

**Univerzita Karlova  
Husitská teologická fakulta**



**Diplomová práce**

**Rok 2020**

**Bc. Michal Kvapil**

**Univerzita Karlova  
Husitská teologická fakulta**

**Multidisciplinární přístup v komunitní péči  
o duševně nemocné**

**Multidisciplinary access in community care  
of mentally diseased**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

PhDr. Monika Válková  
Vedoucí práce

Bc. Michal Kvapil  
Autor práce

Praha 2020

## **Poděkování**

Tímto bych chtěl poděkovat školitelce bakalářské práce PhDr. Monice Válkové, za její odborné vedení, metodickou pomoc, trpělivost a cenné rady, které mi poskytla při jejím vypracování a své rodině za trpělivost a podporu při studiu.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci „**Multidisciplinární přístup v komunitní péči o duševně nemocné**“ zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům.

**V Praze dne: 30.4.2020**

**Podpis:** \_\_\_\_\_

## Abstrakt

Diplomová práce se věnuje tématu multidisciplinarity v komunitní péči o duševně nemocné. Toto téma jsem si vybral, protože se ve svém zaměstnání setkávám s klienty, kteří různě dlouhou dobu žijí s vědomím, že jejich stanovená diagnóza je duševní nemocí.

Postupem času jsem začal hluboce vnímat, jak duševní nemoci zasahují do všech oblastí života klientů. Multidisciplinární spolupráce by se v moderním pojetí komunitně orientovaných psychiatrických služeb měla stát poskytovatelem komplexnějších, kvalitnějších a efektivnějších služeb pro osoby s duševním onemocněním, kteří vyžadují zdravotní péči, ale také sociální péči, která zprostředkovává začleňování do společnosti osob s duševním onemocněním.

Multidisciplinární spolupráce je mezioborovou spoluprací v sociálních a zdravotních službách, přibližuje různé teorie, jež využívají rozličných terminologií a spolupráce odborníků z různých disciplín, kromě termínu multidisciplinární, může být označována jako multioborová, mezioborová či mezisektorová. Dalším důvodem pro výběr tématu diplomové práce jsou stále častější diskuze, a dokonce i praktické kroky v rámci Strategie reformy psychiatrické péče v České republice.

Nedílnou součástí práce je seznámení s problematikou duševního zdraví, její historie a současné plánované transformace, která má prioritu v rámci Ministerstev zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí.

Práce je koncipovaná tak, aby přirozeně propojovala teoretické poznatky s praktickými, a tím naplnila stanovený cíl. Hlavním cílem této práce je seznámení odborné a laické veřejnosti s reformou psychiatrické péče a částečné vysvětlení, že není nutné se obávat činnosti klientů v pracovním procesu a v běžném životě, pokud se s nimi odborně pracuje.

Velkým pozitivem Reformy psychiatrické péče je schopnost ušetřit velké množství veřejných financí, jelikož právě díky Reformě není nutné udržovat zbytečně velké množství lůžek v psychiatrických zařízeních.

**Klíčová slova: psychiatrie, duševní nemoc, multidisciplinární přístup**

## **Abstract**

The diploma is about the topic of multidisciplinary in community care of people with mentally illness. I chose this topic because I meet clients who have lived for various periods of time knowing that they suffer of mental illness.

Over time, I began deeply perceive how mental illnesses affect all areas of client's lives. In the modern sense of community-based psychiatric services, multidisciplinary cooperation should become a provider of more comprehensive, better quality and more effective services for people with mental illness who require health care, but also social care that facilitates inclusion in the society of people who suffer of mental illness. Multidisciplinary collaboration is an interdisciplinary collaboration in social and health services, illustrates different theories that use various terminologies. The collaboration of experts from different disciplines, in addition to the term multidisciplinary, can be referred also as interdisciplinary or intersectoral.

Another reason for choosing the topic of the thesis is the increas of discussions and even practical steps within the Strategy of Psychiatric Reform in the Czech Republic. An integral part of the thesis is an introduction to mental health issues, it's history and current planned transformation, which is a priority within the Ministry of Health and MoLSA.

The work is conceived in such a way that it naturally interconnects theoretical knowledge with practical knowledge and fulfills the set goal. The main aim of this work is to inform the general public about the reform of psychiatric care and an partially explanation that is not necessary to worry about the activities of clients in the work process and in everyday life if they are professionally employed.

The main positive of the Reform of psychiatric care is the ability to save a large amount of public finances, because due to the Reform is not necessary to maintain an unnecessarily large number of beds in psychiatric facilities.

**Keywords: psychiatry, mental illness, multidisciplinary approach**

## Seznam zkratek a často použitých pojmů

CDZ – Centrum duševního zdraví

CM *Case management* – případové vedení

CMHCD – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

ČR – Česká republika

MD tým – Multidisciplinární tým

Metoda CArE *Comprehensive Approach to Rehabilitation* – komplexní přístup k rehabilitaci

MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)

Model ACT *Assertive Community Treatment* – asertivní komunitní léčba

Model FACT *Flexible Assertive Community Treatment* – flexibilní asertivní komunitní léčba

Recovery – Zotavení

SMI – *Severe Mental Illness* – vážné duševní onemocnění

Well-being – Životní pohoda, životní spokojenost

WHO *World Health Organization* – Světová zdravotnická organizace

# Obsah

Obsah .....	8
Úvod.....	9
1. Historie.....	11
2. Vývoj psychiatrie .....	13
2.1. Farmaceutická léčba.....	13
2.2. Psychiatrie v současné době.....	16
2.3. Změny v systému péče o duševní zdraví .....	17
2.4. Přístupy v psychiatrické péči .....	18
2.5. Krize v psychiatrické péči .....	21
2.6. WHO a oblast duševního zdraví .....	23
2.7. Global mental health .....	24
2.8. Evropské unie a oblast duševního zdraví.....	24
3. Péče o duševní zdraví v ČR .....	26
3.1. Reforma psychiatrické péče .....	31
4. Komunitní péče .....	40
4.1. Komunitní tým v péči o duševně nemocné.....	45
5. Case management .....	49
5.1. Case management jako týmová práce.....	50
6. CARE moderní přístup .....	52
7. Model ACT a FACT .....	53
8. Sociální prostředí .....	58
9. Vymezení problému průzkumu.....	60
9.1. Okruhy otázek.....	61
9.2. Informace k otázkám.....	61
9.3. Zkušenosti pacientů / klientů .....	61
9.4. Zkušenosti odborníků.....	66
10. Závěr .....	72
11. Diskuze .....	80
12. Použité zdroje.....	85
13. Přílohy.....	96



## Úvod

V naší práci se budeme zabývat multidisciplinárním přístupem v komunitní péči o duševně nemocné, avšak než se dostaneme k tomuto tématu, je nutné zmínit i část historie vývoje péče o duševně nemocné, a zároveň se dotknout i tématu institucionální péče o duševně nemocné a samozřejmě deinstitutionalizaci, která je dnes díky reformě psychiatrické péče často zmiňována a jak odborná, tak i laická veřejnost je postupně seznamována s tímto tématem. Tato práce rozhodně nevyřeší problémy péče o duševně nemocné, ať se tak děje v psychiatrických ústavech nebo mimo ně, pouze se pokusí seznámit s některými fakty a k tomu přidat názory odborníků a rodinných příslušníků pacientů, kteří trpí duševním onemocněním. Tyto názory na stav psychiatrické péče pocházejí z celorepublikového průzkumu, který probíhal formou Kulatých stolů v jednotlivých krajích v roce 2018. Tento průzkum probíhal v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (Registrační číslo projektu CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213), a byl jsem součástí týmu, který zpracovával výsledky pro Ministerstvo zdravotnictví ČR. Reforma psychiatrie a její deinstitutionalizace je velmi závažným tématem, kterým se dnes velmi intenzivně zabývá Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které je nositelem změny v poskytování této péče o duševně nemocné.

Reforma psychiatrické péče představuje zásadní systémovou změnu, která má zvýšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním, zlepšit jejich sociální začleňování a zaměřují se na naplňování jejich specifických potřeb a život v přirozené komunitě. Z tohoto důvodu Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí přistupuje ke klíčové změně v oblasti poskytování služeb pro osoby s duševním onemocněním a přichází s nastartováním procesu reformy psychiatrické péče v České republice.

Reforma psychiatrické péče představuje zásadní systémovou změnu. Jedná se o dlouhodobý proces, na kterém se již několik let pracuje a bude pracovat. Díky financování z evropských fondů bude tento proces v příštích pěti letech výrazně podpořen. Změny se netýkají jen medicínského oboru psychiatrie, ale celého systému péče o lidi s duševním onemocněním.

Reforma psychiatrie zahrnuje

- podpora nových služeb
- zavedení nových přístupů
- budování nových vztahů
- zapojování nových technologií

- vytváření nového prostředí
- nastavování nového financování

Důvodem reformy psychiatrické péče je to, že psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a jako zdravotní obor se potýká s dlouhodobou podfinancovaností. Stávající systém péče má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích stavěných dle konceptu péče, který byl moderní v první polovině 20. století. Současný model péče nezajišťuje dostatečně podporu pacientů v jejich vlastním prostředí ani spolupráci a koordinaci mezi jednotlivými složkami poskytovatelů péče o duševně nemocné. Služby v komunitě (ve vlastním prostředí pacientů/klientů) existují jen na některých místech, a to ještě v nedostatečné míře. Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv lidí s duševním onemocněním, proto je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování jejich práv obsažených především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči.<sup>1</sup>

Reforma přichází s myšlenkou a cílem zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním a dle zahraničních zkušeností by měla trvat 15-20 let. Hlavním důvodem realizace Reformy je dlouhodobá stagnace úrovně psychiatrické péče u nás, která je poskytována pomocí zastaralých technických materiálů a v zastaralém prostředí. Vzhledem k rychlosti, se kterou se obor psychiatrie vyvíjí, se stává takto poskytovaná péče neadekvátní a je nutné, aby prošla změnou.<sup>2</sup>

Transformace v oblasti poskytování psychiatrických služeb též přispěje k destigmatizaci duševně nemocných a psychiatrii jako oboru, a nastolí novou etapu poskytování moderní a kvalitnější psychiatrické péče.

