**Vyšší odborná škola, střední zdravotní škola
a základní škola MILLS, s.r.o.**

Transformace systému péče o osoby trpící schizofrenií

Sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Josef Gabriel Vypracovala: Jana Niedermayerová

Čelákovice 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité písemné i jiné informační zdroje jsem řádně ocitovala. Jsem si vědoma, že doslovné kopírování cizích textů v rozsahu větším než je krátká doslovná citace je hrubým porušením autorských práv ve smyslu zákona 121/2000 Sb., je v přímém rozporu s interním předpisem školy a je důvodem pro nepřipuštění absolventské práce k obhajobě.

Měchenice dne 10. 4. 2013 .....

Jana Niedermayerová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala panu Mgr. Josefu Gabrielovi za vedení mé absolventské práce, za odborné rady a cenné připomínky, za poskytnuté materiály a za možnost kontaktu s odborníky na psychiatrickou péči. Chtěla bych také poděkovat pracovníkům i klientům Arte klubu Hodkovičky a DPS Ondřejov za jejich vstřícný přístup. Děkuji tímto i své rodině za podporu během studia.

Obsah

ÚVOD.....6
1 CÍLE ABSOLVENTSKÉ PRÁCE.....7
1.1 Hlavní cíl.....7
2.2 Dílčí cíle.....7
2 TEORETICKÁ ČÁST.....8
2.1 Schizofrenie.....8
2.2 Vznik a vývoj systému psychiatrické péče.....9
2.3 Neúspěšné snahy o transformaci systému po roce 1989.....10
2.4 Současná situace schizofreniků v ČR.....11
2.4.1 Hospitalizace v psychiatrických léčebnách.....13
2.4.2 Selhávání extramurální péče o psychotické pacienty.....15
2.4.3 Psychotici bez domova.....15
2.4.4 Diskriminace a stigmatizace duševně nemocných lidí.....16
2.4.5 Nedostatečné financování psychiatrické péče.....17
2.4.6 Chybějící zdravotně-sociální služby pro schizofreniky.....18
2.5 Ostrůvky pozitivní deviace – potenciál změny.....21
2.5.1 Neziskové organizace – poskytovatelé služeb.....21
2.5.2 Denní sanatoria, stacionáře a krizová centra.....22
2.5.3 Rodičovské organizace.....23
2.5.4 Pacientské organizace.....23
2.6 Transformace systému péče o lidi s duševním onemocněním.....24
2.6.1 Teoretická východiska pro transformaci.....27
2.6.2 Zkušenosti ze zahraničí.....28
2.6.3 Dilemata transformace psychiatrických léčeben.....29
2.6.4 Podoby komunitní péče o osoby trpící schizofrenií.....30
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....33
3.1 Inspirativní Bohnice.....33
3.2 Diskuse odborníků.....34
3.3 Rozhovory s klienty DPS Ondřejov.....39
3.4 Služby poskytované DPS Ondřejov.....41

3.5 Pohled na péči o schizofreniky očima rodiče.....43
3.6 Má to cenu.....44
3.7 SWOT analýza.....45
4 DISKUSE.....47
ZÁVĚR.....49
SUMMARY.....50
BIBLIOGRAFIE.....52
PŘÍLOHY.....55

Úvod

Jako téma své absolventské práce jsem si vybrala Transformaci systému péče o duševně nemocné v České republice. Toto téma je velmi aktuální, jelikož v současné době Ministerstvo zdravotnictví připravuje reformu psychiatrické péče v České republice, která si klade za cíl zmodernizovat celý systém a zvýšit kvalitu péče o pacienty. Tato reforma psychiatrické péče vychází ze strategie Světové zdravotnické organizace (WHO), která podporuje především rozvoj komunitní péče, transformaci psychiatrických léčeben a vzdělávání odborných pracovníků.

Transformace se týká všech osob s duševním onemocněním, já se však ve své práci zabývám především potřebami těch nejvážněji duševně nemocných – schizofreniků – se kterými jsem měla možnost pracovat při své praxi v arteterapeutické dílně při DPS Ondřejov.

Vytvořit funkční model péče o osoby s vážným duševním onemocněním bude bezesporu velice obtížný úkol, který se zatím nikde nepodařilo vyřešit optimálně. Dobrý model péče, který je velkou inspirací, funguje v italském Terstu. V současné době Ministerstvo zdravotnictví s pracovní skupinou, která byla ustanovena pro tuto reformu, zvažuje několik základních variant možného systému.

Ve své práci jsem se pokusila popsat současný systém a stav péče o osoby trpící schizofrenií v ČR s jejich klady i zápory, zmapovat nedostatky stávajícího systému, nastínit možnosti transformace a porovnat současný systém a stav péče o osoby trpící schizofrenií s možnostmi fungování systému po transformaci.

1 Cíle absolventské práce

1.1 Hlavní cíl

Zmapovat nedostatky stávajícího systému v ČR a nastínit možnosti transformace.

1.2 Dílčí cíle

Popsat současný systém a stav péče o osoby trpící schizofrenií v ČR s jejich klady i zápory.

Porovnat současný systém a stav péče o osoby trpící schizofrenií s možnostmi fungování systému po transformaci s přihlédnutím ke zkušenostem v zahraničí.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, kterým onemocní 1-2 lidé ze sta. Začátek schizofrenního onemocnění je v mladém věku, u mužů nejčastěji mezi 15 až 25 lety a u žen nejčastěji mezi 25 až 35 lety. [www.greendoors.cz, 1]

Lze ji léčit pomocí tzv. neuroleptik. Příčinou vzniku může být mnoho faktorů, např. dědičnost či emoční klima v rodině do cca 2 let věku dítěte. Platí u ní tzv. třetinové pravidlo. U jedné třetiny pacientů nemoc po několika atacích zcela ustoupí, u druhé třetiny se občas vrací a ovlivňuje fungování těchto lidí v různých životních rolích, kteří ale při vhodné léčbě mohou žít relativně normálně. U poslední třetiny nemocných příznaky neustupují ani po delší léčbě. [JAROLÍMEK, 2006]

Nejtypičtějšímy příznaky schizofrenie jsou bludy a halucinace.

„*Blud je falešná představa, která dotyčnému připadá naprosto pravdivá, a nelze mu ji vymluvit. Např. může být nevývratně přesvědčen, že okolo něj existuje spiknutí lidí, kteří usilují o jeho život. Nebo že nějaký jiný člověk dokáže číst jeho myšlenky a popřípadě je může ovlivňovat*.“ [JAROLÍMEK, 2006, s. 8]

„*Halucinace jsou produktem zkresleného vnímání okolní reality. Vycházejí z rozbouřené a nekontrolovatelné fantazie pacientů. Znamená to, že člověk vidí, slyší nebo cítí věci, které nejsou vidět, slyšet nebo cítit ostatními lidmi.*“ [JAROLÍMEK, 2006, s. 8]

K těmto příznakům se přidávají další tzv. negativní příznaky schizofrenie, mezi které patří především apatie, nedostatek emocí, nechuť k sociálním kontaktům, oslabení vůle, které bývá často zaměňováno za lenost. [JAROLÍMEK, 2006]

2.2 Vznik a vývoj systému psychiatrické péče

Systém založený na velkých psychiatrických léčebnách, které hospitalizují 80 procent všech pacientů, u nás přežívá ještě z dob Rakouska-Uherska. Vývoj psychiatrické péče v Evropě lze rozdělit do tří fází. Pro první fázi je příznačná výstavba léčeben, které poskytovaly specializovanou psychiatrickou léčbu. Tato zařízení měla definována svá spádová území. V této době byly založeny i první velké léčebny v Česku. Roku 1863 to byla léčebna v Brně, 1869 Kosmonosy, 1880 Dobřany, 1887 Opařany, 1889 Opava, 1893 Šternberk, 1903 Praha-Bohnice a Kroměříž. V roce 1886 byla v Praze založena první česká lékařská fakulta, při které fungovala i psychiatrická klinika, další byla založena po vzniku lékařské fakulty v Brně. V roce 1919 byla založena tehdy československá psychiatrická společnost. [www.ochrance.cz, 2]

Druhá fáze vývoje nastala po druhé světové válce, kdy se psychiatrická péče více zapojovala do systému „sociálního státu“, velmi rychle narůstal počet psychiatrických lůžek. V roce 1971 měla čtvrtina evropských léčeben více než 1000 lůžek. Tento trend trval až do 70. let, kdy se v mnoha západních zemích péče posunula do třetí fáze a začala probíhat tzv. deinstitucionalizace, která znamenala přesun péče z léčeben do ambulantní a komunitní péče. [www.ochrance.cz, 2]

Tento trend ovšem socialistické Československo nenásledovalo a navázalo na tradici ústavů péče o osoby se zdravotním postižením, ať už se jednalo o postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové či kombinované. Péče se odehrávala především za zdmi ústavních zařízení, většinou s odborně naprosto nevyhovujícím ošetřujícím personálem.

V duchu institucionalizace rozvoj psychiatrické péče pokračoval i v dalších letech a do roku 2000 bylo dle Psychiatrické společnosti ČLS JEP v ČR zřízeno 21 psychiatrických léčeben s 10 075 lůžky. [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Současný stav tedy příliš neodpovídá požadavkům kladeným na moderní psychiatrickou péči. Síť ambulantích psychiatrů je nedostatečná, navíc byla po roce 1989 zrušena povinnost psychiatrických ambulancí starat se o spádovou oblast (obvod). Nefungují ani psychiatrické sestry, které by navštěvovaly pacienty v domácím prostředí. Pokud tedy

schizofrenik nepřijde sám do ordinace, není v současném systému zdravotní péče nikdo, kdo by ho vyhledal a řešil, v jakém se nachází stavu. Přitom je velmi pravděpodobné, že u schizofrenika, který přestal docházet do ambulance a nemá předepsané léky, se zdravotní stav zhoršil. Současný systém tento problém neřeší, neukládá povinnost ambulantnímu psychiatrovi takového člověka kontaktovat.

Když se potom během několika měsíců zdravotní stav nemocného zhorší natolik, že začne ohrožovat sebe nebo své okolí, následuje nedobrovolná hospitalizace v psychiatrické léčebně, často za účasti policie a často na několik měsíců, během nichž pacienti ztrácí další sociální vazby a kontakty se světem. Tento cyklus nedobrovolných hospitalizací se zpravidla opakuje.

Začátkem devadesátých let vzniklo několik neziskových organizací, které se chtěly věnovat návazné péči o schizofreniky, poskytovat komunitní služby, ale pro jejich další rozvoj a finanční zajištění provozu nebyly ze strany státu vytvořeny dostatečné podmínky. Jejich význam pro zajištění následné péče o schizofreniky byl pouze okrajový, fungovaly jen na několika místech v republice, hlavně ve velkých městech. V mnoha krajích donedávna zcela chyběly (například v Karlovarském kraji). Vzniklo několik zdravotnických zařízení komuntiní péče pro schizofreniky, např. Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Eset (obojí v Praze), ale pro vznik dalších podobných zařízení nebyly opět vytvořeny podmínky.

Celkově špatná situace byla dána nezájmem státu o vytvoření modernějšího systému psychiatrické péče. Existenci tohoto stavu nedávno v souvislosti s připravovanou reformou psychiatrické péče konstatovalo i ministerstvo zdravotnictví.

„Od začátku devadesátých let nedoznala psychiatrická péče u nás žádných významných systémových změn a trpí dlouhodobou podfinancovaností.“ [www.mzcr.cz, 3]

2.3 Neúspěšné snahy o transformaci systému po roce 1989

Snahy o změnu systému vycházely od jednotlivců – psychiatrů, kteří si uvědomovali problémy v praxi psychiatrických léčeben, selhávání ambulatní péče a potřebnost

komunitních služeb, jako je např. MUDr. Ondřej Pěč, MUDr. Martin Jarolímek a především MUDr. Jan Pfeiffer – zakladatel a první ředitel Fokusu a zakladatel Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, které si od roku 1995, kdy vzniklo, klade za cíl přispívat k procesu transformace péče o duševně nemocné v České republice. Jejich snahy ale vždy nakonec narazily na nezájem ministerstva zdravotnictví, vlády, poslanců i zdravotních pojišťoven.

Tito samozvaní reformátoři se v roce 2001 pokusili o vytvoření seriózně zdůvodněné a fundované koncepce oboru psychiatrie a také udělali velký výzkum v psychiatrických léčebnách, který měl odůvodnit nutnost změn – bohužel bez jakékoliv odezvy z oficiálních míst. Nakonec v možnost něco změnit přestávali postupně věřit i samotní zastánci komunitní péče.

2.4 Současná situace schizofreniků v ČR

V současné době není v České republice pro schizofreniky a jejich rodiny vytvořena nabídka služeb, které by jim umožnily s podporou fungovat v normálním životě. Přežití těžce duševně nemocných lidí závisí většinou na jejich rodičích či příbuzných.

„Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. Mimo jiné i proto, že z principu věci psychiatrie nevykazuje množství drahých instrumentálních výkonů a diagnostická i léčebná vysoce specializovaná a psychicky náročná práce v psychiatrii je podceněná. Toto zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové.“ [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Co se diagnostiky a farmakologické léčby týká, držíme krok se světem. Pokud však budeme sledovat, jak je systém citlivý k lidským právům pacientů, v jakých podmínkách

a kde jsou pacienti léčeni a jak je systém schopen se zabývat všemi problémy, které jsou s nemocí spojeny, pak je zřetelný výrazný rozdíl mezi ČR a západoevropskými zeměmi.

