, spolupráce v rámci sociálního zařízení, neschopenky, demence, indikace pečovatelského ústavu, rodinné zázemí.“

4.2 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT A DISKUZE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Díky výzkumu s PL jsem si uvědomila pestrost a různorodost jednotlivých zástupců populace lékařů v osobnostním i profesním smyslu. Setkala jsem se s velkou ochotou a otevřeností stejně tak, jako s rezolutním odmítnutím a ignorancí. PL jsou spíše individualistického ražení, pracují samostatně a vysoké procento lékařů v Plzeňském kraji je v předdůchodovém nebo důchodovém věku. Zajímavé bylo také zjištění, že se PL často nedaří navázat spolupráci ani mezi nimi samotnými (např. v rámci profesních sdružení), fungují odděleně a starší generace se s novou generací PL prakticky nezná.

Členství ve Sdružení praktických lékařů (SPL) není povinné. Sdružení všeobecného lékařství (SVL), vzdělávací organizace pro lékaře v Plzeňském kraji v čele s MUDr. Rudolfem Červeným, organizuje setkávání lékařů a rozšiřování nových informací napříč obory, to však v současné době z důvodu pandemie COVID 19 není možné, a tak spolupráce vázne.

Výstupy výzkumného šetření:

1. Zjištění podmínek zapojení PL do komunitní sítě na základě definování jejich potřeb a postojů:

PL uvádí potřebu finanční motivace ze strany pojišťoven k mezioborové spolupráci, naproti tomu zbavení se některých zbytečných úkonů ve prospěch tvoření sítě komunitní péče.

Dále PL uvádí nutnost vytvoření kvalitní zabezpečené elektronické komunikace.

Informování a individuální oslovování PL o nových službách v regionu.

Zlepšení komunikace nemocnice s PL – možnost přijet na osobní návštěvu pacienta, vidět, jak je léčen, co se s ním děje. Zároveň vidět nové přístroje, nové léky, nové přístupy.

PL očekávají rychlou spolupráci při akutních psychických potížích, tzn. objednání na odborné vyšetření v brzkém termínu.

„U kompenzovaných psychiatrických pacientů může PL provádět kontroly, předepisovat medikaci ev. aplikovat depotní injekce za předpokladu, že psychiatr přijme a vyšetří nového nebo dekompenzovaného pacienta nejpozději do 3 dnů a bude zde možnost telefonické konzultace.“

Potřeba je také zajištění koordinace všech zúčastněných složek – týmy, které by mohly situaci pacienta uchopit komplexně a koordinovat veškerou problematiku.

„Podstatné je, aby PL jako průvodce zdravotním systémem, měl přehled o tom, co všechno existuje, co by se mohlo a nemohlo dělat, a byl schopen odhadnout své zkušenosti. Znat odborníky,

vědět, co dělají za práci a mít možnost s nimi komunikovat o stavu pacienta.“

Fungující spolupráce je založena na předpokladu individuální angažovanosti, ochoty, vstřícnosti, zájmu o pacienta, dobré vůli a volných kapacitách.

2. Zjištění potřeb a postojů specialistů/psychiatrů pro zapojení PL do komunitní sítě:

Psychiatři vyjádřili potřebu zlepšení v oblasti předávání informací, mají zájem o vzájemnou komunikaci a konzultaci zdravotního stavu pacienta (telefonicky, e-mailem). Přáli by si dostávat informace o somatickém stavu pacienta, který je ovlivňován psychiatrickou medikací (metabolické parametry – váha, hladina cukru a cholesterolu, krevní obraz, neurologické změny...)

PL by měl znát psychiatrické onemocnění svého pacienta, medikaci a přibližně současný psychický stav, v případě zhoršení (psychického i somatického stavu) informovat psychiatra.

Dále by psychiatři ocenili ochotu PL vytipování klientů vhodných do péče CDZ nebo jiné psychiatrické péče (duševní obtíže včetně somatizace) a zprostředkování předání.

Psychiatři kvitují terapii u vybraných, nekomplikovaných diagnóz – předepisování antidepresiv, naproti tomu doporučují předcházet nadměrnému předepisování benzodiazepinu, hypnotik a anxiolytik

Vhodná by byla též součinnost při nutnosti hospitalizace z důvodu psychických obtíží nebo plánovaného propuštění z nemocnice.

3. Formulace výstupů a závěrů z dotazníků a rozhovorů s praktickými lékaři a psychiatry a porovnání s Metodikou zavádění multidisciplinárního přístupu a Metodikou pro spolupráci ARP s PL:

PL ve většině případů nejsou dostatečně informováni o možnostech péče o psychiatrické pacienty v regionu. Komunikace se specialisty se děje sporadicky a je založena na osobních známostech psychiatra. PL znají velká lůžková zařízení v kraji; komunitní služby, CDZ nebo ARP nezná téměř žádný z dotazovaných. Není vytvořený kontakt mezi jednotlivými složkami.

Neexistuje ustálený komunikační kanál pro předávání informací mezi PL a ostatními odborníky. Lékaři navíc často nerozumí lékařským zprávám od jiného lékaře specialisty. Je potřeba vytvořit kvalitní zabezpečenou elektronickou komunikaci.

Neexistuje jasný a jednotný postup, jak s novým nebo dekompenzovaným psychiatrickým pacientem pracovat, PL jednájí intuitivně.

PL nejsou motivováni pojišťovny k řešení nadstandardních situací a k vyšší míře podpory u psychiatrických pacientů – nutnost vyjednávat nové výkony s pojišťovny.

PL jsou velmi časově vytíženi, zavaleni administrativními úkoly jako např. psaní pracovních neschopenek, OČR, e–recepty a e–žádanky, telefonáty, formuláře pro pojišťovny nebo pracovních–lékařské povinnosti. Z toho plyne nedostatek času na jednotlivé pacienty a minimální prostor pro zavádění nových přístupů a nadstandardní péči.

Zjištěné informace z výzkumu v zásadě souzní s hlavními body Metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu (verze z první poloviny roku 2020) i Metodikou pro spolupráci ARP a PL. Jako zásadní se jeví vyjasnění role koordinátorů zavádění multidisciplinarity na 3. úrovni v daném regionu, který bude systematicky pracovat na tom, aby se o sobě jednotlivé složky dozvěděly a propojily svoje síly a možnosti ve vytváření podpůrné sítě pro pacienta/klienta s DO.