---

<sup>1</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

<sup>2</sup> Psychiatrická společnost (2017)

# 1. Historie

K tomu, abychom se dokázali trochu lépe orientovat v problematice duševního onemocnění, zmíníme okrajově historii psychiatrie.

Slovo psychiatrie se skládá z latinského psyche (duše) a iatrós (lékař). Toto slovní spojení bylo použito poprvé v roce 1808 německým lékařem Johannem Christianem Reilem<sup>3</sup>. Avšak první zmínky známe již ze Starověku, kdy bylo řešení duševních poruch úzce spjato s filozofií a náboženstvím, proto se začal používat termín „duševní poruchy“. První zmínka o depresi je uvedena v Ebersově papyru<sup>4</sup> z roku 1550 př. n. l., dále např. král Saul (11. st. př. n. l.) měl deprese, bipolární poruchu a je první popsána muzikoterapie (David hraje na lyru).<sup>5</sup>

V období Antiky Hippokrates tvrdil, že duševní nemoci vznikají poruchou mozku, hledal anatomické příčiny, vliv nerovnováhy tělesných tekutin, nebo že epilepsie má podle něj nadpřirozené příčiny. Ve Středověku, po pádu říše římské nastal na území Evropy úpadek humanity a vědy. Jistý vliv měl i nástup křesťanství a jeho postoj ke světu jako dokonalému Božímu dílu.

V roce 1486 bylo vydáno „*Malleus maleficarum*“ (*Kladivo na čarodějnice*) – dílo obhajující hony na čarodějnice (často tak byly označovány právě psychicky nemocné ženy). V průběhu renesance byli duševně nemocní označováni inkvizicí jako "posedlí ďáblem" a následně pronásledováni, mučeni a upalováni. Někteří myslitelé se však pokoušeli o změnu přístupu (Thomas Moore, Francis Bacon). V 16. století lékař, který jako první vystoupil proti pronásledování čarodějnic, Johann Weyer<sup>6</sup>, sepsal dílo *De prestigiis daemonum* (*O šalbách démonů*) a vnímáme ho jako první psychiatrickou revoluci.

Osvícenství přineslo skutečnou reformu péče o psychiku, byly zakládány psychiatrické nemocnice a zkoumány teorie příčin chorob. V roce 1784 byl zřízen "Narrenturm" (věž bláznů), první zvláštní oddělení pro duševně nemocné v Rakousku-Uhersku (Vídeň).

V roce 1790 byla založena dnešní VFN společně s ústavem pro duševně choré (*Custodiae mente captorum*), německy „Tollhaus“ (blázinec).

Francouzský lékař a zakladatel psychiatrie Philippe Pinel (1745-1826) předělal vězení Bicêtre a Salpêtrière na léčebny duševně chorých se skutečnou péčí (psychoterapie, psychodrama, režimová terapie), což vnímáme jako období tzv. druhé psychiatrické revoluce.

Od r. 1821 vyučováno „chorobomyslnictví“, které bylo přesunuto do augustiniánského kláštera u kostela sv. Kateřiny – Ústav pro choromyslné království českého. V roce 1952

<sup>3</sup> Johann Christian Reil (1759-1813)

<sup>4</sup> Ebersův papyrus – egyptský lékařský papyrus s vědomostmi o léčivých rostlinách

<sup>5</sup> Raboch Jiří – přednáška k předmětu Psychiatrie

<sup>6</sup> Johann Weyer – holandský lékař, bojovník proti démonologickým pověrám

je zaznamenáno úspěšné použití chlorpromazinu u psychotických pacientů, původně vyvíjeného jako antihistaminikum.

Jako třetí psychiatrická revoluce je vnímán rozvoj psychiatrie s osvětlením molekulárních mechanismů, zobrazovacích metod a genetických podkladů chorob.

V 60. letech 20. století vzniká Antipsychiatrie, což je hnutí, které odmítá kritéria a metody klasické psychiatrie. Odmítalo existenci psychických poruch jako specifických nemocí a vykládal je jako reakci na sociální prostředí, přičemž klasická psychiatrie je podle něj oporou patologické a patogenní společnosti.<sup>7</sup>

Důležitou postavou v transformaci péče o duševně nemocné byl italský lékař Franco Basaglia (1924-1980), který nabídl koncepci nových modelů na efektivní a humánní péči a nahrazení urážlivé a nepřiměřené tradiční služby. Jeho práce byla rozhodující pro psychiatrickou péči v oblasti zdravotní péče a zviditelnění psychiatrie. Je považován za nejvlivnějšího italského psychiatra 20. století.

Mírnější směry vycházející z antipsychiatrie nebo k ní alternativní kritizují především používání neproověřených předsudků a postupů zaměřují se na analýzu společenské role psychiatrie, psychiatrického nálepkování a stigmatizace, procesu sociálně-administrativního psychiatrického dělení lidí na „bláznů“ a „normální“ osoby.<sup>8</sup> Většina přístupů řazených k tzv. „antipsychiatrii“ odmítá užívání psychiatrických léčiv nebo elektrošoků a preferuje alternativní metody, šetrnější k lidskému tělu, zejména psychologické metody, např. arteterapie. Předmětem kritiky bývá i to, že psychiatři mnohdy léčí psychofarmaky i stavy, které mohou mít jiné somatické příčiny. Na přelomu 20. a 21. století je předmětem antipsychiatrické kritiky například nadužívání psychiatrické stigmatizace u dětí jako je dětská hyperaktivita s poruchou pozornosti a masové nasazování psychofarmak k úpravě vybočujících dětí.<sup>9</sup>

Z výše uvedeného si lze odvodit, že psychiatrické nemoci a jejich problematika a léčení, ať byla prováděna jakoukoliv formou, byt' ne vždy zcela humánní, provází lidstvo po dlouhá staletí.

---

<sup>7</sup> Jan Jandourek – Sociologický slovník, heslo antipsychiatrie

<sup>8</sup> Pavel Hartl, Helena Hartlová – Psychologický slovník, heslo antipsychiatrie

<sup>9</sup> Heather Murray (2014)

## 2. Vývoj psychiatrie

Reforma psychiatrické péče v České republice úzce souvisí s komunitní péčí o duševně nemocné. V situaci, kdy podle zdrojů MZČR každý pátý dospělý obyvatel nějakým způsobem se setkal s duševním onemocněním a každý 25 dospělý obyvatel trpí nějakou duševní nemocí<sup>10</sup>, je nutné zahájit reformu psychiatrické péče a řešit novou koncepci péče i v České republice, kde tato péče naplňuje moderní aspekty poskytování zdravotně sociální péče o klienty.

V Evropě se začal problém s deinstitucionalizací psychiatrické péče řešit již v 60. letech 20. století, kdy Zákon o duševním zdraví z roku 1959<sup>11</sup> v Anglii zdůrazňuje komunitní péči a redukuje omezující opatření.

Počet lůžek v psychiatrických nemocnicích se začal rapidně snižovat. S tím že psychiatrická lůžka se přesunula do všeobecných nemocnic. Současně docházelo k rozvoji a nárůstu služeb poskytovaných mimo nemocnice. Celkově se začal v psychiatrii prosazovat trend komunitní péče.<sup>12</sup>

Za těmito změnami stálo několik věcí. Za prvé to byl optimismus, který přinesl přístup sociální psychiatrie, že by se duševní nemoci daly úspěšně léčit mimo nemocnice, a za druhé to byla dostupnost nejrůznějších léků a psychofarmak, které vedly k tomu, že díky medikacím se mohli lidé s duševním onemocněním léčit v jejich přirozeném prostředí. Za třetí zde hrály roli rostoucí náklady na zdravotnictví, které od války rapidně stouply. Vlády se tak snažily snížit výdaje prostřednictvím hledání různých alternativ, místo toho, aby vydávaly peníze na renovaci psychiatrických nemocnic z 19. století. Komunitní služby se v té době začaly pomalu rozvíjet, ale podmínky v psychiatrických nemocnicích nadále upadaly. Politika v tehdejší době spíše následovala existující trendy, než aby napřímo řídila tehdejší vývoj.<sup>13</sup> V pozdějších dobách se začala naděje upínat k léčbě formou farmaceutik, čímž byla věnována velká pozornost vývoji nových léků.

### 2.1. Farmaceutická léčba

Značný vliv na vývoj léčby a péče o duševně nemocné měl i farmaceutický průmysl. V 50. letech 20. století se začaly objevovat léky, které měly pozitivní vliv na pacienty a jejich léčbu, dokonce se tvrdilo, že právě tyto léky mají zásluhu na tom, že se pacient byl schopen vrátit do svého

---

<sup>10</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

<sup>11</sup> Zákon o duševním zdraví z roku 1959 byl aktem parlamentu Spojeného království týkající se Anglie a Walesu, jehož hlavním cílem bylo zrušit rozlišení mezi psychiatrickými léčebnami a jinými nemocnicemi a deintuiturizovat pacienty s duševním zdravím a vidět, jak se s nimi zachází více komunitní péčí.