„Velká psychiatrická zařízení byla v zemích EU již dávno rozpoznána jako nevhodná pro moderní dobu.“ [www.cmhcd.cz,5]

Základem současné péče o duševně nemocné je systém propojené péče ambulantní, lůžkové a komunitní, i když ta není rozvinuta v potřebné míře.

„V současnosti se v psychiatrických ambulancích odehrává většina psychiatrické péče. Zatímco hospitalizace zachycují určitou krátkou, i když významnou, část onemocnění, kontakt i vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky. Významným faktorem pak je i obeznámenost ambulantního psychiatra s pacientovým sociálním vztahovým prostředím, možnost kontaktu s ním a intervence v něm.“ [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

I přes tyto nesporné klady se péče v psychiatrických ambulancích potýká s mnoha nedostatky. Jedním z nich je systém plateb, který psychiatry nutí ošetřovat vysoký počet pacientů, na které potom v ordinaci nezbývá mnoho času. Místo komunikace, sociálně-psychiatrické intervence či psychoterapie jsou jim pouze předepisovány léky. Ve velkých městech to může pacient řešit např. docházkou na individuální psychoterapie, ve většině regionů však dostatečná nabídka péče poskytovaná psychoterapeuticky kvalifikovanými psychiatry a klinickými psychology chybí. Pacienti jsou tedy odkázáni pouze na farmaceutickou léčbu, která i když je kvalitní, zůstává léčbou jednostrannou a nevyhovuje moderním standardům psychiatrické péče. [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Chybí specializované ambulance, krizová psychiatrická pomoc v terénu, typická je nedostatečná provázanost péče mezi ambulantními a lůžkovými zařízeními, ale i s praktickými lékaři či klinickými psychology. Pokud je pacient hospitalizován, může se ocitnout buď v psychiatrické léčebně, na psychiatrickém oddělení některé nemocnice či v samostatném zařízení. Tato zařízení zajišťují dle svého typu a možností dobrovolnou, nedobrovolnou, akutní i následnou psychiatrickou péči pro všechny věkové kategorie. Některá mají zajištěnou nepřetržitou 24 hodinovou psychiatrickou službu. Pracují v nich psychiatři

a další odborní lékaři, kliničtí psychologové, zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, terapeuti pro léčbu prací a další terapeuti (např. arteterapeuti, dramaterapeuti). [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Psychiatrické léčebny v České republice mají k dispozici cca 9254 lůžek. Zhruba jedna třetina jsou lůžka akutní péče a dvě třetiny lůžka pro dlouhodobě nemocné. V psychiatrických odděleních nemocnic je celková kapacita 1 328 lůžek, v některých se neposkytuje péče pacientům s vážnější duševní poruchou. V ČR funguje cca 765 ambulantních psychiatrů, kteří jsou financováni z veřejného zdravotního pojištění. [www.mzcr.cz, 6]

I přesto, že se úroveň personálního zabezpečení v těchto zařízeních oproti době před revolucí zvýšila, ve své zprávě z roku 2008 Otakar Motejl jako veřejný ochránce práv pro Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání i různé další instituce opakovaně upozorňují na porušování lidských práv v systému péče o duševně nemocné v ČR. Dále se v jeho zprávě upozorňuje na to, že pacienti ve velkokapacitních zařízeních nemají dostatek soukromí a možnost vlastního rozhodování a také na důsledky nevyhovujícího uspořádání současné péče, které se „*negativně projevují ve formalismu při rozhodování o nedobrovolných hospitalizacích, resp. léčbě, ve způsobu používání restriktivních opatření i v oblasti zbavování způsobilosti k právním úkonům.*“ Na závěr konstatuje, „*že současný systém neumožňuje poskytovat péči v nejméně omezujícím prostředí, vytváří bariéry v přístupu k zaměstnání a omezuje duševně nemocné ve svobodném výběru místa pobytu*.“ [www.ochrance.cz, 2]

2.4.1 Hospitalizace v psychiatrických léčebnách

Schizofrenik, jehož stav vyžaduje akutní psychiatrickou pomoc, ji sám nevyhledá, čeká ho tedy nedobrovolná hospitalizace. Ta je někdy opravdu nutná, ale neměla by být základním prvkem systému. Průběh hospitalizace může být velmi traumatizující vzhledem k přítomnosti mříží v oknech, zbavení svobody, přesunu člověka z normálního světa mezi „blázny“, často rutinnímu přezíravému a nerespektujícímu zacházení ze strany neustále se měnících ošetřujících lékařů i personálu. Při dlouhodobých hospitalizacích prožije pacient život v léčebně, ztratí sociální vazby a už v podstatě nemá šanci na návrat do běžného života.

Dle informací České psychiatrické společnosti ČLS JEP je naprostá většina pacientů v ČR odkázána na lůžkovou péči v psychiatrických léčebnách, menší část je přijata na oddělení ve všeobecných nemocnicích a pouze nepatrnému počtu nemocných se dostane péče v některém ze vzácně se vyskytujících komunitních zařízení. [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Lůžkovou psychiatrickou péči dělíme na akutní a následnou. V současných podmínkách psychiatrické léčby v ČR je potřeba cca 100 lůžek na 100 000 obyvatel, z toho 30% by měla tvořit lůžka akutní, přičemž dostupnost akutní lůžkové péče by neměla přesáhnout 50 km. Akutní lůžková psychiatrická péče je péče poskytovaná bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které o tuto péči požádají, nebo psychiatrickou péči odmítají, ale v důsledku duševní poruchy ohrožují sebe nebo své okolí. Lůžka následné psychiatrické péče jsou určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces a stav je stabilizován do takové míry, že nevyžadují denní kontrolu lékařem, ale přítomné projevy psychopatologie přitom neumožňují jejich propuštění do domácího ošetřování nebo zařízení sociální péče. U takových pacientů je třeba ošetřovatelské péče. Lůžka specializované psychiatrické péče se nachází v lůžkových zařízeních a specializují se na vybraný druh diagnózy nebo terapie.
[www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Přijetí do psychiatrické léčebny nebo do jiného lůžkového zařízení může být dobrovolné nebo nedobrovolné. Při dobrovolná hospitalizace klient podepisuje informovaný souhlas s léčbou. Je to zákonný požadavek, který musí být splněn a představuje vyjádření pacienta, že souhlasí s poskytnutou léčbou a že svůj souhlas může kdykoliv odvolat a léčbu ukončit. Ovšem i tato dobrovolná hospitalizace se v případě potřeby může změnit na hospitalizaci nedobrovolnou. Kdy je možné klienta hospitalizovat nedobrovolně, určuje zákon. Jedná se většinou o stav, „*kdy pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak*“ [www.zakonyprolidi.cz, 9].

Další možností je pak soudem nařízené ochranné ústavní léčení, které je také nedobrovolné. Nedobrovolná hospitalizace představuje omezení na svobodě, a proto je nutné tuto skutečnost nahlásit soudu a to do 24 hodin od přijetí pacienta.

2.4.2 Selhávání extramurální péče o psychotické pacienty

Jeden z největších problémů současného systému je, že není zajištěna návaznost mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Důvodem jsou chybějící zdravotně-sociální služby pro osoby trpící schizofrenií i osoby jiným duševním onemocněním. Řada pacientů, propuštěná po hospitalizaci v léčebně či nemocnici, zůstává se svou nemocí sama. Ne vždy se mohou vrátit do svého domova a počítat s podporou rodiny. Také jim většinou chybí informace, na kterého ambulantního psychiatra se mohou po propuštění obrátit či zda v blízkosti jejich bydliště fungují služby následné péče.

Ambulantní psychiatři nemají povinnost postarat se o pacienty ze své spádové oblasti, nefungují komunitní sestry, které by měly povinnost provádět v terénu tzv. depistáž, tedy vyhledávat pacienty, jejich stav se zhoršil a u propuštěných pacientů sledovat a vyhodnocovat zdravotní stav pacienta, pomocí psychoterapeutických postupů udržovat pacienta ve stavu mimo ohrožení jeho života, zajistit psychologickou pomoc rodině, zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních podle zákona o sociálních službách, a tak pomoci zamezit psychickému napětí v hmotné nouzi a při vzniku zdravotních komplikací zajistit potřebnou pomoc.
[www.blog.aktualne.centrum.cz, 7]

Pokud se pacienti do svého domova vrátit nemohou, zůstávají v léčebnách ze sociálních důvodů či končí na ulici mezi bezdomovci.

2.4.3 Psychotici bez domova

Lidé trpící schizofrenií bez podpory ze strany rodiny nebo společnosti velmi snadno ztratí schopnost udržet si základní předpoklady pro normální život (práci, bydlení, kontakt s lidmi, schopnost přizpůsobovat se sociálním požadavkům – jednat s úřady, dostát svým finančním závazkům). Pokud nenajdou pomoc, mohou se snadno stát bezdomovci. Tento osud skutečně mnoho lidí s psychotickým onemocněním postihl. Pro stárnoucí rodiče, kteří se starají o nemocného syna nebo dceru, je to noční můra. Obávají se, co bude s jejich dítětem, až se o něj nebudou moci postarat.

„Výzkumné studie WHO uvádějí, že každý čtvrtý občan EU potřebuje během svého života minimálně jedenkrát vyhledat odbornou pomoc pro řešení svých psychických problémů. Obecně se udává, že 30 až 40 procent populace v zemích EU má určité psychické problémy trvalejšího charakteru. Z tohoto počtu dvě až pět procent lidí trpí vážnou duševní nemocní. Tito lidé mnohdy potřebují komplexní psychiatrickou, psychologickou a sociální pomoc. I v zemích EU, kde je komunitní péče značně rozvinuta, tvoří 25 až 40 procent bezdomovců lidé s duševními problémy.“ [www.blog.aktualne.centrum.cz, 8]

Jarolímek předpokládá, že procento duševně nemocných, kteří nejsou schopni si v důsledku své nemoci zajistit základní životní potřeby, se mezi českými bezdomovci bude vyskytovat přibližně stejně, možná i více. [www.blog.aktualne.centrum.cz, 8]

2.4.4 Diskriminace a stigmatizace duševně nemocných lidí

Postoj většiny společnosti k lidem s fyzickým postižením se brzy po revoluci podařilo změnit. Jinak je tomu o osob s psychickým onemocněním. Společností jsou vnímáni jako nebezpeční šílenci, které je nejlepší zavřít do blázince. Tuto tendenci posilují i zprávy v médiích o nebezpečných, vraždících schizofrenicích. Tyto zkreslené představy o povaze duševního onemocnění a nebezpečnosti schizofreniků jsou mimo jiné výsledkem nedostatečné osvětové a preventivní činnosti a jsou velkou překážkou k dosažení lepší péče o ně.

„V roce 1996 byl Světovou psychiatrickou asociací (WPA) vytvořen mezinárodní projekt na podporu boje proti stigmatu a diskriminaci z důvodu schizofrenního onemocnění. Program ‚Open the Doors‘ zakořenil své myšlenky již v cca 20 zemích celého světa. V České republice jsou destigmatizační aktivity otázkou posledních několika let. Z výzkumu „Názory na schizofrenii“, který je součástí destigamtizačního projektu Změna a kterého se zúčastnilo cca 700 respondentů, vyplývá, že obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenické poruchy je velmi slabá a názory na duševně nemocné jsou ovlivněny tradičními představami utvářenými v minulosti a generačně předávanými. Svou roli hrají stereotypy a neověřená tvrzení o nevyzpytatelnosti chování schizofrenika.“ [www.cmhcd.cz, 5]

2.4.5 Nedostatečné financování psychiatrické péče

Psychiatrická léčba je v České republice dlouhodobě podfinancovaná. V současnosti jsou duševní poruchy druhým nejčastějším důvodem pro přiznání invalidního důchodu a výskyt duševních onemocnění se stále zvyšuje, což znamená vyšší zátěž pro zdravotní systém.

„*Psychiatrickou péči v Česku trápí dlouhodobá podfinancovanost. Významných systémových změn se nedočkala od začátku devadesátých let, a to i přesto, že výskyt duševních poruch má trvale stoupající charakter a patří k druhému nejčastějšímu důvodu pro přiznání invalidního důchodu*.“ [www.vlada.cz, 10]

Český systém péče o duševní zdraví vykazuje z hlediska medicíny kvalitativně srovnatelnou úroveň s ostatními evropskými státy. Ovšem v rámci výdajů na zdravotní péči jde na psychiatrii pouze 3,7 % – 4 %, což je nesrovnatelně méně v porovnání s jinými odvětvími medicíny. České republiky je na tom z hlediska financování jednou z nejhorších v Evropě (méně financí vynakládá v meziročním srovnání pouze Slovensko) a to i ve srovnání s balkánskými zeměmi. Průměr EU je cca 8 %, ale např. Anglie vynakládá cca 16 %. [www.mzcr.cz, 6]

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví se pro účely své zprávy o současném stavu psychiatrické péče pokusilo vytvořit model péče ve čtyřech typech zdravotních služeb (psychiatrická ambulance, denní stacionář, psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická léčebna). V objemech vykazované péče po dobu 1 měsíce vyplynulo, že nejnákladnější typ léčby představují psychiatrické léčebny; náklady na léčbu na psychiatrických odděleních nemocnic jsou zhruba dvoutřetinové, oproti léčebnám; denní stacionář představuje asi třetinu nákladů léčebny, ambulantní psychiatrická léčba (bez psychoterapie) představuje cca 2 % nákladů v léčebně [www.cmhcd.cz, 11]

Navíc systém financování psychiatrických léčeben není ideální a v jeho důsledku je v zájmu léčebny co největší obsazenost lůžek.