4. Vytvoření manuálu pro spolupráci praktických lékařů se specialisty a službami péče o duševní zdraví a tvorbu komunitní sítě v Plzeňském kraji:

Návrhu manuálu je věnována kapitola 4.3.

Diskuze výzkumných otázek:

VOI: *Jaké zkušenosti mají praktičtí lékaři s pacienty s duševním onemocněním (DO) ve své praxi?*

PL se nejčastěji setkávají u svých pacientů s depresivními stavy a úzkostmi, běžně předepisují základní antidepresiva, ve většině případů doporučují psychiatra, dále psychologa nebo psychoterapii (hrazenou pojišťovnami). Pokud má PL známého lékaře specialistu, konzultuje s ním zdravotní stav svého pacienta. Když PL vyhodnotí, že je potřeba odborná konzultace či vyšetření, má snahu domlout kontakt se specialistou před tím, než k němu pacienta odešle. Velmi často však narážejí na tyto překážky: dlouhá objednávací doba, nedostupnost psychiatrické péče v odlehlých okresech, nedostatečnost nebo nesrozumitelnost lékařských zpráv, krátký kontakt s pacientem nebo pacientova nespokojenost, nevyhovující medikace. Psychiatři (ani lůžková psychiatrická zařízení) ze své iniciativy většinou sami s PL nekomunikují, když pacient nesouhlasí s hospitalizací, policie nebo sanita ho neodveze.

VO2: *Jaké jiné specialisty/profese a jejich úkony využívají praktičtí lékaři pro doplnění péče o své pacienty s duševním onemocněním (DO)?*

PL nejčastěji zapojují do spolupráce službu domácí péče (home care).

V Případě DO komunikují s psychiatrem nebo k němu pacienta odesílají. Dále doporučují psychologickou péči. Všechny tyto služby jsou hrazeny pojišťovnou. PL častěji znají rodiny a sociální zázemí pacienta s DO na malém městě.

VO3: *Za jakých podmínek jsou praktičtí lékaři ochotni spolupracovat s ostatními službami z oblasti péče o duševní zdraví v regionu?*

PL dělají nebo si dovedou představit zahrnout do své praxe: předepisování antidepresiv, kontaktování specialisty, vystavení žádanky na odborné vyšetření nebo kontaktování jiné služby (např. domácí péče, sociální služby, CDZ). V součinnosti s psychiatrem aplikovat kompenzovanému pacientovi depotní injekce, provést kontrolu či napsat medikaci. Zaměřit se na včasný záchyt duševních onemocnění a provádět základní screening duševních onemocnění, pokud se bude jednat o výkon hrazený pojišťovnou.

PL i psychiatři stojí o komunikaci ohledně hospitalizace pacienta, za důležité v tomto případě považují i komunikaci s lůžkovým zařízením.

Psychiatři by od PL uvítali, aby k němu svého pacienta předem objednali, většina respondentů je nakloněna telefonické konzultaci i pravidelné komunikaci ohledně zdravotního stavu pacienta nebo přivolání terénního týmu s psychiatrem do místa bydliště pacienta. Dále by bylo vhodné, aby PL vytipovávali klienty vhodné do CDZ nebo jiné psychiatrické péče.

Z dotazníků pro PL i psychiatry vyplývá velký zájem vzájemně konzultovat psychický i somatický stav, medikaci konkrétního pacienta (metabolické změny) a vzájemně se informovat o změnách zdravotního stavu. Zájem projevilo 20 PL z 27 respondentů a 17 psychiatrů z 25 respondentů. Konzultace může probíhat po telefonu, e-mailem nebo e-zprávou.

VO4: *Jaká je zkušenost praktických lékařů se spoluprací s ostatními službami z oblasti duševního zdraví?*

Dle získaných odpovědí je dobrá zkušenost PL se vzájemnou spoluprací se specialisty v necelé polovině případů. Mezi uvedenými překážkami se objevuje: nedostatek času, ochoty, nedostatek praktických lékařů a psychiatrů, chybí finanční motivace ze strany pojišťoven a zásadní je problém s tím, kdo má co řešit, kontaktovat dané složky a celou spolupráci koordinovat.

Na druhé straně 15 psychiatrů (z 25 respondentů) mají se spoluprací s PL dobrou zkušenost.

VO5: *Jakým způsobem mohou praktičtí lékaři získat potřebné informace o duševním onemocnění a institucích, které se zabývají oblastí duševního zdraví v Plzeňském kraji?*

PL mají ve většině případů zájem se dozvědět o možnostech služeb psychiatrické péče v kraji a ujasnit si, jak mají postupovat v případě příchodu nového psychiatrického pacienta, nebo zhoršení zdravotního stavu pacienta stávajícího. Ideálním způsobem, jak informaci rozšířit, je ucelený informační manuál, brožura nebo leták, obsahující základní informace o jednotlivých službách, jak pracují a jejich kontakty (i elektronicky).

Informační kanály – oslovení SVL za účelem rozšíření povědomí o existujících službách, individuální oslovování a informování PL (osobně či telefonicky). Činit tak opakovaně nebo využít kombinaci možností. Nově vzniklé služby i fungující organizace by měly dát o sobě vědět krajskému předsedovi praktických lékařů MUDr. Michaelovi Dimitrovovi, ten dále e-mail rozešle okresním předsedům, a ti dále řadovým PL v okrese.

Případová setkání jsou pro většinu PL v praxi nepředstavitelná, dle několika odpovědí vhodná pouze u komplikovaných pacientů.

4.3 NÁVRH MANUÁLU PRO ZAPOJOVÁNÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ DO MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE NA ÚZEMÍ PLZEŇSKÉHO KRAJE

Vážená paní doktorko/Vážený pane doktore,

jsme si vědomi toho, že praktický lékař hraje klíčovou úlohu v detekci a včasném zachytu duševních onemocnění a jeho doporučení pacientovi zásadně ovlivňuje další vývoj nemoci i kvalitu jeho života člověka.

Tento materiál se Vám dostává do ruky pro přehled o možnostech a postupech v péči o psychiatrické pacienty, které přináší aktuálně probíhající reforma psychiatrické péče v České republice. Materiál obsahuje mimo jiné kontaktní údaje na zdravotní a sociální služby psychiatrické péče v Plzeňském kraji.