<sup>12</sup> Linda Gask (2004)

<sup>13</sup> Linda Gask (2004), Tom Burns (2006)

přirozeného prostředí a žít běžný život. Bohužel, zejména první generace psychofarmak měla mimo jiné i negativní účinky, a tudíž se od některých začalo ustupovat.<sup>14</sup>

V 80. letech 20. století byla vyvinuta nová psychofarmaka, která měla větší a silnější účinek než předešlá a lékaři je začali ve velkém předepisovat pacientům. Tento stav vedl k tomu, že v 90. letech 20. století byla biologická léčba pacientů dominantním přístupem léčení duševních onemocnění.<sup>15</sup>

Avšak druhá generace psychofarmak byla též podrobena obrovské kritice, kdy bylo farmaceutickým firmám vytýkáno zejména finanční a marketingový, nikoliv že by to byl výsledek klinického objevu a výzkumu. Někteří kritici uvádí, že psychiatrie je až příliš zapletena s farmaceutickým průmyslem, a to tak snižuje důvěryhodnost oboru.<sup>16</sup>

Ukazuje se, že výrobci léků mají obrovský vliv na to, jaké léky a jaké množství se pacientům předepisuje. Farmaceutický průmysl tak začal velké množství peněz vynakládat na marketing. Díky tomu, že se z farmaceutického průmyslu stal tak velký byznys, který vydělával miliony dolarů, tak farmaceutické firmy získaly obrovskou moc, kterou začaly uplatňovat na vládu a politiku. Farmaceutické firmy tak využívaly „lobbing“ k ovlivňování různých regulací a vládních opatření.<sup>17</sup>

V bohatší části světa od přelomu století významně vzrostl počet lidí, kteří užívají antidepresiva. Léky v některých státech lékaři předepisují v průměru více než jednomu dospělému člověku z deseti. Zjištění vyvolalo mezi lékaři dohady, zda nejsou antidepresiva nadužívána. Antidepresiva dostávají pacienti i na některé lehčí formy sklíčenosti, úzkost a sociální fobie. Prudký nárůst antidepresiv, který je viditelný ve většině zemí, poukazuje na fakt, že mnoha lidem se středními až těžkými formami depresí se dostává léčby. Psychiatrii se shodují, že těžce nemocným lidem mohou antidepresiva pomoci. U mírnějších projevů by ale pacienti místo podobných léků měli zkusit různé terapie.

Lidé mohou k užívání léků tíhnout například i kvůli ekonomické krizi a nejisté budoucnosti, kterou nastoluje. To by mohl být příklad Portugalska, kde mezi lety 2007 a 2011 vzrostl počet antidepresiv v přepočtu na hlavu o 20 procent. Španělsko zaznamenalo mezi roky 2007 a 2011 nárůst 23 procent. Na druhou stranu byl ale tento nárůst o něco menší než v pěti předcházejících letech (28 procent). Některé státy, které krizí tak hluboce zasaženy nebyly, a navíc se rychleji

---

<sup>14</sup> Joanna Moncrieff (1997), Pat Bracken (2012)

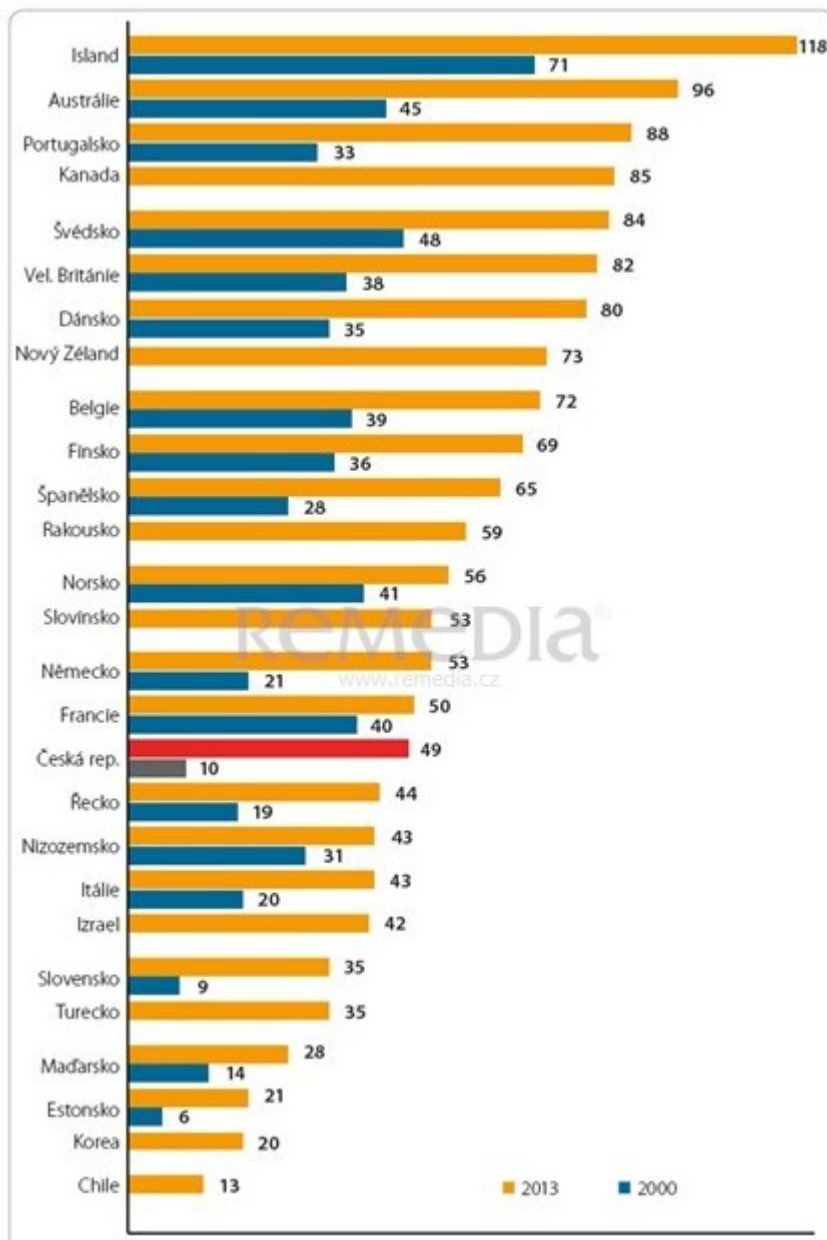
<sup>15</sup> Joanna Moncrieff (1997), Pat Bracken (2012)

<sup>16</sup> Pat Bracken (2012)

<sup>17</sup> Joel Paris (2010)

zotavují, navíc hlásí ještě prudší nárůst. V Německu vzrostlo množství antidepresiv v přepočtu na hlavu mezi roky 2007 a 2011 téměř o polovinu (46 procent).<sup>18</sup>

Obr. 1 Spotřeba antidepresiv v zemích OECD 2000-2013



Zdroj: Health at a Glance, 2015

Z grafu je patrné, že mezi zeměmi existují značné rozdíly ve spotřebě antidepresiv. Zdaleka nejvyšší spotřebu vykazují Island, Austrálie a Portugalsko, nejnižší spotřeby jsou v Estonsku, v Jižní Koreji a v Chile. *Health at a Glance* (2015) uvádí, že spotřeby v jednotlivých zemích závisejí na prevalenci deprese, do jaké míry je deprese správně diagnostikována a léčena,

<sup>18</sup> Kateřina Vítková (2013)

a také na preferenci lékařů a pacientů, do jaké míry bude deprese léčena léčivými nebo nefarmakologickými přístupy. V zemích s nízkou spotřebou antidepresiv mohou uvedené údaje o spotřebě upozornit na neuspokojivou situaci v diagnostice a v léčbě deprese. Česká republika spolu se Slovenskem patřily v roce 2000 mezi země se spíše nízkou spotřebou antidepresiv, v důsledku následného nárůstu spotřeby se v roce 2013 obě země přiblížily k průměru sledovaných zemí. Nárůst celkových spotřeb antidepresiv je vcelku jednoznačným trendem ve všech zemích.

## 2.2. Psychiatrie v současné době

V současnosti se psychiatrie v celosvětovém měřítku potýká s několika výzvami. Je nucena se vypořádat s vnějšími trendy a procesy, které ve společnosti probíhají (ekonomická globalizace, terorismus, sociální vyloučení, příjmové nerovnosti apod.) a na které psychiatrie musí reagovat a také výzvy, kdy je nutné řešit kritiku převládajícího biologického paradigmatu a otázky na další vývoj psychiatrie.<sup>19</sup>

V dnešní době, tj. v 21. století, má psychiatrie zcela jiné postavení než před cca šedesáti lety. Díky technologiím a jejich neskutečnému rozvoji, je dnes možné pomoci i těm pacientům, kterým jsme ještě před několika lety víceméně nedokázali pomoci jinak než pouhou léčbou farmaceutiky. Vědcům umožňují nahlédnout doslova do „hlavy“ lidí a díky nejruznějším technikám na měření a vizualizaci mozkové činnosti, můžeme vidět, co se děje v lidském mozku.<sup>20</sup>

Využití technologií při léčbě duševních onemocnění bývá mnohdy sporné a komplikované a přináší s sebou řadu etických otázek. Například jde o záležitost identifikace genů duševních poruch s cílem včasného rozpoznání nemoci u jedince, což může podle kritiků vést ke smazávání individuálních rozdílů mezi lidmi.<sup>21</sup>

V minulosti psychiatrie sloužila jako „ochránce“ před lidmi, kteří neodpovídali „normě“ a chovali se nepředvídatelně. Dnes panuje spíše obava, že psychiatrie se bude snažit zjednodušovat individuální rozdíly mezi lidmi a bude s nimi zacházet jako s objekty.<sup>22</sup>

Podle Moncrieff (1997) je zapotřebí tolerovat rozdílnost v lidských životech, chování a v životních stylech. Je zapotřebí respektovat autonomii lidí a podporovat jejich kontrolu nad vlastním životem. Znamená to vytvoření takové společnosti, která dovoluje bizarní a odlišné chování. Především jde o to respektovat pacientovo přání, že nechce užívat léky. A zahrnout pacienta více do rozhodování o léčbě.