„*Psychiatrické léčebny jsou financovány v závislosti na počtu obsazených lůžek (což je v souladu s úhradovou vyhláškou MZd, je zde uplatňován princip paušální sazby za*

ošetřovací den ve vazbě na kategorii pacienta) a to bez ohledu na to, zdali se jedná o dlouhodobou či akutní hospitalizaci pacienta.“ [www.mzcr.cz, 6]

2.4.6 Chybějící zdravotně-sociální služby pro schizofreniky

Člověk, který má dlouhodobé zdravotní problémy, má ve většině případů také sociální problémy, protože se nemůže dostatečně sám o sebe postarat, hrozí mu chudoba, zpřetrhání sociálních vazeb, ztáta šancí na sociální uplatnění, atd. Schizofrenici vlivem svého onemocnění ztrácejí také sociální návyky a dovednosti a kromě zdravotní péče potřebují také péči sociální. V ČR je dlouhodobým problémem nedostatečná koordinace zdravotnických a sociálních služeb, protože tyto dvě skupiny služeb spadají pod dvě ministerstva, jsou financovány z různých zdrojů a řídí se různými předpisy.

Ve chvíli, kdy jsou pacienti propuštěni z psychiatrické léčebny, čeká na ně běžný život s řadou problémů a povinností, na které nejsou připraveni. Důsledkem toho může být zhoršení zdravotního stavu a následná další hospitalizace, přičemž při každé další hospitalizaci dochází ke snižování soběstačnosti pacientů. Pokud by byla rozvinuta následná péče, která by je podporovala k návratu do běžného života a pomáhala jim zvládat problémy běžného života, spousta z nich by mohla např. díky chráněnému bydlení normálně fungovat.

V České republice existuje několik neziskových organizací, které následnou péči pro duševně nemocné zajišťují (více v kapitole 2.5.1), ale ty bohužel nejsou schopny celorepublikově pokrýt poptávku po těchto službách. Působí většinou ve velkých městech a jsou většinou závislé na státních dotacích, což v praxi znamená, že stráví mnoho času a energie bojem o samotné přežití.

„*Důležité je si uvědomit, že na dotaci ze státního rozpočtu není právní nárok a o poskytnutí dotace konkrétní neziskové organizaci na konkrétní projekt rozhoduje poskytovatel dotace na základě žádosti příjemce*.“ [www.mfcr.cz, 12]

Stav následné péče o duševně nemocné byl v roce 2008 také předmětem zájmu veřejného ochránce práv Otakara Motejla. Ten zjistil, že z důvodu nedostatečné sítě návazných

sociálních služeb v navštívených psychiatrických léčebnách setrvává poměrně hodně pacientů, kterým by za určitých okolností postačila psychiatrická péče ambulantní. Jedná se jednak o chronické pacienty, které dlouhodobé působení nemoci připravilo o sociální zázemí a schopnosti samostatně se zapojit do společnosti a pro něž adekvátní sociální služba chybí, a jednak o pacienty s mentálním postižením nebo staré, kteří by sociální službu potřebovali i bez duševního onemocnění, ale které jejich onemocnění vylučuje z případného přijetí do existujících zařízení. Popřípadě jsou stávající zařízení sociálních služeb zcela naplněna. [www.ochrance.cz, 2]

Služby následné péče lze rozdělit na intermediární a meziresortní. Mezi intermediární služby můžeme zařadit denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, komunitní psychiatrické sestry. Tyto služby zajišťují péči mezi péčí lůžkovou a ambulantní a spadají do resortu zdravotnictví. Služby meziresortní většinou poskytují neziskové organizace. Spadají do sociálních služeb, ale charakter jejich činnosti je zdravotně-sociální. [www.ceskapsychiatrie, 4]

Instituce intermediární:

- KRIZOVÁ CENTRA, která pracují nepřetržitě, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Potřebná je neustálá dostupnost psychiatra. Služby krizového centra zahrují trvalou možnost telefonického kontaktu a možnost osobního kontaktu. Jeho součástí může být malý počet lůžek, který slouží k několikadennímu pobytu.

- MOBILNÍ KRIZOVÝ TÝM, který může být kombinován s činnostmi krizového centra nebo může být zřízen jako samostatná služba. Tento tým ve složení psychiatr, klinický psycholog, psychiatrická sestra poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo na místě krizové situace.

- DENNÍ STACIONÁŘ je ambulantní sociílní služba, která je poskytována lidem, kteří se z důvodu věku, zdravotního postižení či dlouhodobého duševního onemocnění neobejdou bez neustálé pomoci jiné fyzické osoby.

- KOMUNITNÍ PSYCHIATRICKÉ SESTRY poskytují péči jak na specializovaném pracovišti, tak zejména v přirozeném prostředí pacientů. Poskytují případové vedení psychiatrických pacientů, individuální rehabilitaci a krizovou intervenci. Součástí jejich péče

je posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, zpracování rehabilitačního a krizového plánu. Koordinuje další potřebné služby pro pacienta a tím usnadňuje spolupráci všech složek komunitní péče.

Instituce mezirezortní:

Meziresortní zařízení zahrnují širokou škálu služeb včetně psychiatrické rehabilitace, případového vedení, poradenství a vlastních aktivit duševně nemocných či jejich rodinných příslušníků. Ve většině případů jsou zřizovány nestátními neziskovými organizacemi. Cílem těchto zařízení je podpora lidí s psychiatrickým onemocněním, aby byli schopni fungovat v běžném životě s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory. Podle oblasti podpory lze specializované služby psychiatrické rehabilitace zhruba rozdělit na podporu v oblasti práce, zaměstnání, bydlení, volnočasových aktivit a sociálních kontaktů. [www.ceskapsychiatrie, 4]

- ZAŘÍZENÍ PRO PODPORU PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ:

Cílem těchto zařízení je obnovení, udržení a zlepšení pracovních dovedností a sociálních vztahů. Mezi tato zařízení patří rehabilitační a chráněné dílny, sociální firmy a sociální družstva, přechodné a podporované zaměstnání.

- ZAŘÍZENÍ PRO PODPORU V OBLASTI BYDLENÍ:

Cílem rehabilitačních služeb pro podporu bydlení je umožnit duševně nemocným lidem i přes individuální omezení a překážky samostatně a nezávisle bydlet, udržet, získat nebo zlepšit dovednosti a sebedůvěru potřebné ke kvalitnímu životu v běžném prostředí. Existuje různé druhy sociální podpory do zařízení s 24hodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou a občasným dohledem. Osvědčeným modelem jsou domy a byty na půl cesty či podporované bydlení. Zvláštní formou chráněného bydlení jsou terapeutické komunity pro osoby závislé na drogách a rehabilitační zařízení pro dlouhodobý pobyt chronicky duševně nemocných.

- ZAŘÍZENÍ PRO PODPORU V OBLASTI VOLNÉHO ČASU A SOCIÁLNÍCH KONTAKTŮ:

Tato Centra denních aktivit a centra sociálních služeb jsou pro zájemce volně přístupná. Mohou být místem prvního kontaktu. Poskytují emoční podporu, možnost trávení volného času, navazování společenských vztahů, tréninku praktických, pracovních a sociálních dovedností. Poskytují příležitost získávat právní informace.

◘ Svépomocné aktivity lidí s duševní poruchou a jejich rodinných příslušníků se soustřeďují především na obhajování a prosazování práv pacientů, poskytování informací (informační centra uživatelů), organizování klubových a rekreačních aktivit, popřípadě některých rehabilitačních služeb.
[www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Všechny tyto služby spadají do oblasti komunitní péče. Komunitní péče je od poloviny 20. století dominantním trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, která znamená redukci psychiatrických ústavů a jejich náhradou službami komunitními. Tyto změny jsou podmíněny existencí týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které působí a které se specializují na služby zaměřené na péči poskytovanou co nejblíže přirozenému prostředí pacientů nebo slouží jako alternativa jejich hospitalizace. V současné době je v ČR evidováno 10 těchto týmů, aktivním vyhledáváním duševně nemocných se zabývají pouze dva. Pro systém komunitní péče je důležité zapojení uživatelů péče a jejich rodinných příslušníků.
[www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

2.5 Ostrůvky pozitivní deviace – potenciál změny

2.5.1 Neziskové organizace – poskytovatelé služeb

Po roce 1990 vzniklo několik neziskových organizací zaměřených na osoby s vážným duševním onemocněním, které začaly vlastními silami poskytovat dosud chybějící služby pro psychotiky. Očekávání jejich zakladatelů (nadšenců z řad psychiatrů, psychologů a sociálních pracovníků), že terénní (komunitní) služby získají postupně pevné místo v systému péče o lidi s vážným duševním onemocněním se však nenaplnily. Jejich snaha o zajištění následné zdravotně-sociální péče o psychiatrické pacienty (po propuštění z léčebny) nenašla dostatečnou podporu ze strany státu. Po slibném začátku v devadesátých letech se rozvoj neziskových organizací zastavil, další poskytovatelé služeb nevznikali, ti stávající se potýkali s finančními problémy. Původní nadšenci se časem unavili. Přesto z prostředí neziskovek stále zaznívaly hlasy kritizující vládnoucí praxi psychiatrické péče a vznášející požadavky na reformu systému a vznik komunitní péče.

„Podle evidence Asociace komunitních služeb v roce 2002 existovalo 35 neziskových organizací zabývajích se potřebami duševně nemocných. Přitom 2 organizace poskytovaly chráněné bydlení, 11 organizací bydlení na půl cesty a 7 organizací podporované bydlení. V oblasti pracovní rehabilitace existovalo 24 chráněných dílen, 5 organizací poskytujících přechodné zaměstnávání a 5 organizací podporované zaměstnávání, 33 organizací provozovalo centrum denních aktivit. Případovým vedením (case management) se zabývalo 9 organizací, některé formy krizové pomoci vyvíjely 3 organizace a 13 organizací poskytovalo poradenské služby. Z údajů z roku 2000 vyplývá, že 18 z těchto organizací mělo v péči 2668 pacientů. Geografické rozmístění jak denních stacionářů, tak i služeb psychiatrické rehabilitace, je nerovnoměrné. Nejvíce těchto služeb je rozšířeno ve velkých městech a v některých krajích. Největším nedostatek těchto služeb je například v Karlovarském , Plzeňském a Zlínském.“ [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Velkým problémem neziskových organizací je nedostatečná a nekontinuální finanční podpora ze strany státu. Většina z nich každý rok bojuje o přežití a je velice složité v takových podmínkách udržet stávající služby, a téměř nemožné je rozvíjet.

2.5.2 Denní sanatoria, stacionáře a krizová centra

Denní sanatoria či stacionáře slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů a tvoří důležitou složku komunitní péče. Po revoluci jich vzniklo jen pár a pracují v nich zástanci proměny systému (MUDr. Ondřej Pěč – ESET, MUDr. Martin Jarolímek – DPS Ondřejov). Denní stacionáře mohou nahrazovat hospitalizaci či ambulantní léčbu. Mohou být také jejich pokračováním. Disponují týmem, který zajišťuje péči či specializované programy, které není možné zajistit v psychiatrické ambulanci. [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

Krizová centra poskytují akutní psychiatrickou péči formou krizové intervence, okamžitého psychiatrického vyšetření, krátkodobé individuální, rodinné či skupinové psychoterapie, podáním léků či krátkodobého pobytu na lůžku.

„V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v České republice 22 denních stacionářů v resortu zdravotnictví. Zhruba polovina z nich je součástí

lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však převážně vznikala do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají. Existují pouze 3 krizová centra v ČR s nepřetržitou dostupností psychiatra. Další krizové služby, které se snaží v některých místech pokrýt tento nedostatek, jsou omezeny časovou dostupností nebo nedostatečným vybavením odborného personálu a mají povahu spíše experimentálního pracoviště.“ [www.ceskapsychiatrie.cz, 4]

2.5.3 Rodičovské organizace

Rodičovské organizace vznikly z potřeby rodičů získávat a předávat si informace o nemoci svých dětí. Lékaři zaměstnaní v léčebnách, kde se střídá velké množství pacientů, nemají čas ani kapacitu vysvětlovat rodinným příslušníkům vše, co s tímto onemocněním souvisí. Rodiče marně hledali někoho, kdo by jim dal potřebné informace a kdo by se byl ochoten jejich případem zabývat. Potřebovali vědět, jak se k nemocnému chovat, co může a co nemůže dělat, co je potřeba zařídit, aby dostal invalidní důchod, kde najde další pomoc, aby se mohl postupně vracet do života, co dělat při další atace onemocnění nebo když vysadí léky.

Tyto informace získávali buď u osvícených ambulantních psychiatrů, zdravotnických zařízeních komunitní péče a také v neziskových organizacích (např. Fokus). Jejich pracovníci pořádali pro rodiče edukační programy, organizovali rehabilitační programy a přesvědčovali je, aby spojili síly a snažili se „něco“ pro své děti a pro sebe udělat. V současné době se zástupci rodičovských organizací zúčastňují setkání evropské organizace Eufami, která se snaží o prosazování zájmů rodičů a jejich nemocných dětí v evropském měřítku.