Možnosti spolupráce pro konkrétní situace:

- psychický stav pacienta má dopad na jeho sociální situaci (komplexní péče)
 - *kontaktování Centra duševního zdraví (CDZ) nebo Ambulance s rozšířenou péčí (ARP)*
- vyjednání první návštěvy/vyšetření pacienta s psychickými problémy, vzájemné doplnění informací či nastavení společné léčby
 - *telefonické kontaktování Ambulantního psychiatra (AP)*
- rozhodování o hospitalizaci nebo plánování propuštění konkrétního pacienta z hospitalizace, konzultace následného postupu péče
 - *telefonické kontaktování ošetřujícího psychiatra (CDZ, ARP, AP)*
- detekce psychického onemocnění a včasný zásah (Early intervention)
 - *kontaktování týmu VIZDOM Plzeň nebo CDZ Plzeň/Klatovy*
- otázky řešení opatrovnictví, „dávky“ nebo pracovní rehabilitace apod.
 - *možnost komunikace s místním úřadem dle místa bydliště pacienta – Sociálním odborem, popř. příslušným Úřadem práce*

Psychiatrický pacient v ambulanci PL:

- **NOVÝ PACIENT** – rozhovorem zmapování psychických obtíží pacienta a vyhodnocení jeho celkového zdravotního stavu. Vytvoření rámcové představy o jeho aktuální životní situaci a sociálním zázemí.

Doporučení pacientovi k návštěvě lékaře specialisty, popř. psychologa, a dojednání kontaktu s CDZ

Plzeň či CDZ Klatovy, ARP nebo Ambulantním psychiatrem v místě bydliště.

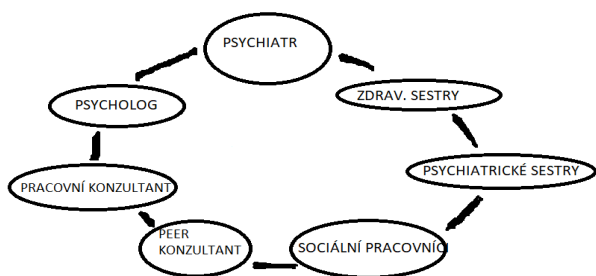
- DEKOMPENZOVANÝ PACIENT – možnost telefonicky informovat CDZ Plzeň či CDZ Klatovy (terénní multidisciplinární tým) nebo ARP (MUDr. Luboš Janů, MUDr. František Soukup). V případě, že pacient má svého AP – možnost konzultovat s ním postup hospitalizace před přivoláním Policie či složek IZS. Komunikace s lůžkovým zařízením psychiatrické péče.
- DEPRESIVNÍ PACIENT – screening a klasifikace závažnosti deprese. Nastavení terapie a doporučení návštěvy (konkrétního) psychologa či psychoterapeuta. Předcházení nadměrnému předepisování benzodiazepinů, hypnotik a anxiolytik. Případná telefonická konzultace s psychiatrem či odeslání ke specialistovi (AP, ARP, CDZ).

V rámci reformy vznikly tyto nové zdravotně – sociální služby:

Struktura a charakteristika Centra duševního zdraví (CDZ):

Jedná se o mezičlánek mezi primární a lůžkovou specializovanou péčí. Terénní tým CDZ se skládá ze zdravotních a sociálních pracovníků (multidisciplinární tým). Jeho úkolem je prevence případně zkracování hospitalizací a komplexní podpora při reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Do spolupráce zahrnuje také další subjekty a služby s cílem zajistit co nejvyšší míru kvality života konkrétního člověka (např. zapojení rodiny, školy, zaměstnavatele, osobní asistence, pečovatelské služby apod.)

Obrázek 10: Struktura a charakteristika Centra duševního zdraví (CDZ)



Zdroj: vlastní

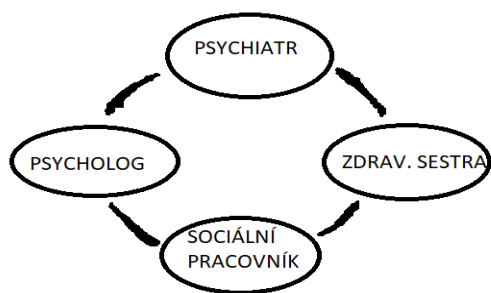
Struktura a charakteristika Ambulance s rozšířenou péčí (ARP):

Jedná se o zavedenou a fungující psychiatrickou ambulanci, která je rozšířena o další spektrum služeb, prováděných nelékařskými profesemi s vyšším podílem týmové práce. Rovněž jako CDZ, i ARP je mezičlánkem mezi primární a specializovanou péčí (akutní i lůžkovou). Také poslání je u ARP stejné jako u CDZ. Pacientovi s psychickými obtížemi je poskytována odborná psychiatrická i sociální péče zajištěna psychiatry, psychiatrickými sestrami, psychology, psychoterapeuty a sociálními pracovníky.

Struktura a charakteristika týmu Včasné intervence (VIZDOM):

Jedná se o terénní tým složený z psychiatra, zdravotní sestry, psychologa a sociálního pracovníka. Jeho úkolem je včasný zásah při prvních projevech duševního onemocnění – podpora klienta a jeho blízkého okolí (psychoedukace, podpora v rodině, ve škole, v zaměstnání apod.)