---

<sup>19</sup> Arthur Kleinman (2012)

<sup>20</sup> Ján Praško (2011)

<sup>21</sup> Tom Burns (2006)

<sup>22</sup> Tom Burns (2006)



V minulosti mnozí vědci předpokládali, že jednou se podaří vymýtit duševní nemoci, jako se podařilo porazit nemoci jako tuberkulózu a pravé neštovice a tím pádem, že psychiatrie zanikne, protože už nebude potřeba. Podobně hnutí duševní hygieny věřilo, že zlepšení sociálních podmínek, snížená konzumace alkoholu, zdravý životní styl a 14 správná výchova dítěte povede k nepotřebnosti psychiatrie. Jak víme, k této situaci doposud nedošlo a zřejmě asi nikdy nedojde.<sup>23</sup>

Naopak, Světová zdravotnická organizace (WHO) podle reportu z roku 2001 zjistila, že počty lidí s duševní poruchou narůstají a odhadem je, že duševní chorobou trpí 450 milionů lidí na celém světě. A pomoc dostane pouze zlomek těchto lidí – pacientů. V současné době jsou duševní nemoci jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti ve světě. Odhadem duševní nemoci představují 12 % z celkové globální zátěže všech nemocí.

Díky úspěchům moderní medicíny se podařilo prodloužit délku lidského života a další demografické změny ve společnosti způsobují stárnutí populace ve vyspělých zemích. To vede k tomu, že narůstá počet lidí staršího věku trpících depresí nebo Alzheimerovou chorobou. Větší otevřenost a respekt k individuálním pocitům a prožitkům vede k narůstající poptávce po službách péče o duševní zdraví. To způsobilo nárůst nabídky takovýchto služeb, která ovšem stále není dostatečná a zcela nepokrývá potřeby lidí.<sup>24</sup>

### **2.3. Změny v systému péče o duševní zdraví**

Jelikož žijeme ve 21. století, je nutné, aby se odpovědní lidé ve světě zamysleli nad tím, kam směřuje vývoj psychiatrie a měli tu moc provést potřebné změny. Systémy péče o duševní zdraví v mnoha zemích procházejí změnami v jejich organizaci a uspořádání. Jedná se především o trend deinstitucionalizace, kdy se péče přesouvá z psychiatrických oddělení nemocnic do přirozeného prostředí v komunitě. Je tak kladen důraz především na rozvoj komunitních služeb. Problém je ovšem takový, že rozvoj komunitní služeb zatím zaostává, a tím pádem zpomaluje trend deinstitucionalizace psychiatrické péče v mnoha zemích.<sup>25</sup>

V psychiatrii se od zhruba od počátku 21. století objevuje čím dál větší počet různých specializovaných služeb, které na jednu stranu zvyšují portfolio nabízených služeb. Na druhou stranu to vede k fragmentaci systému péče o duševní zdraví, který se tak stává značně roztržité a nekoordinovaný. Ve velké míře tak dochází k vytváření služeb, které jsou nezávislé na neurologii a interní medicíně, což lze označit jako pozitivní změny a jako známku progresu.<sup>26</sup>

V rámci reformy péče o duševní v mnoha zemích na přelomu a počátku 21. století

---

<sup>23</sup> Tom Burns (2006)

<sup>24</sup> Tom Burns (2006)

<sup>25</sup> Shekhar Saxena et. al (2007)

<sup>26</sup> Tom Burns (2006)

je snaha o diverzifikaci služeb, která spočívá v zakládání nových typů 16 služeb za účelem vyplnění širokého prostoru mezi praktickým lékařem a psychiatrickými léčebnami. S tím je spojen důraz na komunikaci a spolupráci mezi jednotlivými subjekty z toho důvodu, aby se zamezilo fragmentaci systému.<sup>27</sup>

Dosavadní evidence ukazuje, že kombinace mezi komunitními službami a institucionální lůžkovou péčí představuje nejefektivnější systém péče o duševní zdraví.<sup>28</sup> Ukazuje se také, že lidé stále raději volí mezi kombinací psychiatrické expertízy a určitého tradičnějšího psychologického přístupu.<sup>29</sup>

Od roku 2005 se oblast diskurzu nepatrně pozměnila a došlo zde k posunu, kdy místo na deinstitucionalizaci psychiatrické péče je kladen větší důraz na „vyvážený model péče“, který představuje efektivní kombinaci mezi institucionální lůžkovou péčí a komunitními službami poskytujícími péči v přirozeném prostředí.<sup>30</sup>

Zatím se však efektivního vyváženého systému péče o duševní zdraví nepodařilo ještě většině zemí dosáhnout. Stojí za tím mnoho překážek, které brání rozvoji efektivního vyváženého systému. Jednou z nich je nutnost „dvojího financování“, která spočívá za prvé v redukci lůžek v nemocnicích a za druhé v rozvoji komunitní péče. Zástupci nemocnic kladou odpor k těmto změnám, neboť v jejich zájmu je udržet stávající situaci, která jim přináší prestiž, moc a kontrolu nad financemi.<sup>31</sup>

Další překážkou bránící vývoji systému duševního zdraví, je nedostatečný počet kvalifikovaných a vyškolených profesionálů v oblasti duševního zdraví, jedná se o lékaře psychiatry, všeobecné sestry pro péči v psychiatrii, sociální pracovníky, klinické psychology, peer konzultanty, pracovní konzultanty, a také to jsou problémy a výzvy spojené s implementací péče o duševní zdraví do primární péče.<sup>32</sup>

## 2.4. Přístupy v psychiatrické péči

V současné psychiatrii existují tři základní paradigma – biologické, psychologické a sociální. Následující část stručně představuje jejich základní východiska a myšlenky.

Biologická psychiatrie stojí na představě, že psychiatrické nemoci mají organický (či biologický) původ. I když tento přístup dosáhl největších úspěchů ve druhé polovině 20. století, tak kořeny tohoto přístupu sahají již do starověkého Řecka, kdy Hippokrates řekl, že epilepsie

---

<sup>27</sup> Petr Winkler, Miroslava Janoušková (2013)

<sup>28</sup> Shekhar Saxena et al. (2007)

<sup>29</sup> Tom Burns (2006)

<sup>30</sup> David McDaid, Graham Thornicroft (2005)

<sup>31</sup> Shekhar Saxena et al. (2007)

<sup>32</sup> Benedetto Saraceno et al. (2007)

(která tehdy byla považována za „posvátnou nemoc“), má stejně tak naturalistický původ jako jakékoliv jiné nemoci.<sup>33</sup>

Biologická psychiatrie zaznamenala největší rozvoj na konci 19. století a poté ve druhé polovině 20. století, a to především s objevem psychofarmak a s rozvojem technologií, které umožnily zmapovat mozkovou činnost.<sup>34</sup>

Biologická psychiatrie se v dnešní době snaží především pochopit psychopatologii pomocí využití teorií a zjištění získaných z klinických studií zkoumající pacienty a efektivitu jejich léčby pomocí biologické léčby (především psychofarmak).<sup>35</sup>

Biologický přístup staví tak především na technologickém přístupu ke zkoumání a léčbě duševních nemocí. Je zde také patrný vliv pozitivistického myšlení. To znamená, že v technologickém přístupu jsou duševní nemoci chápány pomocí kauzálních mechanismů a různé intervence jsou zde pojímány jako série oddělených léčebných postupů zaměřených na specifické syndromy a příznaky. Biologická psychiatrie tak hledá příčiny duševních nemocí uvnitř lidského těla a na základě toho volí jistou léčbu.<sup>36</sup>

Počátky psychoterapie jsou velmi často spojovány se Sigmundem Freudem, který na konci 19. století přišel se zcela novou teorií o povaze a původu duševních nemocí. Sigmund Freud zastával myšlenku, že duševní poruchy mají, co dočinění s fungováním mysli. Svou teorii vyvinul na základě rozmlouvání se svými pacienty, kteří díky tomu, že našli k němu hluboký vztah jako k terapeutovi, tak se mu dokázali svěřit se zážitky a vzpomínkami z raného dětství. Ukázalo se, že tento přístup vedl k pozitivnímu zlepšení u jeho pacientů.<sup>37</sup>

Psychoterapeuti se především zaměřují na osobnost člověka a na jeho duševní a emoční chování a fungování.<sup>38</sup>

V psychoterapii je hodně důležitá role terapeuta a jeho vztah s pacientem. To ve velké míře ovlivňuje výsledky psychoterapie.