2.5.4 Pacientské organizace

V České republice v současné době fungují dvě samostatné pacientské organizace – o.s. Kolumbus a o.s. Andělská křídla. Snaží se mj. o zlepšení péče v psychiatrických léčebnách, ochranu zajištění právní pomoci duševně nemocným včetně lepšího právního zastoupení

duševně nemocných před soudy zejména v řízení o detenci a způsobilosti k právním úkonům, poskytují poradenství a hájí práva lidí s duševním onemocněním, snaží se o spolupráci s domácími i zahraničními občanskými sdruženími působícími v oblasti zdravotní, sociální a v oblasti hájení lidských práv. Zapojují se též do tvorby zákonů a spolupracují např. s Centrem advokacie duševně postižených v Budapešti.
[www. os-kolumbus.org, 13]

2.6 Transformace systému péče o lidi s duševním onemocněním

V lednu 2005 se Česká republika zavázala plnit závěry Evropské konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví v Helsinkách prostřednictvím Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu. V roce 2008 na tuto helsinskou deklaraci navázal European Pact for Mental Health and Wellbeing. V řadě evropských zemí jsou tyto deklarace a plány naplňovány, proces transformace již probíhá. V České republice se do nedávné doby až na dříve popsané snahy nic nedělo.

Ministerstvo zdravotnictví přiznává, že od začátku devadesátých let nedoznala psychiatrická péče v ČR žádných významných změn a v současnosti připravuje reformu psychiatrické péče s cílem modernizovat celý systém a zvýšit kvalitu péče o pacienty. První náměstek ministra zdravotnictví Marek Ženíšek k této reformě podotýká: „*Počet pacientů s duševní poruchou každoročně roste a současný model není schopen v tomto náporu dostát podmínkám kvalitní péče. Materiálně i technicky zastaralé psychiatrické léčebny, které jsou zároveň pro pacienty těžko dostupné, tomu jenom nasvědčují. Z tohoto důvodu současný model vyžaduje systémovou změnu.*“ [www.mzcr.cz, 3]

Součástí reformy by měla být decentralizace systému (přesun péče z velkých institucí do lokálních center blíže pacientovi). Ministerstvo zdravotnictví ve svých plánech vychází ze strategie Světové zdravotnické organizace a chce klást důraz „*na rozvoj komunitní a semimurální péče, zvýšení role primární péče, zvýšení role všeobecných nemocnic, transformaci psychiatrických léčeben a vzdělávání odborných pracovníků, kteří budou působit v novém systému péče o duševní zdraví*.“ [www.mzcr.cz, 3]

Plány jsou následující: v roce 2013 by měla ministerstvem ustanovená pracovní skupina připravit model transformace. Transformace by měla být financována z evropských fondů. Ministerstvo zdravotnictví počítá s částkou asi 6 mld. Kč, která bude k dispozici od roku 2014, kdy by měla být rovněž zahájena změna systému. [www.mzcr.cz, 3]

Z hlediska organizace psychiatrické péče lze mezi nejvýznamnější parametry transformace zařadit tyto aktivity:

- ▷ Rozvoj komunitní a semimurální péče
- ▷ Zvýšení role primární psychiatrické péče
- ▷ Zvýšení role všeobecných nemocnic v oblasti poskytování akutní péče
- ▷ Transformace psychiatrických léčeben
- ▷ Vzdělávání odborných pracovníků
- ▷ Větší prostor pro zapojování klientů a jejich rodinných příslušníků do všech rozhodovacích procesů.

[www.mzcr.cz, 6]

Ministerstvo zdravotnictví, dle své tiskové zprávy, pracuje v současné době s několika základními variantami, které diskutuje se všemi skupinami, které se podílejí na tvorbě koncepce.

V současné době je personální obsazení řízení projektu následující:

Zadavatelem tvorby Strategie reformy psychiatrické péče je ministr zdravotnictví ČR, **doc. MUDr. Leoš Heger, CSc**.

Gestorem tvorby Strategie je první náměstek ministra zdravotnictví ČR, **PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D**.

Koordinátorem tvorby Strategie je vedoucí Strategické projektové kanceláře ministerstva zdravotnictví ČR, **PhDr. Ivan Duškov**.

Členové Přípravného týmu:

První náměstek ministra zdravotnictví, PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D.
ředitel Odboru evropských fondů MZd, PhDr. Mgr. Jan Bodnár
zástupce psychiatrických léčeben, MUDr. Martin Hollý

vedoucí Strategické projektové kanceláře MZd, PhDr. Ivan Duškov

konzultant Strategické projektové kanceláře MZd, Ondřej Rudolf

Členové Řídícího výboru pro tvorbu Strategie:

Náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění, Ing. Petr Nosek

Náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči, MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D.

ředitel Odboru evropských fondů, PhDr. Mgr. Jan Bodnár

zástupce psychiatrických léčeben, MUDr. Martin Hollý

Členové Pracovní skupiny:

zástupce odborné společnosti – Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

zástupce psychiatrických léčeben – MUDr. Martin Hollý

zástupce ambulantní péče – MUDr. Juraj Rektor

zástupce NGO – Pavel Novák

zástupce uživatelů psychiatrické péče – Jan Jaroš

zástupkyně MPSV (Odbor posudkové služby) – Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

zástupkyně MPSV (Odbor sociálních služeb a sociální práce) – Bc. Andrea Dvořáková

zástupkyně VZP – JUDr. Lenka Havlasová

zástupkyně Svazu pojišťoven – MUDr. Irena Vágnerová, MBA

zástupce České asociace sester – Mgr. Tomáš Petr

zástupce Asociace krajů ČR – MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

zástupci Ministerstva zdravotnictví:

ředitel Odboru evropských fondů – PhDr. Mgr. Jan Bodnár

vrchní ředitel pro ekonomiku – Ing. Petr Salák

ředitelka Odboru zdravotních služeb – MUDr. Helena Sajdlová

náměstek pro zdravotní péči – MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D.

náměstek pro zdravotní pojištění – Ing. Petr Nosek

Tým pro tvorbu strategie (ve fázi vývoje, stav k 21. 3. 2013):

MUDr. Marta Holanová – Ambulantní psychiatrička

Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. – Česká alzheimerovská společnost

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. FRCPsych. Psychiatrické centrum Praha
a Národní ústav duševního zdraví

MUDr. Pavla Hellerová – Psychoterapeutická sekce PS ČLS JEP

MUDr. Erik Herman, Ph.D. – Sekce ambulantních psychiatrů PS ČLS JEP

MUDr. Petr Hřibňák – Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR

Mgr. Hana Jahnová, PhDr. Karel Koblic – Asociace klinických psychologů ČR

Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc. – Gerontopsychiatrická společnost

Doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D. – přednosta Psychiatrické kliniky – FN Brno

Ing. Dana Kolářová, MBA – zástupkyně psychiatrických léčeben

Bc. Blanka Novotná – zástupkyně České asociace sester

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc. – Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP

Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. – Sekce pro poruchy příjmu potravy PS ČLS JEP

MUDr. Ondřej Pěč – Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP a ESET

MUDr. Petr Popov – Společnost pro návykové nemoci PS ČLS JEP

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. – PS ČLS JEP, Psychiatrická klinika VFN, Praha

Mgr. Pavel Říčan – FOKUS Vysočina

MUDr. Václav Šmatlák – Praktičtí lékaři

MUDr. Jan Tuček, Ph.D. – Sekce lůžkové psychiatrie PS ČLS JEP

Mgr. Barbora Wenigová – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Ing. Josef Závišek – Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR

MUDr. Vladislav Žižka – zástupce psychiatrických léčeben

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc. – Česká lékařská komora

[www.mzcr.cz, 6]

2.6.1 Teoretická východiska pro transformaci

Hlavními dokumenty, které budou mít vliv na tvorbu a výsledek strategie, je dokument WHO Zdraví 21 (cíl 6 – Zlepšení duševního zdraví), revidovaná Koncepce oboru psychiatrie a Národní psychiatrický program 2007. V potaz bude brána i vládou ČR schválená Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb a dále výstupy Pracovní skupiny pro zdraví Rady Evropy a další aktuální dokumenty z Evropské unie (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care). [www.mzcr.cz, 6]

2.6.2 Zkušenosti ze zahraničí

Přechod od institucionárního modelu péče k modelu komunitně orientované péče probíhá v západné Evropě už více než čtyři desetiletí a jsou dobře známá i jeho rizika. Využít zahraničních poznatků a poučit se z nich plánuje i Ministerstvo zdravotnictví. V lednu 2013 zahájí pracovní skupina analytickou a prognostickou fázi projektu, během níž má vyhodnotit dosavadní řešení včetně mezinárodní praxe, aby bylo možné vyhnout se rizikům a chybám v průběhu transformace.

Velkou inspirací pro trasformaci je systém komunitní péče, který funguje v Centru duševního zdraví v italském Terstu, které tvoří součást Systému zdravotní péče zvaného Triestina. Tento systém, který vznikl v 70. letech 20. století, je již mnoho let považován za jeden ze světově nejpokrokovějších veřejných systémů péče o duševní zdraví. Má za cíl poskytnout co nejvíce zdrojů a nabídek zdravotnických služeb přímo v komunitě a nahradit péči centralizovanou v nemocnicích.

„V současné době se Systém zdravotní péče v Terstu dělí na tři centra (Centrum duševního zdraví, Centrum drogových závislostí a Centrum prevence) a tři střediska (Kardiovaskulární středisko, Středisko sociální onkologie a 118 jednotek pohotovostní služby). Pro dobré fungování tohoto systému je nutná vzájemná spolupráce a využívání multidisciplinárních týmů.“ [SCHEANSOVÁ, 2012, s. 8]

Klíčovou osobností Centra duševního zdraví je Franco Basaglia. Tento lékař pod hrůznými dojmy ze svého působení v institucionární péči již v roce 1961 začal zakazovat svazování pacientů v postelích. Rovněž zrušil veškeré formy izolace. Tento jeho počin zahájil diskusi v rovině teorie i klinické praxe po celé Itálii, která nakonec vyústila ve vydání návrhu zákona o národní reformě psychiatrie v roce 1978. Tento zákon proměnil psychiatrické léčebny v celé Itálii. [SCHEANSOVÁ, 2012]

Centrum duševního zdraví se od svého vzniku stále vyvíjí a v současné době jsou jeho cíle vymezeny následovně: Centrum je zodpovědné za prevenci, diagnostiku, péči a rehabilitaci v oblasti psychiatrie a za řízení služeb zaměřených na ochranu duševního zdraví místní komunity. Mělo by pracovat na snížení jakékoli formy diskriminace, stigmatizace

a vyloučení osob s duševní poruchou a mělo by aktivně podněcovat plná a kompletní občanská práva těchto osob. Centrum zaručuje, že služby duševního zdraví a jednotky fungující v rámci systému zdravotní péče tvoří samostatně a jednotně fungující soustavu; dále má centrum zajistit, aby nedocházelo k fragmentaci nebo nedostatečnosti jeho působení, zajišťovat úzkou spolupráci mezi jeho vlastními službami a dalšími službami systému zdravotní péče ve spolupráci s místní komunitou a jejími institucemi.
[SCHEANSOVÁ, 2012]

Centrum duševního zdraví má celkem 248 zaměstanců, mezi které patří psychiatři, psychologové, ošetřovatelští pracovníci, zdravotní sestry, sociální pracovnící, sociálně rehabilitační terapeuti a administrativní pracovníci. Tito zaměstnanci zajišťují provoz následujících provozních jednotek: 24 hodin denně 7 dní v týdnu otevřených čtyř komunitních středisek duševního zdraví, která mají spádovou oblast asi 60 000 obyvatel. Tato střediska fungují jako hlavní místa koordinace aktivit a plánování služeb a intervence. Dále je to psychiatrické diagnostické a léčebné oddělení, které spolupracuje s pohotovostní službou nemocnice. Další funkční jednotkou jsou rehabilitační služby a podpora bydlení, které opět úzce spolupracují s komunitními středisky. Posledním článkem v systému Centra duševního zdraví je univerzitní psychiatrická klinika.
[SCHEANSOVÁ, 2012]

Financování tohoto centra je odvozeno od počtu všech obyvatel v jejich spádové oblasti, nepotřebují své úkony vykazovat zdravotní pojišťovně, na rozdíl od systému financování v ČR, které se odvíjí od počtu obsazených lůžek.

2.6.3 Dilemata transformace psychiatrických léčeben

Některé skupiny pracovníků v psychiatrické péči považují myšlenku transformace za zcela chybnou. Řada ředitelů a pracovníků léčeben si změny nepřeje, myslí si, že současný systém je funkční. Marek Ženíšek z Ministerstva zdravotnictví k tomu říká: „*Snažíme se vysvětlovat, že to není jen v léčebnách, že léčebny nikdo rušit nechce. Jednak si to neumíme představit a navíc všude ve světě, kde zkusili jít tímto směrem, to dopadlo špatně*“ Podle něj nikdo nechce nahradit léčebny komunitní péčí, ale pokud mají léčebny odpovídat

požadavkům 21. století, musí být provázány s komunitními centry, která se postarají o část pacientů a uvolní kapacitu léčebny pro zajištění akutní péče. [GABRIEL, 2013]

Návrhy na transformaci provází mnoho otazníků, některými z nich jsou např. do jaké míry a jakým způsobem využít současné kapacity a co vybudovat nově; zda budou současní poskytovatelé zdravotní péče v léčebnách schopni přechodu na nové formy práce; zda se podaří realizovat transformaci léčeben bez negativního dopadu na pacienty; jak vyřešit situaci pacientů, kteří už léta žijí v léčebnách a nejsou schopni samostatného života; jak zajistit finacování zdravotně sociální komunitní péče ze dvou balíků peněz a dvou málo spolupracujících rezortů (MZ MPSV), které se zatím nikdy nepodařilo potřebným způsobem propojit; jestli se podaří zajistit včas vyškolení nových komunitních pracovníků a v neposlední řadě, zda se podaří přesvědčit veřejnost (politickou reprezentaci v dalších letech) o nutnosti reformy a získat ji pro dlouhodobou podporu reformy.
[GABRIEL, 2013]

Jedním z rizik také je, že léčebny vybudují ve svém okolí menší zařízení komunitní péče, kde ovšem bude péče pokračovat ve starém duchu (budíček, vydávání léků...)