Obrázek 11: Struktura a charakteristika týmu Včasné intervence (VIZDOM)

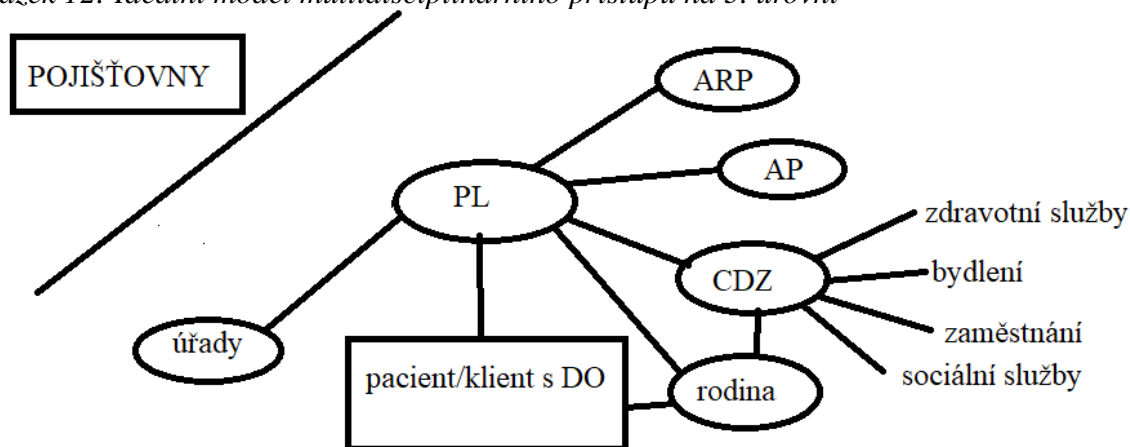


Zdroj: vlastní

Ideální model multidisciplinárního přístupu na 3. úrovni:

Vytvoření komunitní sítě v rámci spádové oblasti (např. 100 tisíc obyvatel), kde se subjekty zdravotní a sociální péče vzájemně znají, vzájemně propojují a provazují svoje odbornosti, navazují na sebe a společně se podílejí na řešení tíživé (zdravotní i sociální) situace pacienta/klienta.

Obrázek 12: Ideální model multidisciplinárního přístupu na 3. úrovni



Zdroj: vlastní

Financování ze strany pojišťoven:

Od 1.1.2019 dle Vyhlášky č. 301/2018 Sb. byl sazebník výkonů obohacen o dva mezioborové signální výkony: Výkon **01543** – Signální výkon klinického vyšetření a Výkon **09532** – Signální výkon prohlídky dispenzarizované osoby. Tyto signální výkony slouží ke zjištění četnosti konkrétních intervencí, a dále pak povedou k hledání cest, jak bonifikovat praktického lékaře, který převezme náročné pacienty s duševním onemocněním do péče.

Více informací k reformě psychiatrické péče:

MZ ČR – <https://www.reformapsychiatrie.cz/>

ÚZIS – Národní portál psychiatrické péče – <http://psychiatrie.uzis.cz>

Česká psychiatrická společnost z. s. – <https://www.psychiatrie.cz/reforma>

MZ ČR, Příloha č. 8 Metodika pro spolupráci ARP a praktického lékaře

Děkujeme za Váš čas a ochotu podílet se na vytváření komplexní péče o pacienty/klienta s duševním onemocněním.

Služby psychiatrické péče v Plzeňském kraji:

- AMBULANTNÍ PÉČE

1. Ambulance s rozšířenou péčí (ARP)

Jméno	Adresa	Kontakt	www	e-mail
MUDr. Luboš Janů	A-shine s.r.o. Smrková 23, Plzeň	777 732 244 371 141 642	https://ambulance-smrkova.webnode.cz/	Ambulance.smrkova@gmail.com
MUDr. František Soukup	Alej Svobody 29, Plzeň	775 307 011	http://www.psychiatrie.help/	Sestra@psychiatrie.help

2. Psychiatrické ambulance

Okres	Město	Ambulance	Kontakt
Plzeň-město	Plzeň	MUDr. Magdalena Boříková Vojtková MUDr. Ludmila Chaloupková MUDr. Petra Dočkalová	377 429 254 777 072 600
	Plzeň	Psychiatrie-ambulance s.r.o. MUDr. Veronika Sýkorová MUDr. Jana Nyklesová MUDr. Maroš Hrinko	602 350 018 727 837 487 722 931 327 602 229 081 psychiatrie.ambulance.sro@gmail.com
	Plzeň	MUDr. Lenka Puflerová	725 902 902 puflerova@centrum.cz
Plzeň-sever	Třemošná	MUDr. Jana Bytelová	601 165 441
	Plasy	MUDr. Gabriela Valášiková	722 416 630
	Zbůch, Horní Bříza	MUDr. Jaroslava Murgašová	377 830 611 608 703 358
Plzeň-jih	Blovice	MUDr. Markéta Regentová	722 435 766
	Přeštice	MUDr. Petra Šmrhová	377 982 285
	Nemocnice Stod	MUDr. Válková	377 193 674
Rokycany	Rokycany	Opti Health s.r.o. MUDr. Jitka Rumlová MUDr. Vladimíra Bečvářová	732 314 409 739 677 689

		MUDr. Mgr. Petra Elesabeth Teslíková	737 483 373
	Rokycany	MUDr. Markéta Malá	371 724 010
	Zbiroh	MUDr. Eva Jílková	371 794 225
Tachov	Tachov, Planá, Bor	MUDr. Miroslava Žáčková	773 252 101 Ambulance.tachov@gmail.com
	Mariánské lázně	MUDr. Jana Pechová	733 392 895 jana.pechova@volny.cz
	Stříbro	MUDr. Luboš Janů	777 732 244
Klatovy	Klatovy	Psychiatrická praxe s. r o. MUDr. Marta Baštařová	376 315 282
	Klatovy	MUDr. Jana Bytelová	601 165 441
	Sušice, Horažďovice	MUDr. Pavel Sysel	775 132 340 376 511 901
Domažlice	Domažlice	MUDr. Viliam Janáč	379 725 814
	Domažlice	MUDr. Zdeňka Böhmová	608 701 387
	Kdyně	Psychiatrická ordinace	603 256 559