Sociální paradigma se v psychiatrii objevilo po druhé světové válce. Mezi hlavními tehdejšími průkopníky byly Maxwell Jones a Tom Main. Oba dva ve stejnou dobu došli k závěrům, že co se týče stavu nemocného, spíše než na nemoci samotné, záleží na tom, jakým je jedinec obklopen sociálním prostředím. Maxwell Jones se snažil tehdy pomáhat skupině vojákům se zvládnutím stresu a úzkosti a odhalil při tom terapeutické schopnosti, jež měla skupina samotná. Ke stejným závěrům došel i Tom Main, který zjistil, že duševní stav vojáků se značně lišil podle

---

<sup>33</sup> Michael Trimble a Mark George (2010)

<sup>34</sup> Linda Gask (2004), Tom Burns (2006)

<sup>35</sup> Michael Trimble a Mark George (2010)

<sup>36</sup> Pat Bracken (2012)

<sup>37</sup> Murray Bowen (1976)

<sup>38</sup> Timothy Thomas (2005)

toho, z jaké organizační jednotky pocházeli. Usoudil tak, že rozdíly v duševních stavech tak byly výsledkem rozdílů v sociální organizaci daných jednotek, ze které jedinci pocházeli. Na základě zjištění Maxwella Jonese vznikl koncept „terapeutická komunita“.<sup>39</sup>

Sociální paradigma se v psychiatrii nejvíce rozvinulo, když psychiatrie zahrnula sociální práci do své teorie a praxe.<sup>40</sup>

Sociální psychiatrie ovšem nečerpala jen ze sociální práce, ale také využila poznatků z jiných disciplín jako psychoterapie, sociologie, sociální psychologie, sociální antropologie a rovněž také kognitivní psychologie.<sup>41</sup>

Sociální psychiatrie přinesla mnohé důležité poznatky pro psychiatrii. Na poli výzkumu to byly za poznatky ze studií zaměřených na zkoumání souvislostí mezi socioekonomickými proměnnými (jako vzdělání, ekonomický status, národnost, rodinné dysfunkce, migrace atd.) a duševními nemocemi. Jinými slovy se tyto studie zabývaly sociogenezí duševních poruch. Na základě vztahu mezi dvěma proměnnými se snažili určit jisté prediktivní proměnné, které jsou schopné předpovědět vznik duševních onemocnění.<sup>42</sup>

Sociální paradigma oproti zbylým dvěma paradigmatům v psychiatrii stojí především na používání kvantitativních dat, na statistických analýzách a na zkoumání vztahů mezi proměnnými na velkých vzorcích.<sup>43</sup>

Někdy používalo i kvalitativní metody jako například narativní analýzu, kterou využívala hodně předtím sociální práce. Z hlediska přístupu a metod ke zkoumání duševních nemocí, tak sociální paradigma přispělo k více holistickému pohledu na souvislosti mezi duševními nemocemi a socio-ekonomickými podmínkami. Stejně tak sociální paradigma přineslo větší porozumění zkušenostem lidí s duševním onemocněním.<sup>44</sup>

Sociální psychiatrie je nezbytnou součástí klasické psychiatrie. Přístup k duševnímu onemocnění si žádá vzdělávání v této oblasti nejen pro lékaře psychiatry, ale také pro další odborníky, kteří svými výstupy přispějí ke zlepšování podmínek osob s duševní poruchou a prevenci rozvoje duševních nemocí.

Předmětem zkoumání sociální psychiatrie je mimo jiné postoj společnosti vůči duševně nemocným, dopad stigmatizace na jedince, faktory, které ovlivňují vznik duševní nemoci, její léčbu a další vnější vlivy, které působí na úzdravu jedince. Musíme vzít jedince jako holistický celek a zabývat se jím jako osobou a zároveň i vlivem prostředí a dalších okolností.

---

<sup>39</sup> Craig Morgan a Dinesh Bhugra (2010)

<sup>40</sup> Mehmed Dečević et al. (2016)

<sup>41</sup> Craig Morgan a Dinesh Bhugra (2010)

<sup>42</sup> Mehmed Dečević et al. (2016)

<sup>43</sup> Craig Morgan a Dinesh Bhugra (2010)

<sup>44</sup> Mehmed Dečević et al. (2016)

## 2.5. Krize v psychiatrické péči

Psychiatrie v dnešní době prochází jistou kritickou reflexí, kdy se začíná rozvíjet debata a diskurz ohledně její budoucí povahy a nabourává se současné paradigma psychiatrie.

Podle Kleinmana (2012) se psychiatrie jako obor stále zaměřuje především na neurobiologické, psychofarmakologické výzkumy, čímž se obor psychiatrie čím dál více zužuje. Kleinman (2012) za tím spatřuje to, že psychiatry vede jakási vidina brzkého objevu a průlomu, který je nadosah. Takovýto průlom i přes mnohé úspěchy psychiatrie zatím nenastal. Vědci stále nejsou schopni vysvětlit biologické příčiny duševních nemocí.

Rozkol mezi různými přístupy v psychiatrii má překlenout bio-psychosociální model, který se objevil v 70. letech 20. století. Tento model stojí na tom, že při léčbě a zkoumání duševních nemocí je zapotřebí brát v úvahu všechny tři složky – biologickou, psychologickou a sociální. Z toho důvodu psychiatrie potřebuje sociální psychiatrii, která vychází z ideji, že lidé jsou především sociálními bytostmi a jsou značně ovlivněny tím, v jakém sociálním prostředí se nacházejí.

Sociální psychiatrie vychází z představy, že jedinec má jisté sociální vazby a vztahy, které na jednu stranu mu mohou způsobovat jisté potíže, na druhou stranu jsou rovněž zdrojem podpory. Psychiatrie by tak měla uvažovat o duševním zdraví v širším sociálním kontextu. Sociální psychiatrie je i pro oblast prevence a rovněž dokáže nabídnout vysvětlení pro to, co představují pro duševní zdraví takové faktory jak globalizace, sociální sítě nebo média.<sup>45</sup>

Současný prosazovaný koncept bio-psycho-sociálního modelu klade značné nároky na psychiatra, od které se očekává, že bude jakýmsi koordinátorem, který bude koordinovat spolupráci mezi jednotlivými pracovníky (psychology a sociálními pracovníky). Není bez zajímavosti, že ve standardech péče v Centrech duševního zdraví<sup>46</sup> je stanoveno, že koordinátorem péče o nemocného bude zajišťovat klíčový manager tzv. „case manager“, kterým ale nemá být psychiatr ani psycholog, ale sociální pracovník nebo jiná osoba. Vývoj péče o duševní zdraví tak klade značné nároky na psychiatra, který se musí naučit spolupracovat s ostatními členy týmu a rovněž je zapotřebí, aby se nadále vzdělával např. v rámci celoživotního vzdělávání.

Podle Praška (2011) je důležité, aby pacient nebyl vnímán pouze jako diagnóza, ale jako jistá osobnost, která má kolem sebe rodinu a přátele. Nelze pouze čekat, že pacientovi se předepíší léky, které bude poctivě brát a vyléčí se.<sup>47</sup>

Lidé – pacienti, kteří trpí duševním onemocněním, jsou většinou vyloučeni

---

<sup>45</sup> Antonio Ventriglio et al. (2016)

<sup>46</sup> Ministerstvo zdravotnictví (2017)

<sup>47</sup> Ján Praško (2011)

ze společnosti, v minulosti tito lidé nebyli ani z hlediska politického „zajímaví“ a nebyla jim věnována téměř žádná, nebo minimální pozornost. Stát nejevil zájem na tom, aby se podílel na léčebném postupu těchto pacientů, kteří pro něj představovali zátěž. V té době se velmi silně projevovala stigmatizace těchto lidí, jakožto nechtěných ve společnosti.

Jistý politický zájem o oblast duševního zdraví se objevil až po druhé světové válce, kdy vznikly mnohé mezinárodní organizace jako OSN, nebo WHO, které začaly upozorňovat na mnohé zdravotní a sociální problémy ve světě.<sup>48</sup>

V rámci politiky v oblasti duševního zdraví zde hrají důležitou roli různé mezinárodní aktéři jako světová zdravotnická organizace (WHO), Evropská unie, Global Mental Health, jejichž role především spočívá v mapování situace a upozorňování na problémy, které vyžadují řešení.

V první polovině 20. století se objevilo hnutí duševní hygieny, které se snažilo prosazovat prevenci duševních nemocí ve společnosti. V rámci duševní hygieny je na jedince působeno skrze společnost, kde je mu prezentováno, co je správné a co odpovídá sociální normě. Cílem duševní hygieny bylo podporovat chování, které udržuje zdraví jedince a naučit lidi zvykům a chování, které je ochrání před potenciálním nebezpečím a které je naučí vyhýbat se nepříznivým vlivům. Primárním cílem intervencí tak byla rodina, a to z toho důvodu, že měla přímý a zásadní vliv na výchovu, vývoj a na socializaci jedince.<sup>49</sup>

Ke konci 20. století se začal v mnoha státech (včetně České republiky) prosazovat vliv neoliberalismu, který přinesl nové principy, které se odrazily v mnoha společenských sférách včetně oblasti duševního zdraví. Neoliberalismus prosazoval nižší účast státu na fungování společnosti a kladl větší důraz na individuální schopnosti jedinců zvládnout a řídit svůj život. Z hlediska prevencí duševních nemocí tak byl větší důraz kladen na to, aby jedinec převzal aktivní roli v tom, jaký volí životní styl a jakým způsobem se vyvaruje rizikům. Tento přístup jde ruku v ruce s nástupem biologického přístupu v psychiatrii na konci 20. století, který hledá příčiny duševních nemocí uvnitř člověka.<sup>50</sup>

Z mezinárodní zkušenosti vyplývá, že klíčová služba úspěšné transformace služeb spočívá ve specializované mezioborové spolupráci, která je realizována komunitním multidisciplinárním týmem. Multidisciplinární tým zajišťuje komplexní a koordinovanou péči o osoby s duševním onemocněním. Tým je schopen poskytovat ambulantní služby, terénní služby včetně domácích návštěv, krizových intervencí a tzv. domácích „hospitalizací“.<sup>51</sup>

Nezbytnou činností týmu je také asertivní vyhledávání klientů, aktivní oslovování

---

<sup>48</sup> Steve Sturdy et al. (2013)

<sup>49</sup> Julie Henderson (2008)

<sup>50</sup> Julie Henderson (2008)

<sup>51</sup> Fokus ČR (2013)

klientů, kteří nejsou v systému péče nebo se v ní nedokáží dostatečně orientovat. Pracovníci se snaží klienta motivovat k další spolupráci, informovat o možnostech a rizicích, které mohou být spojeny s jeho psychickým stavem. Pozornost týmu je zaměřena na celkové prostředí klienta, rodinu, přátelé, pracovní prostředí, což přispívá z velké části k procesu destigmatizace.<sup>52</sup> Organizace WHO věnuje tomuto tématu velkou pozornost a iniciuje změny v poskytování zdravotně sociální péče klientům trpícím duševním onemocněním.