2.6.4 Podoby komunitní péče o osoby trpící schizofrenií

Vytvořit kvalitní model komunitní péče pro soby trpící schizofrenií je dlouhodobý, velmi náročný, rozsáhlý, mnohovrstevný úkol. Po dvaceti letech, kdy osvícení odborníci, neziskové organizace, pacienti a jejich organizace i rodičovské organizace upozorňovali na potřebu změny se k tomuto úkolu poprvé oficiálně přihlásilo Ministerstvo zdravotnictví. Díky dostatečně širokému okruhu zástupců všech zainteresovaných subjektů (včetně jednoho zástupce pacientů), kteří se na tvorbě strategie podílejí, je snad naděje, že reforma bude připravena vyváženě. Je potřeba také dodat, že bez naděje na získání dotace ze strukturálních fondů EU by se u nás reforma v nejbližších letech pravděpodobně neuskutečnila.

Analýza předběžné vize (převzato ze Strategie reformy psychiatrické péče, 2012)
Realizace Strategie reformy psychiatrické péče by měla způsobit a zajistit následující změny a prosazovat tyto principy:

• **Přesun péče blíže k pacientovi**

Je třeba zajistit: větší vstřícnost, aktivitu a dostupnost psychiatrické péče; koordinaci služeb a koordinaci péče o konkrétní pacienty v jejich běžném prostředí (case management); rehabilitační programy s cílem návratu pacienta do běžného života;

• **Respekt k právům pacientů a jejich individualitě**

Je třeba zajistit: respekt k důstojnosti pacientů, respekt k autonomii rozhodování a naplňování a výkon lidských práv a základních svobod pacientů; humánnější podmínky psychiatrické, dostupnost komplexní biopsychosociální péče; dostupnost kvalitní somatické péče a odstranění znevýhodnění osob s duševní poruchou ve srovnání se somaticky nemocnými.

• **Posílení primární psychiatrické péče**

Je třeba zajistit: definici role ambulantní psychiatrie jako nositele primární psychiatrické péče; kvalitativní i kvantitativní posílení ambulantních psychiatrických služeb; vytvoření sítě krizových a intervenčních (out-reach) služeb; koordinaci a úzkou kooperaci ambulantních a komunitních služeb.

• **Restrukturalizace lůžkové péče**

Je třeba zajistit: přesun části pacientů z následných lůžek do komunitní péče; posílení regionální akutní lůžkové péče; restrukturalizaci lůžkové péče a přesnější vymezení náplně lůžkové péče spadající do psychiatrických OLÚ a psychiatrických oddělení nemocnic.

• **Rozvoj komunitní péče**

Je třeba zajistit: rozvinutí zdravotních (intermediárních) a zdravotně-sociálních komunitních služeb; budování spolupráce s návaznými komunitními službami v sociální sféře; rozvoj a uplatňování multidisciplinarity v komunitní péči; multirezortní financování.

• **Regionální nastavení služeb**

Je třeba zajistit: jasnou definici spádové oblasti a definici služeb, kterými daný region

bude disponovat; definici odpovědnosti jednotlivých subjektů působících v daném regionu; monitorování a kontrolu kvality služeb.

• **Destigmatizace pacientů a oboru**

Je třeba zajistit: systematické destigmatizační aktivity na celostátní úrovni; redukci sociální exkluze osob s duševním onemocněním.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Právě v těchto dnech má Česká republika díky strukturálním fondům EU jedinečnou šanci změnit stav systému péče o duševně nemocné pacienty. Úkolem, před kterým Ministerstvo zdravotnictví nyní stojí, je vytvořit koncepci této změny tak, aby byla realizovatelná v praxi a aby souzněla s představami EU o změně.

V průběhu prvních měsíců debat o transformaci psychiatrické péče se objevilo mnoho otázek, které bude potřeba vyřešit. Mezi největší z nich patří do jaké míry a jakým způsobem využít současné kapacity a jaká zařízení vybudovat nově, dále zda budou současní poskytovatelé zdravotní péče v léčebnách schopni přechodu na nové formy práce; zda se podaří realizovat transformaci léčeben bez negativního dopadu na pacienty; jak vyřešit situaci pacientů, kteří už léta žijí v léčebnách a nejsou schopni samostatného života; jak zajistit finacování zdravotně sociální komunitní péče ze dvou balíků peněz a dvou málo spolupracujících rezortů (MZ a MPSV), které se zatím nikdy nepodařilo potřebným způsobem propojit; jestli se podaří zajistit včas vyškolení nových komunitních pracovníků a v neposlední řadě, zda se podaří přesvědčit veřejnost.

3.1 Inspirativní Bohnice

Z tohoto výčtu vyplývá, že otázek, které bude potřeba zvážit a vyřešit je opravdu mnoho. Na podzim roku 2012 se jimi začala zabývat Ministerstvem zdravotnictví ustanovená pracovní skupina. Jedním z nejviditelnějších členů této skupiny je MUDr. Martin Hollý, ředitel psychiatrické léčebny Bohnice, který zde zastupuje psychiatrické léčebny. PL Bohnice již od roku 2009 rozvíjí svou vizi poskytovat integrovanou psychiatrickou péči v kontrolované kvalitě, vedoucí ke spokojenosti pacientů. V rozpracované strategii naplňování této vize se objevují 4 základní okruhy zodpovědnosti – vůči pacientům, zaměstnancům, zřizovateli a společnosti. Naplňováním takto definovaných strategických perspektiv dochází ke změnám ve struktuře poskytovaných služeb. „*Mimo zlepšování lůžkové péče se zaměřujeme také na vytváření nových služeb, které pomáhají pacientům ve složité fázi propuštění z hospitalizace. Pro mnohé z nich je toto období významně zatěžující. Právě proto vytváříme systém jakéhosi doprovázení tímto procesem*," uvádí MUDr. Martin Hollý. [www.mzcr.cz, 14]

Další službou je Komunitní terénní centrum, které poskytuje služby pacientům po propuštění v jejich přirozeném prostředí. To umožňuje efektivnější spolupráci se službami následné zdravotní i sociální péče. „*V rámci této služby mají pacienti například možnost nám kdykoli zavolat, promluvit si, poradit se a to jim dodává v prvních dnech po propuštění z léčebny jistotu a pomáhá lépe se znovu začlenit do běžného života*," popisuje MUDr. Ing. Petr Příhoda, primář Komunitní péče Psychiatrické léčebny Bohnice. [www.mzcr.cz, 14]

Důležitý je i vstřícný přístup zdravotních pojišťoven, které v posledních měsících vyšly léčebně vstříc a postupně nasmlouvávají potřebné služby. PL Bohnice se také podařilo využít podpory fondů v rámci Programu švýcarsko-české spolupráce. Mohla být vytvořena sociální internetová platforma bohnicebezhranic.cz a natočena 2 DVD určená dospělým a dětem. Obojí slouží zejména k podpoře informovanosti jak blízkých duševně nemocných, tak široké veřejnosti. Další formou osvěty jsou informační letáky. [www.mzcr.cz]

„*Některé reformní snahy v Evropě, které si kladly za cíl zrušení institucionální péče v psychiatrických léčebnách, se často potýkají s velkými problémy. Případné zrušení léčeben totiž není cílem reformy, ale jejím důsledkem. Na příkladu bohnické léčebny se ukazuje, že pozvolná transformace služeb je reálná a v praxi může fungovat. Tyto snahy současného vedení musím ocenit i ve světle toho, že se tak děje za pionýrských podmínek, kdy ještě nejsou mj. zajištěny centrální zdroje financování,*" uzavřel Marek Ženíšek. [www.mzcr.cz, 14]

3.2 Diskuse odborníků

MUDr. Martin Hollý k plánované celostátní reformě v rozhovoru, který vznikl pro časopis Esprit, č. 11-12/2012 říká: „*Ministerstvo zdravotnictví definovalo vizi, o které se budeme domlouvat, a ta je jednoznačná. Péče by měla jít blíž k pacientům a měla by do větší nebo menší míry souviset s deinstitucionalizací. Není to nic nového. Ministerstvo se tím přihlásilo k dokumentu Zdraví 21, který je současně vládním dokumentem, ale léta jsme nic z toho neviděli. Vize tedy existuje, a jestli půjde víc o sociální službu nebo víc o zdravotní službu ve smyslu malých psychiatrických oddělení nebo nějakou jejich kreativní kombinaci,*

to bude předmětem dalšího dohadování. Důležité je, že bude péče přesouvána blíže k pacientovi, bude spojena s preventivní aktivitou, měla by být komplexní a provázaná, to jsou věci, na kterých jsme se shodli v celé šíři skupiny."

Na otázku, zda pracovní skupina naráží na sporná témata, na kterých by mohla snaha o reformu ztroskotat, odpovídá: „*Na extrémních postojích a na lidech, kteří nejsou ochotni diskutovat, to může padnout. Samozřejmě jsme definovali problematické oblasti. Velmi významným problémem je způsob financování. Je to zatím neošetřené téma. Kombinace zdravotních a sociálních zdrojů se nám dlouhodobě nedaří. Problematickou otázkou je, zda mít ‚hezký hotel', ale daleko od bydliště pacientů, nebo mít sice skromnější podmínky, ale blízko. Co je naplněním lidských práv pacientů, luxusní služba někde daleko, nebo skromnější dobře dostupná služba doma? Další spornou otázkou je, co přirozené prostředí pacientů, kteří dlouhodobě žijí v institucích. Kam mají jít? Budeme je tlačit do formálního bydliště, kde už vlastně nemají žádné vazby, anebo je jejich přirozeným prostředím instituce, ve které jsou řadu let? To jsou náměty k diskusi a k hledání řešení. U lidí dlouhodobě hospitalizovaných jde o řešení jen na nějakou dobu. Jedním z primárních cílů reformy je nevyrábět dlouhodobě institucionalizované pacienty. Teď tady však máme skupinu lidí, kteří dlouhodobě žijí v instituci a nemůžeme na ně aplikovat tvrdší deinstitucionalizační model, protože nemají kam jít. Jejich potřeby bychom nejspíš měli řešit zvláštním zákonem. Potřebují jiný přístup, který ale nemáme aplikovat na nové pacienty*."

Na další otázku, zda skupina nevidí riziko v tom, že se Česká republika neshodne s Evropskou unií na představě, jak by měla vypadat reforma psychiatrické péče, a kvůli tomu na ni nedostaneme evropské peníze, MUDr. Martin Hollý odpovídá: „*Pro každého z nás, pro mě méně, ale třeba pro politiky víc, je to cesta k evropským dotacím, které samozřejmě mohou významně pomoci transformačnímu procesu. Nejbližším cílem ale je vytvořit dokument, který konsensuálně pojmenuje to, jakou u nás chceme psychiatrickou péči. Je asi pravda, že cesta k této vizi by bez evropských peněz byla komplikovanější, strastiplnější, na druhou stranu každopádně vznikne dokument, který bude mít svoji váhu. Je extrémně důležité, že tu dvacet čtyři let po revoluci vznikne projekt, který představí nějakou vizi. Pokud máme projekt, tak se na něj snáz získávají peníze, než když máme jen rozhádanou partu odborníků, kteří říkají, že bez peněz se nedá nic dělat.*"
[Interview s MUDr. Martinem Hollým, ředitelem PL Bohnice. Praha 13. 10. 2012.]

A „parta odborníků“, která se sešla 11. března 2013 v prostorách Senátu, kde se uskutečnil seminář nazvaný Reforma psychiatrické péče z pohledu odborníků, pořádaný pod záštitou místopředsedy Senátu Ing. Zdeňka Škromacha za účasti vedoucích pracovníků psychiatrických léčeben a na který překvapivě nebyl pozván nikdo ze zástupců Ministerstva zdravotnictví, ani MUDr. Martin Hollý, se shoduje na tom, že česká psychiatrie nevzkvétá. „*Stav psychiatrické péče v České republice je ve všech sektorech neutěšený. Ambulantních psychiatrů je málo. Ambulantní psychiatr má na pacienta deset minut. Deset minut stačí na předepsání léku. Morbidita narostla za posledních deset let o třicet procent a v posledních třech letech je nárůst ještě větší. Lůžková péče není dostatečně proplacená. Akutní péče je tlačena zdravotními pojišťovnami k velmi rychlému propuštění pacienta. Pacient dostane léky, potřeboval by psychoterapii, edukaci, ale je rychle odeslán k ambulantnímu lékaři, který na něj má deset minut. Čili se brzy vrací, není dostatečně vyléčený na lůžku ani v ambulanci.*“ popsal situaci v úvodu semináře Prof. MUDr. Ján Praško, přednosta Psychiatrické kliniky FN Olomouc. [www.nrzp.cz, 15]

Je tedy zjevné, že i tato skupina je se současným stavem psychiatrické péče hluboce nespokojena. Proč ale nepodporuje takovou transformaci, jaká je nastíněna Ministerstvem zdravotnictví a která vychází ze, pro ČR, závazných mezinárodních dokumentů? Na to odpovídá organizátor zmiňovaného semináře, psychiatr a bývalý ministr zdravotnictví MUDr. Ivan David, CSc.: „*Za největší problém pokládám to, že za péči o osoby s duševními poruchami není nikdo vymahatelně odpovědný. Nikde zákon nikomu neukládá, že má takovou péči poskytovat. Je definováno, za jakých podmínek ji poskytovat lze, je definováno, kdo ji poskytovat může, ale není řečeno, kdo ji poskytovat musí a v jakém rozsahu. To vidím jako velmi zásadní problém a obávám se, že není vůle v tom něco měnit, a je potřeba to změnit.*“ [www.nrzp.cz, 15]