• KOMUNITNÍ PÉČE

Služba	Co a pro koho	Kontakt	www
CDZ Plzeň	Multidisciplinární terénní tým pro lidi s duševním onemocněním (DO)	377 429 616 776 100 101	https://www.ledovec.cz/centrum-dusevniho-zdravi-kontakty/cdz-plzen
CDZ Klatovy	Multidisciplinární terénní tým pro lidi s DO	725 034 626 MUDr. Viola Chvalová	https://www.ledovec.cz/centrum-dusevniho-zdravi-kontakty/cdz-klatovy
SR Ledovec Plzeň- venkov	Terénní tým pro lidi s DO na území ORP Kralovice, Rokycany, Blovice, Přeštice, Stod, Nýřany, Stříbro	377 429 616 776 100 101	https://www.ledovec.cz/socialni-rehabilitace-ledovec
RIDZ (Regionální institut duševního)	Ambulantní psychiatrie, klinická psychologie a systematická psychoterapie	377 462 314 731 072 964 info@ridzplzen.	https://ridzplzen.cz/

zdraví)		CZ	
Spolek ULICE Plzeň	Pro lidi se závislostí, Zdravotně–sociální tým, substituční léčba	728 243 690 info@ulice– plzen.com	https://www.ulice-plzen.com/
Terénní krizová služba (Diecézní Charita)	Terénní tým pro lidi v krizi v Plzni	777 167 004 (nonstop) krize@dchp.cha rita.cz	https://www.dchp.cz/jak-pomahame/v-plzenskem-kraji/pomoc-v-krizovych-situacich/terenni-krizova-sluzba/
Intervenční centrum Plzeňského kraje (Diecézní Charita)	Pro lidi ohrožené domácím násilím	777 167 004 (nonstop) ic@dchp.charita .cz	https://www.dchp.cz/jak-pomahame/v-plzenskem-kraji/pomoc-v-krizovych-situacich/intervencni-centrum-plzenskeho-kraje/
SOS Domažlice (Diecézní Charita)	Ambulantní a terénní forma sociální rehabilitace	731 433 020 ivana.frohlichov a@dchp.charita. cz	https://www.dchp.cz/jak-pomahame/v-plzenskem-kraji/pomoc-v-krizovych-situacich/sos-domazlice/
Plus pro lidi v krizové situaci (Diakonie Západ)	Ambulantní služba pro lidi v krizi	733 414 421 plus@diakoni ezapad.cz	https://www.diakoniezapad.cz/sluzby-diakonie-zapad/pro-lidi-v-nouzi/plus-pro-lidi-v-krizove-situaci/
VIZDOM (Early intervention)	Včasný záchyt DO, pro mladistvé, první ataka DO	777 465 193 775 778 251 plzen@nudz.cz	www.vizdom.cz

• NEMOCNICE

Název	Oddělení	Kontakt
Psychiatrická klinika FN Plzeň www.fnplzen.cz/cs/psych	Ambulance všeobecná	377 103 142
	Ambulance dětská a dorostová	377 103 139
	Ambulance pro léčbu závislostí	607 016 965 377 103 157
	Sexuologická ambulance	377 103 187 607 001 482
	Psychosomatická ambulance	377 103 187 377 103 220
	Akutní dospělí odd. C	377 103 137 URBANOVAL@fnplzen.cz
	Odd. léčby závislostí a detox	377 103 131, 377 103 193 SCHNEIDEROVAM@fnplzen.cz
	Dětské a dorostové odd. A	377 103 225 FENCLOVAB@fnplzen.cz
	Psychoterapeutické odd.	377 103 195 KASAKOVA@fnplzen.cz
PN Dobřany www.pnvd.cz	15 primariátů, 32 oddělení Kapacita:	377 813 111
	Psychiatrická ambulance Plzeň–Bory	373 723 111 (218, 324, 326)
	Psychiatrická ambulance Přeštice	377 982 285
Nemocnice Klatovy www.klatovy.nemocnicepk.cz/ psychiatricke–oddeleni/	Ambulance + Lůžkové odd. Kapacita: 20 lůžek	376 335 808 376 335 806 primář

5 ZÁVĚR

Propojenost a spolupráce systémů zdravotní a sociální péče v České republice je z mého pohledu nevyhnutelná, protože zdraví a sociální fungování člověka v praxi jde ruku v ruce a nejde oddělit. Když se pokazí jedno, je jen otázka času, kdy dojde ke krizi také v druhé oblasti.

Pracovníci sociální sféry, se kterými se setkávám v zaměstnání, si tuto potřebu většinou uvědomují, avšak na zdravotníky pohlížejí dost často „skrz prsty.“ Zrovna tak zdravotní pracovníci a lékaři, se kterými jsem díky výzkumu hovořila, mají výhrady a předsudky k sociální oblasti. Práce vedoucí k destigmatizaci a redukci negativních hodnocení jednotlivých složek je na obou stranách. V případě psychiatrie jsou to strany tři, protože obor sám byl po dlouhá léta tabuizován, a přestože projekt Destigmatizace je v plném proudu, výsledky jeho působení v populaci dosud nejsou zcela viditelné.

Věřím však, že je důležité v tomto způsobu mravenčí práce setrvat a pokračovat, bourat negativní mýty a odkrývat témata, která jsou pro většinovou společnost děsivá. Jenže hranice mezi dobrým a špatným duševním zdravím, potažmo duševním onemocněním, je velmi tenká. Vzhledem k nestabilitě a rychlosti dnešní doby se může stát velmi snadno každému z nás, že se ocitne „na druhé straně“. Toto riziko ještě stoupl v období, které aktuálně všichni zažíváme – pandemii COVID 19.

Zpracování systémově zcela nového tématu bylo pro mne velkou výzvou. Mám ale obrovskou výhodu v tom, že svoje zaměstnání v NNO Ledovec dělám srdcem, a přímá práce s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním mě opravdu naplňuje. Skrze příběhy lidí s DO si každý den uvědomuji křehkost a drobné nuance lidské duše a to, jak důležité je o ni správně pečovat. Proto jsem se také při výběru DP rozhodla pro téma, které svým zpracováním může v běžné praxi přispět ke kvalitnějšímu a komplexnějšímu přístupu k péči o lidi, kteří povahou vážného duševního onemocnění často ztrácejí schopnost průbojnosti a odvahy postavit se za svá lidská práva.

Díky DP jsem měla možnost hovořit s mnoha zajímavými, a pro reformu psychiatrické péče významnými lidmi, a dostala nabídku na spolupráci při tvorbě metodiky zaměřené na zapojování PL do komunitní multidisciplinární spolupráce. Byla by to jedna ze 14 plánovaných metodik projektu MZ ČR Zavádění multidisciplinární spolupráce k duševně nemocným.