## 2.6. WHO a oblast duševního zdraví

Péče o duševní zdraví není pouze lokální problém, problematika duševního zdraví je celosvětový problém a zabývá se jím samozřejmě i Světové zdravotnické organizace (WHO). Role WHO spočívá především v jejích schopnostech shromažďovat znalosti a vědomosti. Cílem WHO bylo sledovat širší kontext nemocí, a to jak jejich ekonomickou, sociální tak biologickou dimenzi. V roce 1953 WHO vydala vlivný report „The Community Mental Hospital“, který prosazoval preventivní přístup k duševnímu zdraví založený především na komunitních opatřeních. Tento přístup byl odrazem tehdy prosazovaného přístupu hnutí duševní hygieny.<sup>53</sup>

V 90. letech WHO spolu s Harvardskou univerzitou uskutečnily rozsáhlou studii nazvanou Global Burden Disease, která prokázala, že neuropsychiatrické nemoci se podílí DALYs (počet let ztracených z důvodu neschopnosti) v rozvinutých zemích ze 22 %. Ukázalo se, že duševní nemoci mají značné dopady na pracovní schopnosti lidí, a tedy představují značnou zátěž pro společnost.<sup>54</sup>

To vedlo k tomu, že v roce 2001 došlo k poměrně zásadnímu kroku, kdy WHO věnovala World Health Report duševnímu zdraví. Tento report byl doprovázen i rozsáhlou studií, která mapovala situaci okolo duševního zdraví ve světě.<sup>55</sup>

WHO se snažila především podporovat rozvoj komunitních služeb a vyváženou péči spočívající v efektivní kombinaci mezi institucionální a komunitní péčí. Také zdůrazňovala roli neziskových organizací v oblasti duševního zdraví. Podle Sturdy et al. (2013) byl výzkumný přístup WHO založen především na případových studiích a dokumenty, které WHO vydávalo, postrádaly „evidence-based“ přístup, který by přinášel informace o efektivnosti různých intervencí.

---

<sup>52</sup> Fokus ČR (2013)

<sup>53</sup> Steve Sturdy et al. (2013)

<sup>54</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>55</sup> WHO (2001a, 2001b)

## 2.7. Global mental health

Global Mental Health představuje mezinárodní pohled na nejrůznější oblasti týkající se duševního zdraví ve světě.

Jejich snahou je poukazovat na nerovnosti v dostupnosti zdrojů a služeb, lidských právech duševně nemocných a poskytované péči mezi chudými a bohatými zeměmi.<sup>56</sup>

Duševní nemoci zároveň zvyšují riziko výskytu přenosných a nepřenosných nemocí a stejně tak přispívají k nezamýšleným i zamýšleným zraněním nebo úrazům. Stejně tak zdravotní problémy mohou vést k duševním onemocněním. Jejich doporučení směřují k tomu, aby psychosociální intervence postupovaly všem zdravotními a sociálními programy a aktivitami.<sup>57</sup>

Lidé s duševním onemocněním v mnoha zemích nemají přístup k potřebné péči, a to z důvodu nerovnoměrných nebo nedostatečných zdrojů. Stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním vede k jejich omezenému využívání dostupných služeb a zdrojů péče o duševní zdraví. Ve většině zemí stále převládá institucionální podoba psychiatrické péče a na rozvoj komunitní péče stále neexistuje dostatečné množství prostředků.<sup>58</sup>

Stěžejním prvkem v komunitní péči o duševně nemocné jsou nestátní neziskové organizace a rodinní příslušníci. Zapojení rodiny a rodinných příslušníků je velmi důležitou součástí péče o nemocné duševním onemocněním. Je to zejména proto, že i přes určité množství nestátních neziskových organizací, je jich stále nedostatek a nedokáží pokrýt potřebnou péči o nemocné. Nemluvě o nekoordinaci se státními institucemi. V poslední době se začínají množit asociace pacientů a rodin, které oplývají aktivitou v oblasti péče o nemocné. Jejich péče je však z různých důvodů celkem omezená.<sup>59</sup>

## 2.8. Evropské unie a oblast duševního zdraví

Evropská unie patří mezi důležité činitele v oblasti péče o duševní zdraví. EU vznikla v roce 1993 jako společný prvek hospodářské, ekonomické a politické spolupráce evropských států. Mezi její další cíle spadá i ochrana lidských práv občanů členských států a boj proti sociálnímu vyloučení. Na report WHO věnovaný duševnímu zdraví vydaný v roce 2001, reagovala Evropská unie v roce 2005 vydáním tzv. Zelené knihy, jejímž cílem bylo nastartovat veřejnou diskuzi o problematice duševních nemocí a jejího řešení.<sup>60</sup>

Cílem „Zelené knihy“ bylo upozornit na skutečnost, že odhadem více jak 27 % Evropanů

---

<sup>56</sup> Vikram Patel (2012)

<sup>57</sup> Martin Prince et al. (2007)

<sup>58</sup> Shekhar Saxena et al. (2007)

<sup>59</sup> Shekhar Saxena et al. (2007)

<sup>60</sup> EC (2005)



(dospělých) trpí nějakou formou duševní nemoci v průběhu jednoho roka. Dále v EU každoročně něco okolo 58 000 lidí zemře z důvodu sebevraždy, což je více, než kolik lidí umře ročně při autonehodě nebo na HIV/AIDS. Také se odhaduje, že duševní nemoci v EU představují náklady ve výši 3-4 % celkového HDP a jsou jedním z nejčastějších příčin předčasného odchodu do důchodu nebo invalidního důchodu.<sup>61</sup>

Zelená kniha vyzívá k potřebě vytvoření strategie EU k řešení otázek v oblasti duševního zdraví. Hlavním cílem má být prevence duševních nemocí a podpora duševního zdraví evropské populace. Za tímto účelem došlo k vytvoření EU-platformy pro oblast duševního zdraví a k vytvoření dialogu mezi jednotlivými členskými zeměmi.<sup>62</sup>

V roce 2016 byl přijat na konferenci v Bruselu „European Framework for Action on Mental Health and Well-being.“

Tento dokument se věnuje problémům v těchto pěti oblastech:

- a) Podpora duševního zdraví na pracovišti
- b) Podpora duševního zdraví na školách
- c) Podpora akcí proti depresi a sebevraždě a implementaci přístupů “e-zdraví”
- d) Rozvoj komunitní péče a sociálního začleňování lidí se závažným duševním onemocněním
- e) Podpora integrace duševního zdraví do všech politik

Tento dokument má přispět k naplnění cílů Akčního plánu z roku 2013 „The European Mental Health Action Plan“.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> EC (2005)

<sup>62</sup> EC (2005)

<sup>63</sup> WHO Europe (2013)

### 3. Péče o duševní zdraví v ČR

Česká republika dostatečně nereflektovala porovnáním s jinými evropskými zeměmi nové trendy v péči o duševně nemocné. Tuto změnu inicioval MUDr. Martin Hollý ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice a MUDr. Jan Pfeiffer, zakladatel Fokus ČR. Duševní zdraví je nedílnou součástí plnohodnotné integrity člověka. Kvalita života, kulturní prostředí, sociální procesy a samotný přístup k životu mají podstatný vliv na duševní zdraví, stejně jako celková duševní kondice člověka významným způsobem determinuje a ovlivňuje všechny aspekty jeho kvality života.<sup>64</sup>

V lednu 2005 v Helsinkách se ČR v rámci revize koncepce psychiatrie připojila k dokumentům, jejichž primárními cíli je zlepšení duševní kondice obyvatel a změna systému poskytované péče. Konkrétně se jedná o Deklaraci o duševním zdraví, o Akční plán duševního zdraví pro Evropu a o Zelenou knihu Komise evropských společenství.<sup>65</sup> Vidíme spoustu problémů, ať je to naprostý nedostatek zařízení komunitní péče, nerovnoměrné rozmístění ambulantních služeb a zároveň naprosto zastaralá lůžková zařízení.

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.<sup>66</sup> Ve srovnání s jinými medicínskými obory vychází péče o duševní zdraví jako nechtěný obor. WHO uvádí ve svých dokumentech, že na léčbu duševních onemocnění vydávají evropské země 3-4 % celkového HDP, v rámci sektoru zdravotnictví to bylo zhruba 2 % HDP. V České republice tvoří výdaje na duševní zdraví velmi malý podíl v rámci celkových výdajů na zdravotnictví. Přesný podíl není znám a k dispozici. Odhadem se bude tento podíl pohybovat někde mezi 2-3 %.<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>65</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>66</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>67</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)



Je nezpochybnitelné, že v České republice, a nejen v ní, trpí duševním onemocněním čím dál více lidí.