Podle jeho názoru chybí koncepce péče, která má stanovené cíle a popisuje co, kdo, kdy, jak má realizovat a kdo je za to odpovědný. Vytvoření koncepce musí předcházet analýza, která se bude zabývat i duševně nemocnými, kterým není poskytována péče. „*Chybně se vychází pouze z deklarované nemocnosti. Vedle toho je skrytá nemocnost a chtěl bych zdůraznit, že největší pozornost je třeba věnovat nejvíce nemocným a ne těm, kteří péči sami vyhledávají*,“ upozornil I. David. [www.nrzp.cz, 15]

Podle jeho názoru je připravovaná transformace motivována dalšími úsporami na již výrazně podfinancované péči. Právě ale podfinancovanost psychiatrické péče je dle náměstka Ministerstva zdravotnictví Marka Ženíška hlavním důvodem k reformě. Ženíšek také upozornil na to, že cílem reformy v žádném případě není psychiatrickou péči zlevnit. Zároveň podotkl, že Ministerstvo si je vědomo i „absence koncepčního materiálu, který by byl dále realizován v praxi" a zdůrazňuje, že jde o celkovou koncepci péče o duševně nemocné, nikoliv pouze o koncepci psychiatrické péče, protože to co zejména selhává je péče následná, která má neoddělitelnou sociální složku. „*Reformní kroky se nemohou týkat pouze samotné psychiatrické péče. Týká se to i dalších oblastí, a proto hovoříme o celkové koncepci péče o duševní zdraví. Bez shody i s ostatními aktéry nebo ostatními resorty, zejména s ministerstvem práce a sociálních věcí, bez dohody s pojišťovnami, bez dohody s neziskovým sektorem, ale i například se sdruženími pacientů a rodinných příslušníků, by naše práce šla nazmar*" říká M. Ženíšek s tím, že na přípravě strategického dokumentu se podílejí všichni resortní i mimoresortní aktéři. [GABRIEL, 2013]

K tomu se vyjádřili i účastníci semináře Reforma psychiatrické péče z pohledu odborníků a v tiskové zprávě se můžeme dočíst, že „*odborníci rozhodně podporují nabídku sociálních služeb jako chráněného bydlení, chráněného zaměstnávání, stacionářů atd., varují však před unáhlenou redukcí lůžkových psychiatrických zařízení. K omezení jejího rozsahu může dojít až po vybudování vhodných pobytových služeb pro osoby, které nepotřebují intenzivní psychiatrickou péči*".
MUDr. Martin Hollý pro Českou televizi opakovaně potvrdil, že transformace rozhodně nemá za cíl zrušit veškerou lůžkovou péči, pouze psychiatrickou péči vybalancovat, aby se částečně přesunula z léčeben do komunitních center.

Vypadá to na velký boj, který v létě 2012 prorokoval prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. FRCPsych., ředitel Psychiatrického centra Praha, který upozornil na to, že představy o tom, na co by se měly peníze z EU využít, se opravdu velice různí. Ředitelé velkých psychiatrických léčeben by si za ně rádi opravili své pavilony, nakoupili nový nábytek a natřeli ploty, zatímco reformátoři volají po opravdové změně.

Cyril Höschl reformu podporuje, i když dle jeho slov není již jeho propreformní názor zdaleka tak silný jako před patnácti dvaceti lety. Na otázku, proč se jeho původní

proreformní názor oslabil, odpovídá pro časopis Esprit 7-8/2012 následovně: „*Zprávy o tom, jaký dopad měla například radikální reforma v Itálii, nejsou úplně jednoznačné. Kritici říkají, že hospitalizace se v maskované podobě přesunula do soukromých sanatorií, že péče v mnoha aspektech selhává, že stará nemocniční péče, jaká stále existuje nejen u nás, ale třeba i v Německu nebo v Belgii, má vlastně lepší výsledky. A teď strašně záleží na tom, jak definujete výsledek, jaké indikátory použijete, to všechno už může být předmětem diskuse. A já nejsem pod vlivem jednoznačné ideologie natolik, abych do toho bušil z jedné strany a neposlouchal argumenty druhé strany. Řešení není jednoduché a i kdybychom tu změnu nakrásně protlačili, nemusí to být za každých okolností úplně dobře. A pak se mohou ozvat kritici: vidíte, my jsme to říkali! Tohle nebezpečí tady je. Myslím, že protagonisté reformy si to uvědomují, proto ubrali plyn v naléhavosti, s jakou to prosazují.*“
[Interview s prof. MUDr. Cyrilem Höschlem, DrSc. FRCPsych., ředitelem Psychiatrického centra Praha. Praha 1. 6. 2012.]

Sice uznává, že přesun péče do terénu by byl pro lidi s duševním onemocněním změnou k lepšímu, nemuselo by se čekat, až se znovu zblázní a budou nedobrovolně hospitalizováni, protože by jim potřebná péče měla být poskytnuta dřív, než by k tomu došlo, ale zároveň upozorňuje, že v Norsku, které je ukázkou transformované psychiatrie, je nedobrovolných hospitalizací třikrát více než u nás. Vysvětluje si to tím, že to byl jediný způsob, jak dostat duševně nemocné k hospitalizaci. Existuje prostě určité procento pacientů, kteří hospitalizaci potřebují a potřebovat budou. Dále Cyril Höschl upozorňuje, že zdaleka ne všichni pacienti a ani jejich příbuzní, a ti zejména, by preferovali komunitní péči. Mít duševně nemocného člověka doma je hodně obtížné, takže je pro ně úleva, když je v léčebně. A navíc jsou pacienti, kteří si na snadnost žití v závislosti na instituci tak zvyknou, že by jim přechod na komunitní péči ublížil asi jako zvířatům v zoologické zahradě, kdyby je někdo vypustil do volné přírody. Profesor Höschl vzpomíná, jak si kdysi vzal do Psychiatrického centra chronického pacienta, který měl za sebou dvacet pět let hospitalizace a pokoušeli se ho nějak „rozhýbat“. Při pokusu o propuštění se pacient tak vyděsil, že dělal vše pro to, aby nemusel vyjít za bránu léčebny...

Na závěr rozhovoru zazněla otázka, jak by vypadala transformace, pokud by o ní profesor Höschl rozhodoval sám. Zde je jeho odpověď: „*Kdyby to bylo jen na mně, zvážil bych, jaké*

parametry má v Evropě systém, do kterého bychom se překlopili. Znovu bych se podíval na to, co udělala třicetiletá zkušenost v Itálii, podíval bych se na to, jak je dostupná a kvalitní psychiatrická péče v bohatých a do určité míry srovnatelných zemích, jako je Kanada, Irsko, Skandinávie, Dánsko, a rozhodně bych se snažil nevylít s vaničkou dítě. Mladší a střední generaci bych poslal do ciziny na rok na výcvik, aby si ten systém mohli ohmatat, aby si zažili, jak funguje. A to je další bod, proč bychom na to potřebovali peníze. Ano, komunitní péče, mobilní týmy, zaangažování všech, kteří s tím mají zkušenost. S lidmi, kteří by se sem vraceli a věděli o čem to je, bychom tady znovu začínali od podlahy se všemi porodními bolestmi. Takže bych byl trpělivý a dal bych na to klidně pět deset let a během těch pěti deseti let bych ten systém zavedl a spustil. Ta nejlepší nemocniční a léčebná zařízení bych ve velmi zmenšené míře zrenovoval, zreformoval a zanechal pro skupinu pacientů, kteří vždycky budou potřebovat ústavní péči, i kdyby to bylo jen z forenzních důvodů, z důvodů nemožnosti soužití v komunitě. A hlavně bych do systému alokoval mnohem více peněz, nežli tam je."

[Interview s prof. MUDr. Cyrilem Höschlem, DrSc. FRCPsych., ředitelem Psychiatrického centra Praha. Praha 1. 6. 2012.]

3.3 Rozhovory s klienty DPS Ondřejov

A co na možné změny v systému péče říkají samotní pacienti? Během rozhovorů s klienty DPS Ondřejov, potažmo arteterapeutické dílny Arte Hodkovičky vyplynulo, že komunitní péče, kterou mohou v současnosti využívat, je pro ně velkým přínosem.

Pan Petr, který se se schizofrenií léčí 13 let, má za sebou ve svých 32 letech 3 hospitalizace (z toho 2 nedobrovolné, které proběhly za velmi dramatických okolností) se dnes, po několika letech strávených v několika různých komunitách s různou míry podpory, těší na život ve svém bytě. V současné době navštěvuje terapeutickou skupinu BAZÁLNÍ JISTOTY v DPS Ondřejov. Tato skupina je zaměřena na zlepšení komunikace a rozvíjení sociálních dovedností a vztahů pacientů – např. zlepšení komunikace s rodinou, přáteli, navazování přátelství a partnerství, znovuzačlenění do kolektivu, komunikace v zaměstnání, trávení volného času apod. Do Arte klubu dochází pan Petr jednou týdně. V případě zhoršení svého zdravotního stavu je připraven využít služeb krizového centra. Již si zkusil práci

v chráněné dílně a chtěl by si najít zaměstnání v některé ze sociálních firem. Pokud by fungovaly komunitní týmy či zdravotní komunitní sestry, rád by jejich služby využíval v domácím prostředí.

Ondřejovi je 28 let, se schizofrenií se léčí od svých 16 let. Má za sebou pouze jednu dvouměsíční hospitalizaci. Při odchodu z léčebny mu ambulantní psychiatr nebyl doporučen, vyhledal si ho s pomocí své rodiny. Nyní bydlí sám, chráněné či jinak podporované bydlení nikdy nemusel využít. V případě zhoršení zdravotního stavu je připraven vyhledat krizové centrum. Rád by pracoval v chráněné, nejlépe keramické, dílně. Léčebné programy, které navštěvuje v DPS Ondřejov mu dle jeho slov velice pomohly a nadále pomáhají. Do Arte klubu dochází 4x týdně. Píše básně, maluje a fotí.

Slečna Zuzana ve svých 28 letech zažila jednu několika měsíční hospitalizaci, od té doby se léčí pouze ambulantně. Její hospitalizace byla nedobrovolná. Má velkou podporu rodičů, se kterými žije. V současné životní situaci tedy o chráněném bydlení neuvažuje a myslí si, že ani v budoucnu by ho nechtěla využít. V tuto chvíli si neumí představit, že by využívala služeb komunitní sestry, která by ji navštěvovalal v domácím prostředí. O službách krizového centra ví a v případě zhoršení stavu by ho využila. S léčebnými programy v DPS Ondřejov je moc spokojená a myslí si, že jí hodně pomáhají. Ráda by využívala ještě další psychoterapeutickou péči. Do klubu Arte dochází 5x týdně.

Pan Tomáš, kterému je 26 let, se se schizofrenií léčí 9 let a má za sebou 5 několika měsíčních hospitalizací. Všechny dobrovolné. Ambulantní lékař mu byl doporučen při odchodu z psychiatrické léčebny. V současné době dochází na psychoterapie do DPS Ondřejov. Bydlí ve svém vlastním bytě, s rodiči se vídá několikrát týdně. Možnost bydlení v chráněném bytě by v současné době nevyužil, v budoucnosti možná. Využívání služeb komunitní sestry si zatím představit neumí, dle jeho slov nemá problém dojít si tam, kam potřebuje, tak proč by měl někdo chodit za ním. Pracuje v chráněné kavárně. Do klubu Arte zajde 1x týdně.

Další klientka, paní Dana, je jedna z mála starších klientů denního stacionáře Ondřejov. Je jí 53 let a v životě toho zažila již mnoho. Se schizofrenií se léčí od 18 let. Byla několikrát hospitalizována ještě před rokem 1989. Opakovaně se do psychiatrické léčebny vracela.

Vystřídala mnoho ambulantních lékařů a mnoho léků. U MUDr. Jarolímka už zůstala a její stav se stabilizoval. Již mnoho let se léčí pouze ambulantně. Žije s manželem. O chráněném bydlení by uvažovala, pokud by žila bez manžela. Na návštěvy komunitní sestry by si musela zvykat, ale umí si představit, že v některých situacích by její pomoc přivítala. V případě zhoršení stavu by neměla problém využít krizového centra, má s ním dobré zkušenosti. V klubu Arte si nejraději povídá o zahradničení a z hlíny přitom modeluje tváře ne nepodobné postavě z Munchova Výkřiku.

Všichni tito klienti, se kterými jsem hovořila, pravidelně užívají léky, nepijí alkohol ani nepožívají jiné omamné látky. Často hovoří o tom, že je to pro ně velmi důležité. Všechny tyto klienty spojuje nejen jejich onemocnění, ale také podpora jejich rodiny. Byli to většinou rodiče, kteří pro své děti vyhledali psychoterapeutickou pomoc v DPS Ondřejov, který poskytuje nespočet skupinových i individuálních terapeutických programů, které jim pomáhají vrátit se do běžného života.

3.4 Služby poskytované DPS Ondřejov

Ze skupinových terapií je to např. průběžný desetiměsíční program STACIONÁŘ, který je denně zahájen psychoterapeutickou skupinou, poté následuje pestrý program tvořený různými typy psychoterapeutických technik (muzikoterapie, pohybová terapie, relaxační technika, trénink kognitivních funkcí, nácvik komunikace a sociálních dovedností aj.). Mezi prvořadé cíle patří prevence návratu (relapsu) psychického onemocnění a případné následné hospitalizace, dále zvládání příznaků a projevů nemoci v běžném životě, zlepšení sociálního fungování a tím zvýšení kvality života. Po ukončení docházky do tohoto programu je možné přejít na jiné „návazné“ terapeutické programy DPS Ondřejov či v jiných podobně zaměřených organizacích.