Klíčovým momentem pro vytvoření mezioborové spolupráce se jeví jako bazální schopnost a ochota komunikovat a vědět jeden o druhém. Teprve ve chvíli, kdy bude lékař praktik či specialista vědět, kam se dále obrátit pro informace či jiný (snadno dostupný) druh podpory, může se rozhodnout, zda tuto možnost využije, či nikoliv. Jsem přesvědčena o tom, že kromě ochoty každého individuálního odborníka, jsou stavebními pilíři multidisciplinární spolupráce:

- vzájemná informovanost o možnostech služeb zdravotní a sociální péče v regionu,
- jasná linie postupů a koordinace péče,
- kvalitní komunikační kanál pro předávání informací,
- legislativní zakotvení mezioborové kooperace,
- motivace zdravotnických pracovníků ze strany zdravotních pojišťoven.

Uvádím všechny tyto předpoklady cíleně, protože se v praxi ukazuje, že samotná povinnost informovat a v péči spolupracovat s ostatními odvětvími, obory a odborníky, kterou zdravotníkům ukládá zákon nestačí. Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 46 je poskytovatel zdravotních služeb povinen zajistit, aby se pacient dozvěděl o všech možnostech dostupné zdravotní péče i dalších možných sociálních službách, které mu mohou pomoci zlepšit jeho zdravotní stav. Zejména pak o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace. Výzkum Mgr. Petra Džambasova, ředitele NNO Centrum ucelené rehabilitace (zdravotní, sociální a pracovní), navazující na 25letou zkušenost Vzdělávací společnosti EDOST, nasvědčuje tomu, že v běžné praxi praktického lékaře se například na oblast pracovní rehabilitace zcela zapomíná. *„Legislativně je k dispozici možnost, aby ošetřující lékař doporučil v dlouhodobé pracovní neschopnosti pracovní rehabilitaci. O této možnosti účastníci výzkumu měli obecně malé povědomí. Tento fakt podporuje i skutečnost, že tato možnost není v praxi v podstatě využívána (pouze 2 osoby v celé ČR za uplynulých 12 let). Dle názorů účastníků výzkumu se jedná o klíčový faktor podporující včasnost rehabilitačního procesu...“* (Džambasov, 2017)

Závěrem chci říci, že potřeba reformovat psychiatrickou péči a propojovat všechny dostupné zdravotní a sociální služby v regionu, jejichž intervence povede ke zkvalitnění života člověka s duševním onemocněním, je čím dál více naléhavá. Nejen z mnoha výše uvedených důvodů, ale také vzhledem k současné deprivaci situaci většiny populace České republiky i celého světa, a to z hlediska epidemiologického i politického.

Věřím, že manuál, který jsem vytvořila, pomůže usnadnit spolupráci klíčových aktérů péče – totiž praktických lékařů – s ostatními subjekty jednajícími pro reformu psychiatrické péče.

6 ZDROJE

BURIÁNEK, J. 1994. *Systémová sociologie: Problém operacionalizace*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-842-3

(Buriánek, 1993)

DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7

(Disman, 2002)

DŽAMBASOV, P., DOSTÁL, J., KOTÍKOVÁ, J., a RÜCKER, R. 2017. *Screening podmínek pracovní, léčebné, sociální a pedagogické rehabilitace v ČR*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-305-0

(Džambasov, 2017)

FOUCAULT, M. 2006. *History of madness*. New York: Routledge. ISBN 978-04-1547-726-0

(Foucault, 2006)

HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9

(Hendl, 2016)

Institut pro sociální politiku a výzkum, 2017. *Sociálně–zdravotní pomezí (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016 – 2025)* [online]. [cit. dne 25.2.2021]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/socialne-zdravotni-pomezi-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>

(Sociální politika, 2017)

KALVACH, Z. 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-07-5

(Kalvach, 2014)

MIŠOVIČ, J. 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2
(Mišovič, 2019)

MMR. 2020. *Koncepce psychiatrické péče Plzeňského kraje 2016 – 2023. Databáze strategií. Portál strategických dokumentů ČR*. [online]. [cit. dne 15.1.2021] Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/pzk/strategie/koncepce-psychiatricke-pece-plzenskeho-kraje-2016>
(MMR, 2020)

MOHR, P. 2019. „Cena léčby – a co nás stojí neléčit.“ In: *Česká a Slovenská psychiatrie 2019;115(4): 153 – 154*. [online]. [cit. dne 13.1.2021]
Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1276>
(Mohr, 2019)

MURPHY, S. et al. 2012. „Crisis intervention for people with severe mental illnesses.“ In: *Cochrane Database of Systematic Reviews; 5:CD001087* [online]. [cit. dne 20.11.2020]
Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22592673/>
(Murphy, 2012)

MV ČR. 2016. *Metodické doporučení k řízení kvality v územních a samosprávních celcích*. Praha: Odbor strategického rozvoje a koordinace veřejné správy. [online]. [cit. dne 20.3.2021] Dostupné z: www.mvcr.cz/Metodicke_doporuceni_k_rizeni_kvality_v_USC.pdf
(SRPP, MZ ČR, 2016)

MZ ČR. 2013. *Strategie reformy duševního zdraví*. Praha. [online]. [cit. dne 13.10.2020] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
(MZ ČR, 2013)

MZ ČR. 2016. „Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním. Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ).“ In: *Věstník 5/2016. Praha. s. 35 – 51.* [online]. [cit. dne 16.10.2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/11835/36106/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%205-2016.pdf>
(Věstník 5, 2016)

MZ ČR. 2017. *Informace o projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné. Příloha-1_DI_web.* Praha. [online]. [cit. dne 18.10.2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-deinstitutionalizace-sluzeb-pro-dusevne-nemocne/>
(MZ ČR, Příloha-1 DI, 2017)

MZ ČR. 2018. *Informace o projektu Podpora nových služeb pro duševně nemocné. Příloha-1_NS.* Praha. [online]. [cit. dne 20.10.2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-novych-sluzeb-v-peci-o-dusevne-nemocne/>
(MZ ČR, Příloha_NS, 2018)

MZ ČR. 2018. *Informace o projektu Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným. Příloha-1_MD_web.* Praha. [online]. [cit. dne 21.10.2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-zavedeni-multidisciplinariho-pristupu-k-dusevne-nemocnym/>
(MZ ČR, Příloha-1_MD, 2018)

MZ ČR. 2018. *Metodika programu podpory Center duševního zdraví.* [online]. [cit. dne 25.10.2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/.../Metodika%20programu%20CDZ.docx>
(MZ ČR, Metodika programu CDZ, 2018)