Duševní nemoci v České republice stejně jako v jiných zemích ve světě představují značnou zátěž pro společnost. Mezi lety 2001 až 2011 se počet nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševního onemocnění téměř zdvojnásobil (z 13 135 v roce 2001 na 27 765 v roce 2011).<sup>68</sup>

V současné době z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů připadá zhruba 16-17 % na duševní nemoci, které tak představují jeden z nejčastějších důvodů pro udělení invalidního důchodu.<sup>69</sup>

V České republice se většina psychiatrické péče odehrává v ambulantní sféře. Počet ambulantních psychiatrů je tak v ČR uspokojivý a dostatečný, ovšem i přesto se ambulantní psychiatrická péče potýká se značnými nedostatky. Především se jedná o skutečnost, že systém úhrad zavedený v 90. letech vede k upřednostňování kvantity na úkor kvality. Tento systém financování motivuje ambulantní psychiatry, aby poskytovali péči co největšímu počtu pacientů bez toho, aby těmto pacientům věnovali dostatečný čas pro jejich terapii.<sup>70</sup>

V roce 1990 bylo v ČR přes 15 000 lůžek v psychiatrických léčebnách, od té doby jejich počet klesá, avšak velmi pomalu. Komunitních služeb v ČR je stále nedostatečné množství a jejich rozdělení je rovněž značně nerovnoměrné.<sup>71</sup>

Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má z velké části institucionální charakter. V současnosti se v psychiatrických ambulancích odehrává většina psychiatrické péče. V psychiatrických ambulancích bylo provedeno 2 834 000 vyšetření. Proti předchozímu roku došlo k nárůstu o více než 1 % (o 34 745 vyšetření více) a od roku 2000 jejich počet vzrostl o téměř 38 %, tj. o 775 992 vyšetření. Ve sledovaném roce bylo ošetřeno 578 413 pacientů a proti předešlému roku došlo k jejich nárůstu, a to o téměř 4 % (o 21 957 pacientů).<sup>72</sup> Nejsou dostatečně rozvinuty specializované ambulance. Není dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu. Rovněž existuje nedostatek specialistů na problematiku dětské psychiatrie. Provázanost péče není dostatečná, a to jak z hlediska spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak v oblasti kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology apod.<sup>73</sup> Z hlediska lůžkové psychiatrické péče je cca 80% všech finančních a personálních kapacit soustředěno v psychiatrických

---

<sup>68</sup> Helena Válková (2015)

<sup>69</sup> Miroslava Janoušková et al. (2014)

<sup>70</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>71</sup> CMHCD (2012)

<sup>72</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>73</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

nemocnicích/léčebnách. Kapacita psychiatrických nemocnic/léčeben v ČR se zhruba z jedné třetiny skládá z lůžek akutní péče a ze dvou třetin z lůžek pro dlouhodobě nemocné, dohromady je v psychiatrických nemocnicích/léčebnách 8 847 lůžek.<sup>74</sup> K otázce budoucího vývoje je nutno poznamenat, že rozložení lůžkové péče je v ČR velmi nerovnoměrné a regionálně se velmi liší, v českých krajích je situace výrazně horší oproti krajům moravským. V některých krajích se nachází jak nemocnice/léčebna, tak lůžkové psychiatrické oddělení v nemocnici, v jiných je pouze jeden lůžkový subjekt, přičemž tam kde není nemocnice/léčebna, se nachází úplně minimum lůžek (např. kraj Karlovarský disponuje pouhými 45 lůžky, Liberecký pak 51 lůžky). Dostupnost lůžkové péče navíc zhoršuje skutečnost, že zákonem byla zrušena spádovost zdravotnických zařízení a v praxi se dodržuje v různé formě pouze zvykově.<sup>75</sup>

Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče. V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v České republice 21 denních stacionářů v resortu zdravotnictví. Méně, než 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 (např. mobilní krizový tým DPS Ondřejov, Praha 4).

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov (DPS) vzniklo v roce 1986 z iniciativy tří odborníků zaměřených na komunitní psychoterapeutickou péči. Součástí sanatoria je i krizové oddělení, které vzniklo v roce 2000 a od té doby až dosud sídlí v Medkově ulici. Vedoucím Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov a jediným ze zakladatelů, který zde stále působí, je primář MUDr. Martin Jarolímek. Tým pracovníků sanatoria, který tvoří psychiatři, psychologové, psychoterapeuti, zdravotní sestry, sociální a rehabilitační pracovníci, se věnuje léčbě psychotických onemocnění (především schizofrenie), neuróz a závislostí. Důležitou součástí týmu jsou administrativní pracovníci, které koordinují všechny poskytované služby a ochotně zprostředkují kontakt s dalšími pracovníky sanatoria. Psychická nemoc bohužel naleptává různé životní oblasti pacienta – zdravotní, osobní, sociální i pracovní. *„Potřeby a problémy psychicky nemocného člověka jsou rozličné a v čase proměnlivé. Proto jsme vytvořili tzv. **multidisciplinární tým**, který dokáže adekvátně reagovat na problematiku v různých oblastech lidského života.*

---

<sup>74</sup> Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2012)

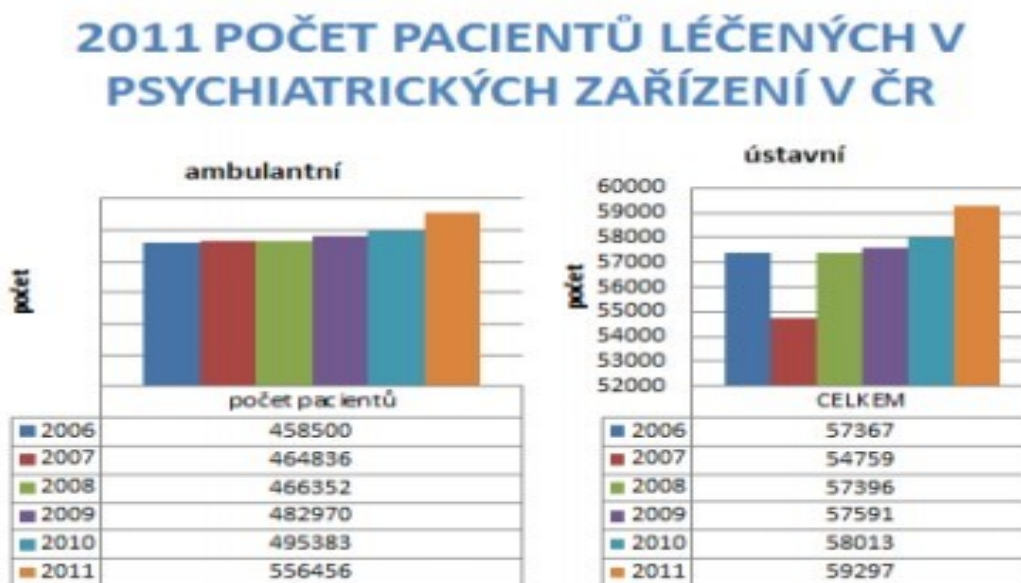
<sup>75</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

V našem zařízení nabízíme širokou škálu terapeutických programů odpovídajících aktuálnímu stavu pacienta,“ říká primář MUDr. Martin Jarolímek.<sup>76</sup>

Nízkoprahová kontaktní centra a terénní služby jsou nedostatečně rozvinuta.<sup>77</sup>

Nízkoprahové zařízení je sociální služba definovaná v zákoně o sociálních službách.<sup>78</sup> Dle paragrafu ...Je snadno dostupné a klientům zpravidla bezplatně nabízí potřebnou službu bez administrativních a jiných překážek. Výraz "nízkoprahovost" zahrnuje snadnou dostupnost pro všechny klienty. Obvykle nevyžaduje žádná doporučení, posudky a potvrzení a jeho pracovníci někdy sami vyhledávají potřebné lidi přímo v terénu, na ulicích, na nádražích, ve slumech a podobně. Odtud také označení *streetworker*. Zařízení tohoto druhu často provozují nestátní neziskové organizace. Poskytuje ambulanti, pobytové či terénní služby nejčastěji prostřednictvím volnočasových aktivit. Financování nízkoprahových zařízení je většinou ze státního rozpočtu, formou grantů a dotací, a dále z neinvestičních příspěvků zřizovatele.