Dalším z programů je psychoterapeutická skupina DYNAMO pro pacienty s psychotickým onemocněním. Skupina se zaměřuje především na práci se vztahy (rodinné, partnerské), pomáhá pacientům z návratem do školy, či zaměstnání.

Všichni klienti, se kterými jsem měla možnost hovořit, prošli terapeutickou SKUPINOU KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ. Skupina je určena pro klienty s potížemi v komunikaci, vzniklými nejen důsledkem negativních životních zkušenosti. S pomocí asertivních technik dochází k osvojení praktických dovedností v komunikaci (např. potíže se sebeprosazováním, odmítáním, s podáním či přijmutím kritiky...).

Individuální péči poskytují kvalifikovaní psychiatři v programu AMBULANCE. Tato péče se většinou výrazně liší od klasické psychiatrické péče, a to individuálním přístupem, respektováním pacienta jako téměř rovnocenného partnera a taktéž délkou rozhovoru s dotyčným pacientem.

Dalším individuálním programem je INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÁ PÉČE. V této formě psychoterapie terapeut pomáhá pacientovi se zorientovat v jeho psychické nemoci, pochopit její možné kořeny, naučit se předcházet dalším psychickým krizím. Souběžně s tím se samozřejmě řeší sociální, pracovní i osobní problematika pacienta.

DPS Ondřejov poskytuje i služby DĚTSKÉHO PSYCHIATRA a byl zde zřízen i jeden z nemnoha MOBILNÍCH KRIZOVÝCH TÝMŮ, který operuje v terénu a který ve stovkách případů předešel hospitalizaci pacientů. Krizový mobilní tým jezdí za ohroženým člověkem, spolupracuje s jeho rodinou, rodiči, sourozenci, nabízí služby denního sanatoria, hledá možnosti, jak nemocnému „ušít“ potřebnou terapii na míru. „*Nezaměřujeme se pouze na odstranění psychiatrických příznaků, ale vnímáme každého člověka v jeho celistvosti a jedinečnosti. Každý člověk pochází z prostředí základní rodiny a je obklopen sítí dalších sociálně-pracovních vztahů. Proto se snažíme být v kontaktu s nejbližšími osobami jeho osobního a sociálního prostředí*,“ vysvětluje MUDr. Martin Jarolímek.

Za velice důležité považuji zde poskytované podpůrné programy pro rodiče jako např. ROZHOVORY S RODIČI, kde se rodiče snaží vyrovnat se s náhlým propuknutím psychotické nemoci u jejich potomka. Tento program funguje i pro rodinné příslušníky, jejichž potomek se již dlouhodobě léčí, ale ocitá se v různých krizových situacích.

Funguje zde i otevřená podpůrná RODIČOVSKÁ SKUPINA, která se schází v DPS jednou týdně. Jedná se o dlouhodobou otevřenou skupinu (do skupiny mohou kdykoliv vstoupit

noví členové dle svých časových možností a svých potřeb). Tato podpůrně edukační skupina je určena pro příbuzné a blízké psychiatricky nemocných. Cílem skupiny je poskytnout psychoterapeutickou podporu rodinám pacientům, kteří jsou vždy duševní poruchou blízkého člověka zasaženy, ale zřídka se jim dostává pomoci, kterou potřebují.

3.5 Pohled na péči o schizofreniky očima rodiče

V této skupině jsem potkala paní Jiřinu, matku Petra, který onemocněl schizofrenií v pátém ročníku vysoké školy a která se se mnou podělila o svůj příběh: „*Petr studoval psychologii na Masarykově univerzitě v Brně. Při návštěvách doma, které nebyly příliš časté, se začal chovat velice zvláštně. Toulal se, utrácel peníze a choval se zmateně. Na Vánoce už ani nepřijel, jen poslal balík s dopisem, že bude žít sám a že si bude vydělávat prací v baru. Balík byl tak nedokonale zabalený, že z něj vypadávaly věci. Nenapadlo mě, že by to mohly být známky duševního onemocnění. Domů přijel až o Velikonocích, stále plakal a byl úplně rozhozený. Přesto po několika hodinách odjel zpět do Brna. Asi za měsíc nám přišla zpráva, že je hospitalizovaný v Kroměříži. Hned jsme tam s mužem vypravili. Byl to hrozný šok. Péťa tam stál v teplácích a upíral na mně své modré oči. Chtěli jsme ho odvézt domů, ale paní doktorka nám řekla, že podepsal dobrovolnou hospitalizaci a že si ho domů vzít nemůžeme. Jezdili jsme za ním každý týden. Po třech měsících byl propuštěn, podařilo se mu dokončit školu, získal titul magistra v oboru psychologie. Během té doby spolupracoval s báječnou ambulantní lékařkou, která ho velmi podporovala. V září nastoupil jako psycholog do svého prvního zaměstnání, kde vcelku úspěšně fungoval. Vyprávěl nám o svých klientech, jak se jim snaží pomáhat. Byla to pro něj ale velmi stresující práce. Vydržel to několik měsíců a pak se sesypal. Trpěl velkými úzkostmi. Dostal neschopenku na tři měsíce. Z práce ho potom pro nadbytečnost propustili. Odmítal depotní injekce, které mu pomáhaly, začal držet hladovku, jen pil. Následovala další hospitalizace. Ve Vojenské nemocnici v Praze mu nasadili Zyprexu, po které začal strašně přibírat. Tam nám také řekli, že potřebuje následnou péči, tak začal dojíždět na Ondřejov. Od první hospitalizace v Kroměříži uběhlo 16 let. Petr bydlí s námi, ví, že jsme připraveni mu kdykoliv pomoci. Ale vedlejší účinky léků udělaly své. Nic ho nebaví. Strašně přibral. Byl nejméně 15x hospitalizován. Ataka nastupuje velice rychle. Už není rozpoznatelná tak snadno jako kdysi, kdy stačilo, abychom si všimli jeho zvýšeného zájmu o bibli. Už máme*

vypozorované, že jakmile začne číst bibli, už se něco děje. Křesťanství je teď jeho koníček. Občas chodí po sídlišti a vyzývá lidi, aby se zachránili, že bude konec světa. Jednou přišel domů a chtěl skočit z okna. Chtěla jsem skočit taky, už se to nedalo vydržet. Zavolala jsem záchranku, ale řekli mi, že se s ním nebudou prát, ať si zavolám policajty. Ale copak můžete zavolat policii na svoje nemocné dítě, které nic neudělalo? Nakonec jsme ho přemluvili, aby s námi jel do nemocnice. Ataka obvykle přišla do 14 dnů od chvíle, kdy přestal brát léky. Ale naposledy je bral a přesto ataka přišla. Teď na to více dohlížím. Od ostatních rodičů vím, že naše nemocné děti jsou na tom všechny stejně, prostě nechtějí brát léky. Petr moc touží po tom, aby byl samostatný a žil normální život. Chtěl by mít partnerku, chtěl by chodit do práce. To už se mu asi nesplní. Pokusil si sehnat si byt, ale podvodník ho připravil o peníze. Chtěli jsme ho zbavit svéprávnosti, ale nakonec jsme na to neměli sílu. Bojím se, co s Péťou bude, až já tu nebudu. Pan doktor mi říká, že se o něj až moc starám, ale já bych byla ráda, aby se měl dobře, dokud to jde, dokud my jsme na světě, protože co ho potom čeká? Hezkej život to asi nebude. Kdyby mohl žít v nějakém penzionu, kde by se o něj postarali, byla bych klidnější.“

3.6 Má to cenu

Z příběhu paní Jiřiny je vidět, že duševní onemocnění je obrovská zátěž pro celou rodinu. Naše společnost duševně nemocného člověka podrží jen na chvíli. Když se jeho problémy opakují, přestane s ním počítat. A pokud nemá nemocný člověk oporu u svých nejbližších, dopadne to s ním většinou hodně špatně. MUDr. Jarolímek k tomu dodává, že hodně záleží na tom, jak se s celou situací rodina vyrovná. Rozhodně by se neměla smířit s nálepkou schizofrenika a ztrátou perspektivy normálního osobního života jejich dítěte, zvlášť když mu ještě není ani dvacet let. Rodiče se nesmí „vyrovnat“ s tím, že jejich dítě nebude nikdy samostatně fungovat, že nikdy nebude pracovat, mít své vlastní zájmy, přátele a vztahy. Další psychotická krize se totiž už vůbec nemusí objevit, ale je potřeba, aby na tom klient s pomocí profesionálů pracoval a celá rodina taky.

DPS Ondřejov také úzce spolupracuje s Českou asociací pro psychické zdraví (ČAPZ), která provozuje Terapeutickou komunitu MÝTO pro mladé vážně duševně nemocné pacienty. Na bývalé faře v Mýtě (60 km od Prahy) se skupina 12ti klientů snaží pod vedením

terapeutického týmu obnovit ztracené dovednosti a návyky, aby se mohli zařadit do běžného života. Ve většině případů je jejich resocializace úspěšná. Ale bez této pomoci a pomoci svých nejbližších by možná postupem času i oni skončili na některém z uzavřených pavilonů psychiatrických léčeben, kde by trávili čas bezcílnými procházkami po nekonečných chodbách těchto zařízení, s každým dalším pobytem by ztráceli běžné návyky a vzdalovali se možnosti vrátit se do normálního života.

Klienti DPS Ondřejov tuto podporu mají. Ale co lidé, kteří podporu rodiny, přátel či partnerů postrádají a jsou se svou nemocí sami? Právě pro ně by měla být komunitní péče východiskem z izolace, měla by jim nabídnout léčbu, terapii, pomoc, radu a oporu vždy, kdy ji budou potřebovat.

3.7 SWOT analýza

Nejdůležitější silné a slabé stránky, možné výzvy a hrozby plánované transformace jsem se pokusila zobrazit v následující SWOT analýze:

STRENGTHS	WEAKNESSES
◆ reformu připravuje MZ ve spolupráci s expertním týmem ◆ ČR se k transformaci zavázala podpisy mezinárodních dokumentů ◆ pokud by se transformace neuskutečnila, lze očekávat zhoršení celkové situace v psychiatrické péči v důsledku nárůstu psychických onemocnění ve společnosti ◆ ve vyspělých zemích reforma probíhala od 70tých let min. stol. a existuje již dostatek zkušenosti	◆ nejasný systém financování v období po transformaci ◆ nedostatek vyškolených komunitních týmů ◆ minimální podpora ze strany vedoucích pracovníků psychiatrických léčeben ◆ váznoucí spolupráce mezi resorty (MZ a MPSV) ◆ absence zákona o duševním zdraví nebo jiná odpovídající legislativa ◆ reforma je „šita horkou jehlou“ ◆ nezájem veřejnosti a většiny politiků ◆ neochota zdravotních pojišťoven zvyšovat výdaje na psychiatrickou péči
OPPORTUNITIES	**THREATS**
◆ možné využití EU fondů ◆ nová komunitní centra a zařízení následné péče mohou zásadně zlepšit život psychicky nemocných lidí ◆ vznikne strategie reformy ◆ skončí období nedostatečného finančního zajištění psychiatrické péče ◆ vznikne dostupná síť denních stacionářů a krizových center ◆ bude zahájen proces deinstitucionalizace ◆ rozvine se terénní komunitní péče ◆ vzniknou sociální služby pro vážně duševně nemocné (chráněné bydlení, terapeutické komunity, chráněné dílny) ◆ zlepší se dostupnost ambulantní psychiatrické péče ◆ na farmakoterapii bude navazovat psychoterapeutická složka péče	◆ nežádoucí zásahy politiků ◆ nedostatečně zajištěná péče pro nejvážněji nemocné ◆ omezení komunitní péče z úsporných důvodů ◆ nevzniknou podmínky pro vznik nových denních stacionářů, krizových center a dalších zdravotně-sociálních služeb ◆ nová zařízení komunitní péče si vytvoří vlastní klientelu, pro skutečně potřebné v nich nebude místo ◆ nebudou vytvořeny závazné podmínky pro financování komunitních zařízení ◆ reformu budou deformovat sobecké zájmy jednotlivých skupin poskytovatelů zdravotní i sociální péče ◆ nepodaří se mezirezortní systém péče o lidi s duševním onemocněním zakotvit v legislativě

4 DISKUZE

Ve své práci jsem se zabývala tématem transformace systému psychiatrické péče. Jelikož se v odborných kruzích v současné době nehovoří téměř o ničem jiném, měla jsem přístup k názorům mnoha odborníků, kteří pořádali tiskové konference, vyjadřovali se do médií, prezentovali své názory v odborných publikacích a živě diskutovali na odborných internetových fórech. Pro mou práci byl velmi důležitým zdrojem odborný časopis Esprit, který vydává Česká asociace pro psychické zdraví a také internetová stránka Ministerstva zdravotnictví, kde se průběžně objevovaly nové informace o vývoji a postupu prací na návrhu této reformy. Klíčovým dokumentem pro mou práci byla Koncepce oboru psychiatrie – revidovaná verze z roku 2008. K získání pohledu samotných pacientů na možné změny jsem využila své dlouhodobé praxe v Arte klubu Hodkovičky, kam dochází převážně klienti se schizofrenií, kteří se léčí v DPS Ondřejov.