MZ ČR. 2018. „Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz.“ In: *Metodika programu podpory Center duševního zdraví, Příloha č. 6* [online]. [cit. dne 26.10.2020] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D.6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf (MZ ČR, Základní principy péče poskytované v CDZ, 2018)

MZ ČR. 2019. *Metodika programu podpory psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí*. [online]. [cit. dne 5.11.2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-ambulanci-s-rozsirenou-peci/> (MZ ČR, Metodika programu podpory vzniku ARP, 2019)

MZ ČR. 2019. „Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy ambulancí s rozšířenou péčí (ARP) (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).“ In: *Metodika programu podpory psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí, Příloha č. 6*. [online]. [cit. dne 8.11.2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-ambulanci-s-rozsirenou-peci/> (MZ ČR, Základní principy péče poskytované ARP, 2019)

MZ ČR. 2019. „Metodika pro spolupráci ambulance s rozšířenou péčí a praktického lékaře.“ In: *Metodika programu podpory psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí, Příloha č. 8*. [online]. [cit. dne 10.11.2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-ambulanci-s-rozsirenou-peci/> (MZ ČR, Metodika pro spolupráci ARP a PL, 2019)

MZ ČR. 2020. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným*. [online]. [cit. dne 20.1.2021] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-zavedeni-multidisciplinariho-pristupu-k-dusevne-ne_15187_3837_8.html (MZ ČR, Metodika multidisciplinárního přístupu, 2020)

MZ ČR. 2020. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030, [online]. [cit. dne 15.10.2020]
Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html
(NAPDZ 2020 – 2030, MZ ČR)

MZ ČR. 2020. „Sdělení Ministerstva zdravotnictví o seznamu psychiatrických nemocnic, kterým byl Výkonným výborem pro implementaci Strategie reformy psychiatrické péče schválen transformační plán.“ In: *Věstník 4/2020. Praha. s. 13 – 14.* [online]. [cit. dne 22.12.2020] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18867/40750/Vestnik%20MZ_4-2020.pdf
(Věstník 4, 2020)

MZ ČR. 2020. *Ministerstvo zdravotnictví vybralo poskytovatele dotace na vznik adiktologických multidisciplinárních týmů, provoz spustí na podzim.* Praha. [online]. [cit. dne 12.12.2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-poskytovatele-dotace-na-vznik-adiktologickych-multidisciplinarnich-tymu-provoz-spusti-na-podzim/>
(MZ ČR, 2020)

NÚDZ. 2015. *O NUDZ.* [online]. [cit. dne 2.2.2021] Dostupné z: <https://www.nudz.cz/o-nudz/o-nudz/>
(O NUDZ, 2015)

NÚDZ. 2017. *Na rovinu – Projekt Destigmatizace.* [online]. [cit. dne 19.11.2020] Dostupné z: <https://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>
(NÚDZ, 2017)

NÚDZ. 2018. *VIZDOM – Včasná intervence u závažných duševních onemocnění.* [online]. [cit. dne 14.1.2020] Dostupné z: <http://vizdom.cz>
(NÚDZ, 2018)

OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5199-3
(Ocislová, Praško, 2015)

PAPEŽOVÁ, S. a spol., 2017. „Výzvy a úskalí změn ve financování psychiatrické péče.“ In: *Časopis Česká a Slovenská psychiatrie 113(1)*: 5 – 6. [online]. [cit. dne 20.11.2020] Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1133>

(Papežová, 2017)

PCP. 2011. *Psychiatrické centrum Praha – 50let.* [online]. [cit. dne 3.1.2021] Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/zprava1961_2011.pdf

(PCP, 2011)

PETRUSEK, M. 1993. *Teorie a metoda v moderní sociologii.* Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-799-0

(Petrusek, 1993)

PROTOPOPOVÁ, D., DUŠKOV, I. 2019. *Aktuální stav reformy péče o duševní zdraví – kde jsme a kam jdeme?* EU, MZ ČR a Reforma péče o duševní zdraví: Strategie péče o duševní zdraví [online]. [cit. dne 2.11.2020] Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/aktuality/Aktualni-stav-reformy-pece-o-dusevni-zdravi--kde-jsme-a-kam-jdeme.pdf>

(Protopopová, Duškov, 2019)

RABOCH, J. 2003. „Postavení psychiatrie mezi ostatními obory.“ In: *Transformace oboru psychiatrie.* Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s MZ ČR a společností Academia Pragensis

(Raboch, 2003)

RABOCH, J. et al. 2010. *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče III.* Praha: Tribun. ISBN 978-80-7399-984-1

(Raboch, 2010)

RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. a spol. 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu.* Praha: Česká psychiatrická společnost o. s.

(Raboch, 2012)

RAGINS, M. 2002. *A Road to recovery. Los Angeles: MHALA. ASIN : B00-45-DNN-2-A*
(Ragins, 2002)

Reforma psychiatrie. 2020. *Dotační projekt MZ podpoří vznik ambulancí a multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty.* Praha. [online], [cit. dne 5.1.2021] Dostupné z: https://reformapsychiatrie.cz/clanek/dotacni-projekt-mz-podpori-vznik-ambulanci-multidisciplinariho-tymu-dusevniho-zdravi-pro?term_id=48
(Reforma psychiatrie, 2020)

RIDGWAY, P., McDIARMID, D., DAVIDSON, L., BAYES, J., RATZLAFF, S. 2014. *Cesty k zotavení.* Přeložila Jitka Charvátová. USA: University of Kansas School of Social Welfare, ISBN: 978-1-5031-7191-6
(Ridgway, McDiarmid, Davidson, Bayes, Ratzlaff, 2014)

ROELANDT, J. 2017. „Zkušenosti se službami duševního zdraví v oblasti východní Lille – občanská psychiatrie integrovaná do města.“ In: Toresini, L., Mezzina, R., 2017. *Za zdmi - Deinstitutionalizace v Evropských příkladech dobré praxe.* Praha: Focus. s. 36 – 48
(Roelandt, 2017)

ROUTHU, M., ROUTHU, S., HOSÁK, L. 2014. „Komunitní psychiatrie ve Velké Británii – vlastní zkušenosti.“ In: *Česká a Slovenská psychiatrie 110(5): 264 – 267.* [online]. [cit. dne 3.12.2020] Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=978>
(Routhu, Hosák, 2014)