Na celé věci pro mě byla nejvíce překvapující jedna skutečnost – o nutnosti transformace psychiatrické péče u nás se začalo hovořit hned po revoluci, tedy před 24 lety. Po tu dobu různé skupiny odborníků připravovali různé návrhy, jak by tato péče mohla vypadat. Bez větší odezvy. Několik psychiatrů přesvědčených o potřebě komunitních služeb si založilo vlastní stacionáře a centra, kde tyto služby poskytují. Těch je ale málo a jsou pouze v Praze, pro klienty ze vzdálenejších koutů ČR nedostupné. Některé služby zajišťují neziskové organizace, nejvíce práce na tomto poli zřejmě odvedl celorepublikově působící Fokus. Je vidět, že se tato péče osvědčuje – pokud fungují mobilní krizové týmy, předchází se nedobrovolným hospitalizacím; pokud se s klienty a jejich rodinami pracuje, přináší to dobré výsledky; pokud se klienti aktivizují, usnadňuje to jejich návrat do běžného života.

A ve chvíli, kdy by se opravdu díky dotaci z EU mohlo něco změnit, a i přesto, že je vidět, že komunitní péče je pro pacienty přínosem, spousta z původně proreformně naladěných lékařů váhá a jejich hlasy se již neozývají tak silně, jako tomu bylo v dobách, kdy Ministerstvo zdravotnictví o žádné reformě neuvažovalo. To je pro mě opravdu velkým překvapením a kladu si otázku, proč tomu tak je. Jsou už unavení dlouholetým bojem? Uvědomují si tíhu zodpovědnosti, kdyby se reforma nepodařila? Přesvědčily je argumenty opozice, tedy ředitelů většiny velkokapacitních psychiatrických léčeben, o možných tragických dopadech reformy? Vyděsilo je, že se tato možnost změny, po které dlouhá

léta volali, stala reálnou? Nebo je za tím ještě něco jiného? V tuto chvíli těžko říct. A proč většina ředitelů psychiatrických léčeben s reformními kroky nesouhlasí, i když některé jejich argumenty jasně hovoří o tom, že se s návrhem reformy neseznámili důkladně? O co vlastně jde? Ředitelům léčeben jde zřejmě o peníze, o které by s dlouze a často hospitalizovanými pacienty přišli. Vždy tu ale bude určitá skupina pacientů, pro kterou komunitní péče vhodná nebude a budou ústavní péči využívat, i když by jich již nemuselo být tolik. Z rozhovorů s odborníky vyplývá, že pokud se člověku, který onemocněl schizofrenií, dostává správné léčby, podpory a péče a pokud je ochotný spolupracovat, jeho ataky mohou zcela vymizet. A na příkladu PL Bohnice je vidět, že pokud se chce, tak v jisté míře je zavedení komunitní péče možné i u takto velkých kolosů.

ZÁVĚR

Téma reformy systému péče o duševně nemocné nyní hýbe psychiatrickou odbornou veřejností. Vyjadřují se k ní téměř všichni. Ve své práci jsem se pokusila utřídit jejich názory a dát prostor jak jejím zastáncům, tak i odpůrcům. Neméně důležité byly názory osob, kterých se systém psychiatrické péče bezprostředně dotýká – klientů samotných.

Svou absolventskou práci jsem, s ohledem na svou dlouhodobou praxi v Arte klubu Hodkovičky, zaměřila převážně na pacienty se schizofrenií. Vytyčila jsem si několik cílů – zmapovat nedostatky stávajícího systému a nastínit možnost transformace, popsat současný systém a stav péče o osoby trpící schizofrenií v ČR s jejich klady a zápory a porovnat současný systém a stav péče o schizofreniky s možnostmi fungování systému po transformaci s přihlédnutím ke zkušenostem v zahraničí.

V teoretické části jsem se zabývala vznikem a vývojem psychiatrické péče v ČR, popisem současné situace schizofreniků v ČR včetně financování psychiatrické péče, dále výčtem chybějících zdravotně-sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií. V dalších kapitolách jsem se pokusila o analýzu informací, kam by se měla transformace ubírat dle závazných mezinárodních dokumentů a v neposlední řadě jsem zde popsala inspirativní systém komunitní péče tak, jak funguje v italském Terstu a nastínila dilemata transformace v ČR.

V praktické části jsem se zabývala převážně odbornou diskuzí, která kolem tématu vznikla, pokusila se z více úhlů pohledu podívat na možnosti a dilemata transformace a na příkladu DPS Ondřejov a PL Bohnice nastínit možnosti fungování psychiatrických zařízení a přínos komunitní péče pro klienty. K tomuto účelu jsem použila dotazníkové šetření v kombinaci s řízenými rozhovory s klienty DPS Ondřejov a jejich rodinami a dále řízené rozhovory s odborníky na psychiatrickou péči.

Myslím, že se mi podařilo cíle mé práce splnit a na závěr mohu říci, že budu s napětím sledovat, jak a jestli vůbec se transformace systému péče v naší zemi odehraje. Držím palce současným klientům i nám všem, protože počty duševně nemocných rostou rychle a v dohledné době se můžou otázky psychiatrická péče dotýkat opravdu každého z nás.

SUMMARY

Transformation of the system of care for people with schizophrenia

This assignment deals with the transformation of the psychiatric care system in the Czech Republic. This issue is very actual because the Ministry of Health is preparing the reform of psychiatric care in the Czech Republic nowadays. This reform should upgrade the whole the system and the quality of the care about these patients. The basics of this reform comes from the strategy of the World Health Organization, which supports especially the development of the community care, transformation of psychiatric institutions and education of professionals.

The most difficult task is to create the functional model about people with severe mental illnesses. The optimal solution hasn´t been found so far. The inspirating model of care works in the italian town called Terst. Actually Ministry of Health together with the work group which was established for this reform, discusses few possible basic options of the new system.

The transformation deals with all the people with mental illnesses. The assignment is focused on the needs of the people with the most severe mental illness – people with schizophrenia. The main reason why I chose this topic was my long term practice in arte-therapeutic sheltered workshop.

The assignment has two parts, theoretical and practical. In the theoretical part were created the chapters dealing with the establishment and developement of mental health care system and current state care of people with schizofrenia in the Czech Republic, involuntary hospitalization, kind of types community care, theoretical basis for the transformation, experience from abroad and dilemmas of this transformation.

In the practical part the advantages and disadvantages of the current system with the system after transformation were compared. For this thequestionnaire survey and interwiews of clients of sheltered workshop ARTE was used. The psychoterapeutic workshop Arte is focused on people with schizophrenia. It is a free space for creativity,

relaxation and support for meeting new friends, it is a place and time for self-care and for getting new skills.

Other sources were interviews with the director of the psychiatric hospital Bohnice MUDr. Martin Hollý, senior consultant DPS Ondřejov MUDr. Martin Jarolímek and representatives of parent organizations.

Key words: schizophrenia, transformation of the psychiatric care system, community care, mental illnesses, arttherapeutic sheltered workshop, involuntary hospitalization, mental health

BIBLIOGRAFIE

Brožura:

JAROLÍMEK, Martin. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. 2006, Občanské sdružení Baobab, str. 26

Seriálová publikace:

SCHEANSOVÁ, A. Inspirace z Itálie. Esprit. 2012, č. 7-8, s. 8-11
Odkaz dostupný z WWW: <http://capz.cz/esprit>

GABRIEL, J. Kolem reformy psychiatrické péče to vře. Esprit. 2013, č. 1-2
Odkaz dostupný z WWW: <http://capz.cz/esprit>

Elektronické odkazy

1. O schizofrenii, psychózách a duševním onemocnění. [online]. [cit. 2012-12-12].
Dostupné z WWW:
<http://www.greendors.cz/o-schizofrenii-psychoze-a-dusevnim-onemocnenim>

2. MOTEJL, O. Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben. [online]. 2008
[cit. 2012-12-12].
Dostupné z WWW:
<http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2008/SZ_psychiatricke_lecebny_08.pdf>

3. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Česká psychiatrická péče se dočká změn. [online]. 2012. [cit. 2012-12-12].
Dostupné z WWW:
<http://mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pece-se-docka-zmen-_6848_1.html>

4. Česká psychiatrie. Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008 [online].
[cit. 2012-12-12].
Dostupný z WWW:
<http://ceskapsychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf>

5. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Situační analýza péče o duševně nemocné na území hl. m. Prahy. [online]. 2006. [cit. 2012-12-12].
Dostupný z WWW:
<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/situacni_analyza.pdf>

6. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Strategie reformy psychiatrické péče. [online]. 2012. [cit. 2012-12-20].
Dostupné z WWW:
<http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/reforma-psychiatricke-pece/webove-stranky-k-reforme-psychiatricke-pece.html>

7. JAROLÍMEK, M. Policista zastřelil schizofrenika. [online]. 2012. [cit. 2012-12-30].
Dostupné z WWW:
<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=16080>

8. JAROLÍMEK, M. Duševní nemoci a bezdomovectví. [online]. 2010. [cit. 2012-12-21].
Dostupné z WWW:
<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=10881>

9. Česko. Zákon č. 372 ze dne 6. 11. 2011 o o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Částka 131. [online]
Dostupný z www: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

10. Vláda České republiky. Psychiatrická péče se přiblíží pacientům. [online]. 2012. [cit. 2012-12-20]
Dostupné z WWW:
<http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/psychiatricka-pece-se-priblizi-pacientum-99628/>

11. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Politika péče o duševní zdraví v ČR. [online]. 2006. [cit. 2012-12-12].
Dostupný z WWW: <www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf>

12. Ministerstvo financí České republiky. Financování nestátních neziskových organizací. [online]. 2012. [cit. 2012-12-20]
Dostupné z WWW:
<http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/nezisk_organizace.html>

13. Občanské sdružení Kolumbus. O nás. [online]. [cit. 2012-12-20]
Dostupné z WWW:
http://www.os-kolumbus.org/onas/

14. Ministerstvo zdravotnictví. Reforma psychiatrické péče ve světle léčebny v Bohnicích. [online]. 2013. [cit. 2013-03-30]
Dostupné z WWW:
http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_1.html

15. Národní rada se zdravotním postižením ČR. Tisková konference.
[online]. 2013. [cit. 2013-03-30]
Dostupné z WWW:
http://www.nrzp.cz/dokumenty-odkazy/video/984-tiskova-konference-.html

PŘÍLOHY

ARTE klub Hodkovičky

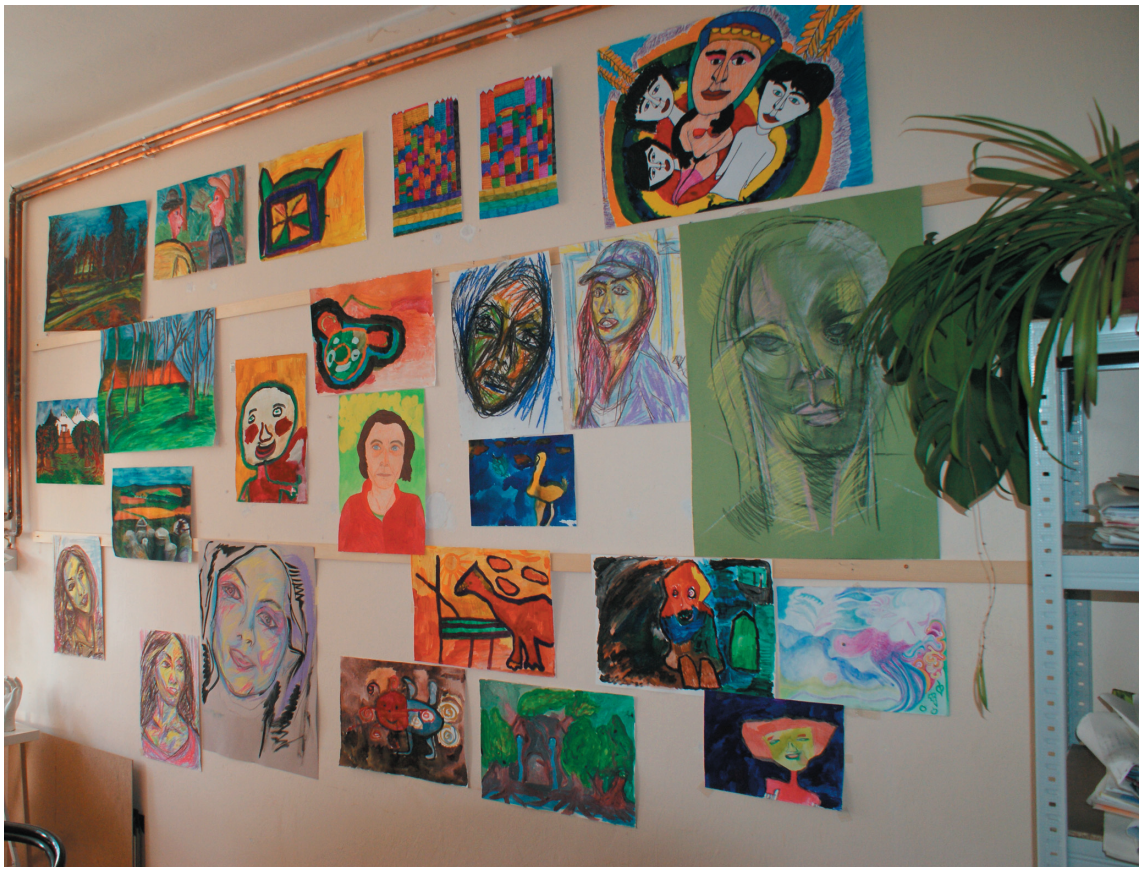

Foto: Jana Niedermayerová