SASHIDHARAN, S. 2010. Zkušenosti ze severního Birminghamu, které potvrzují fungování komunitního přístupu. In: Toresini, L., Mezzina, R., 2017. *Za zdmi - Deinstitutionalizace v Evropských příkladech dobré praxe.* Praha: Focus. s. 16 – 27
(Sashidharan, 2010)

SCHEFFLER, R., M. 2008. *Mental health care reform in the Czech a Slovak Republics, 1989 to the present.* Prague: Karolinum Press. ISBN 978-80-246-1466-3
(Scheffler, 2008)

Sociotrendy. 2015. *Metodická příručka vytváření komplexních systémů služeb pro rodiny a děti – metodika síťování*. [online]. [cit. dne 30.1.2021] Dostupné z: <http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Metodika-sitovani-sluzeb.pdf>

(Sociotrendy, 2015)

STREJČKOVÁ, A. 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent*. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7168-943-0

(Strejčková, 2007)

ŠIMONOVÁ, S. 2009. *Modelování procesů a dat pro zvyšování kvality*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta ekonomicko-správní. ISBN 978-80-7395-205-1

(Šimonová, 2009)

ŠKODA, M. 2018. „Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných.“ In: *Psychiatrie pre prax*, 2016; 17(2e): e24–e34 [online]. [cit. dne 12.11.2020] Dostupné z: http://www.psychiatriepreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=9161&magazine_id=2

(Škoda, 2018)

TORESINI, L., MEZZIANA, R. 2010. *Beyond the walls. Oltre i muri. Deinstitutionalisation in european best practises in mental health*. Alpha & Beta. ISBN 978-88-7223-161-6

(Toresini, Mezziana, 2010)

ÚZIS. 2009. *Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2008*. Aktuální informace č. 49. Praha. [online]. [cit. dne 20.11.2020] Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/48_10.pdf

(ÚZIS, 2010)

ÚZIS. 2018. *Psychiatrická péče 2018*. Zdravotnická statistika. Praha. [online], [cit. dne 13.10.2020] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>

(ÚZIS, 2018a)

ÚZIS. 2018. *Datová a analytická základna moderního systému péče o duševní zdraví v ČR*. Praha. [online], [cit. dne 14.10. 2020] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=o-nas---projekty&prid=7>

(ÚZIS, 2018b)

VEVERA, J. 2012. „S Martinem Hollým, ředitelem PL Bohnice, o transformaci psychiatrie a odporu ke změnám.“ In: *článek v časopise Česká a slovenská psychiatrie, 2012; 108(4): 211 – 214* [online]. [cit. dne 1.12.2020] Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=806>

(Vevera, 2012)

WINKLER, P., ŠPANIEL, F., CSÉBY, L., JANOUŠKOVÁ, M., KREJNÍKOVÁ, L. 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenosti a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-21-9

(Winkler a kol., 2013)

ZLÁMAL, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, ISBN 978-80-7013-551-8

(Zlámál, 2013)

ŽALUDEK, A. 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2275-2

(Žaludek, 2020)

Internetové zdroje:

Asociace komunitních služeb [online]. Praha: © 2017 [cit. dne 1.3.2021]. Dostupné z: <http://www.askos.cz/>

Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch [online]. Zbůch: © 2021 [cit. dne 13.10.2020]. Dostupné z: <https://www.centrumzbuch.cz/>

Centrum sociálních služeb Stod [online]. Stod: © 2021 [cit. dne 13.10.2020]. Dostupné z: <https://www.cssstod.eu/>

Early intervention foundation [online]. *What is early intervention?* Praha: © 2021 [cit. dne 2.2.2021]. Dostupné z: <https://www.eif.org.uk/why-it-matters/what-is-early-intervention>

Fakultní nemocnice Plzeň - Psychiatrická klinika [online]. Plzeň © 2020 [cit. dne 10.11.2020]. Dostupné z: <https://psych.fnplzen.cz/>

Katalog firem a institucí [online]. Plzeň: © 1996 . 2021 [cit. dne 25.11.2020]. Dostupné z: <https://www.firmy.cz/>

Ledovec z.s. [online]. Plzeň: © 2017 [cit. dne 1.12.2020]. Dostupné z: <https://www.ledovec.cz/>

Můj Mindset [online]. Praha: © 2021 [cit. dne 14.1.2021]. Dostupné z: <https://www.muymindset.cz/mapa-sluzeb/>

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech [online]. Dobřany © 2020 [cit. dne 3.12.2020]. Dostupné z: <https://www.pnvd.cz/>

Regionální institut duševního zdraví [online]. Plzeň © 2021 [cit. dne 10.11.2020].

Dostupné z: <https://ridzplzen.cz/>

Synlabianer [online]. Praha: © 2021 [cit. dne 3.5.2021]. Dostupné z:

<https://synlabianer.cz/clanek/vykazovani-zdravotni-pece-rok-2019-a-2020>

Vida z.s. [online]. Praha: © 2017 [cit. dne 10.11.2020]. Dostupné z: www.vidacr.cz

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky [online]. *Kolik peněz dostávají praktičtí lékaři od zdravotní pojišťovny jako kapitální platbu za jednoho pacienta?* Praha: © 2021

[cit. dne 30.4.2021]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kolik-penez-dostavaji-prakticti-lekari-od-zdravotni-pojistovny-jako-kapitacni-platbu-za-jednoho-pacienta>

Zotavení [online]. Plzeň: © 2016 [cit. dne 12.2.2021]. Dostupné z:

<https://www.zotaveni.cz/co-je-zotaveni>

Zákony:

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech

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

Rozhovory s:

Bc. Zuzanou Fišarovou, dne 10. 1. 2021

MUDr. Tomášem Böhmem, dne 25. 11. 2020

MUDr. Janou Srbovou, dne 10. 11. 2020

MUDr. Michael Dimitrovem, dne 9. 10. 2020

E-mailová korespondence s:

Mgr. Markétou Česalovou, dne 25. 4. 2021

Mgr. et Mgr. Martinem Fojtíčkem, dne 8. 2. 2021

Mgr. Klárou Vyletovou, dne 19. 11. 2020