Obr. 4 Počet pacientů léčených v psychiatrických zařízeních v ČR



Zdroj: Raboch a Wenigová (2012)

Psychiatrická lůžková zařízení zajišťují akutní i následnou psychiatrickou léčbu a rehabilitaci psychicky nemocných všech věkových kategorií. V roce 2011 bylo v ČR celkem 10 582 psychiatrických lůžek (ÚZIS). Z tohoto počtu bylo 9 254 lůžek (85,6 %) v psychiatrických léčebnách a 1 328 lůžek (14,4 %) v psychiatrických odděleních nemocnic. I když počet psychiatrických lůžek se v poslední době stále snižuje, stále je ve srovnání s většinou evropských

<sup>76</sup> <https://ondrejov.cz/o-nas/>

<sup>77</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>78</sup> Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

zemí vysoký. Z důvodů nedostatečného financování nevznikají nová nemocniční psychiatrická oddělení a existence dosavadních je ohrožena, některá dokonce uzavřena.<sup>79</sup>

Psychiatrická lůžková zařízení jsou trojího typu – psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic či samostatná zařízení. Dle svého typu a možností přijímají pacienti k dobrovolné léčbě, nedobrovolné léčbě i ústavní ochranné léčbě a mají po 24 hodin zajištěnou nepřetržitou psychiatrickou lékařskou službu. Hospitalizují též z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely. V psychiatrických lůžkových zařízeních pracují psychiatři a další odborní lékaři, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry, všeobecné sestry a další ošetrovatelský personál (zejména zdravotničtí asistenti, sanitáři), zdravotně-sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, jiní odborní pracovníci jako jsou terapeuti pro léčbu prací a další terapeuti (např. arteterapeuti, dramaterapeuti), a provozně techničtí pracovníci.<sup>80</sup>

Problémem psychiatrických léčeben jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálně-technické opotřebení v důsledku nedostatečného financování a nedostatku investičních zdrojů, a také nedostatečné personální vybavení vyplývající jednak z nedostatku finančních prostředků, ale také nedostatku kvalifikovaných zdravotníků z řady nelékařských profesí jako všeobecná (psychiatrická) sestra, a dále lékaři s odborností psychiatra a klinického psychologa.<sup>81</sup> Z těchto důvodů díky Reformě psychiatrické péče vznikají Centra duševního zdraví, kde v rámci spolupráce multidisciplinárních týmů je psychiatrickým klientům možnost poskytovat ambulantní péči, která je pro ně vhodnějším řešením jejich problémů a není tak finančně náročná jako lůžková péče v léčebnách.

Organizace uživatelů péče či příbuzných pacientů postupně získávají na významu. V současnosti existuje 7 samostatných organizací duševně nemocných a dalších 12 svépomocných skupin při různých zařízeních. Příbuzní duševně nemocných jsou organizováni v 10 samostatných organizacích a 6 dalších svépomocných skupinách (dle evidence o.s. VIDA).<sup>82</sup>

### **3.1. Reforma psychiatrické péče**

V roce 2013 vláda schválila první Strategii reformy psychiatrické péče, která má za cíl snížit počty pacientů v psychiatrických nemocnicích a současně s tím navýšit počet pacientů léčených ambulantně a v komunitním prostředí. V rámci této reformy mají vzniknout tzv. Centra duševního zdraví (CDZ), která mají představovat krok směrem k deinstitucionalizaci psychiatrické

---

<sup>79</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>80</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>81</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>82</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

péče v ČR. CDZ budou poskytovat komplexní zdravotní a sociální péči lidem s vážným duševním onemocněním. V rámci CDZ budou operovat multidisciplinární týmy, jejichž cílem bude pokrýt široké spektrum potřeb jedince.<sup>83</sup> Do vytváření této strategie bylo zapojeno několik aktérů: Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, zdravotní pojišťovny, zástupci zdravotních zařízení, profesionální asociace, asociace krajů ČR, pacienti a neziskové organizace.<sup>84</sup> Jedním z prvotních aktů, které vedly k Reformě psychiatrické léčby, bylo připojení České republiky k několika klíčovým mezinárodním dokumentům z oblasti duševního zdraví (Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Komise evropských společenství) s cílem změny poskytované péče, která povede ke zlepšení duševního zdraví obyvatel. Dokumenty byly podepsány v rámci revize psychiatrické péče v Helsinkách roku 2005. Posléze v roce 2007 vyhlásil výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP se spoluprací regionální kanceláře WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“ na podporu Reformy psychiatrické péče v České republice. Ten nastartoval praktickou realizaci cílů, která byla přislíbena připojením se k výše zmíněným dokumentům.

Strategie Reformy psychiatrické péče (dále Strategie) byla schválena tehdejším ministrem zdravotnictví MUDr. Martinem Holcátem v roce 2013 a jejím globálním cílem je „*zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním*“.<sup>85</sup>

Hlavními pilíři, o které se Strategie nové psychiatrické péče opírá, jsou: psychiatrické léčebny, ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic a Centra duševního zdraví. CDZ se v péči o klienty objevují jako nový prvek, zbylé tři pilíře již v současném systému figurují.

V návaznosti na výše zmíněné strategické cíle jsou vytvořeny a realizovány konkrétní projekty, které mají vést k jejich naplnění. Pro realizaci projektů v období od roku 2017 až do roku 2021 byla schválena finanční dotace 1 miliarda Kč z *Operačního programu zaměstnanosti* v podobě Evropských strukturálních a investičních fondů. Příjemce této dotace je Ministerstvo zdravotnictví ČR, které realizuje projekty: *Podpora vzniku Center duševního zdraví I, II, III; Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné; Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné* a *Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným*. Dále pak Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který realizuje projekt *Analytická a datová podpora reformy psychiatrické péče* a Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) realizující programy *Včasná detekce a včasná intervence* a *Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu reformy psychiatrické péče*.<sup>86</sup>

---

<sup>83</sup> Ministerstvo zdravotnictví (2013)

<sup>84</sup> Karolína Dobiášová et al. (2016)

<sup>85</sup> Psychiatrická společnost (2017)

<sup>86</sup> Dita Protopopová (2018)



Projekty *Podpora vzniku Center duševního zdraví I, II* jsou již ve fázi realizace, třetí navazující projekt prozatím spuštěn nebyl. Další ze tří projektů realizovaných MZ ČR již v současné chvíli probíhají. Hlavním cílem projektu *Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné* je přechod osob s duševním onemocněním z ústavní do komunitní péče,<sup>87</sup> projekt *Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným* má do péče pomoci zavést a standardizovat multidisciplinární přístup jako základní přístup péče o osoby s duševním onemocněním.<sup>88</sup> Projekt *Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné* je zaměřen na rozvoj služeb v souladu se Strategií Reformy pro pedopsychiatrické, gerontopsychiatrické a adiktologické pacienty. Projekt by měl vést ke vzniku a pilotnímu provozu na tyto cílové skupiny zaměřených multidisciplinárních týmů, které by měly být vybrány na jaře roku 2020.<sup>89</sup>

NUDZ je v současné chvíli realizátorem dvou hlavních projektů souvisejících s Reformou péče o duševní zdraví, v rámci nichž realizuje další aktivity. Předmětem projektu VIZDOM – *Včasná intervence u závažných duševních onemocnění* – je zlepšení kvality života lidí v rané fázi duševního onemocnění. Nedílnou součástí projektu je také analýza zkušeností s přístupem včasné detekce a intervence a jeho implementace do českého prostředí. V rámci projektu začaly 1. 4. 2019 ve třech regionech působit speciální terénní týmy včasné detekce a intervence. Projekt také na svých stránkách nabízí online poradnu a mapu služeb ČR, kde mohou lidé vyhledat pomoc.<sup>90</sup> V rámci projektu *Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu reformy psychiatrické péče* realizuje NUDZ iniciativu *NA ROVINU*, která „usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšení přístupu lidí k duševnímu zdraví“. Iniciativa poskytuje informace z oblasti duševního onemocnění a se svou informační kampaní a podporou se zaměřuje na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky, ale rovněž zdravotníky, veřejnou správu či poskytovatele sociálních služeb. Aktivity projektu spočívají i ve vytvoření Metodiky Destigmatizace, tvorbě destigmatizačních opatření, podpoře destigmatizačních projektů v regionech a následné evaluaci projektu.<sup>91</sup>

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou novým prvkem v systému péče o lidi s duševním onemocněním. V první fázi budou budována centra zaměřená na dospělé pacienty/klienty. Jejich hlavní cílovou skupinou budou pacienti/klienti s vážným duševním onemocněním (tzv. SMI – Severe Mental Illness, což jsou pacienti/klienti s těžkým průběhem schizofrenních onemocnění a bipolární afektivní poruchou). Jedná se o skupinu pacientů/klientů nejvíce ohroženou

---

<sup>87</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2017a)

<sup>88</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2018)

<sup>89</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2019)

<sup>90</sup> VIZDOM (2018)

<sup>91</sup> Na Rovinu (2017)

institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti. Cílovou skupinou CDZ budou i osoby s raným výskytem psychotického onemocnění (jedná se o tzv. Early Intervention). Služby založené na stejném principu budou postupně vznikat i pro jiné diagnostické skupiny. CDZ budou spolupracovat ve svém regionu s dalšími službami, a to jak se specializovanými, tak s těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci, například v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení či volnočasových aktivit. Služby CDZ budou službami zdravotně-sociálními, které budou poskytovány jedním společným týmem.<sup>92</sup>

V roce 2019 by mělo být funkčních 21 Center duševního zdraví. „*Služby Center duševního zdraví znamenají revoluční změnu v systému péče o duševně nemocné. Významně zvyšují její kvalitu, protože péče jde nově za pacientem, který se může léčit ve svém domácím prostředí a neztrácí tak kontakt s běžným životem jako dnes, kdy je léčen takzvaně za zdí,*“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.<sup>93</sup> V roce 2020 mají vzniknout další. Centra, pomáhají lidem s jejich problémy. Těm, kteří strávili nějakou dobu v léčebně, se snaží zajistit co nejpřirozenější návrat zpátky do života a ideálně dosáhnout toho, aby se do léčebny už nevrátili. Původně měla část těchto center otevřít už dřív, tomu však brání nedostatek lidí a také zajištění peněz na jejich provoz. Momentálně jsou financované z evropských peněz, a to na osmnáct měsíců. Později se ale už budou hradit z národních peněz. Ministerstvo zdravotnictví už svoji část zajištěnou má, testuje nový kód, kterým by se péče pojišťovněm vykazovala. Velkým limitem je také nedostatek psychiatrů. Medici o tento obor moc zájem nemají. Ukázal to i průzkum 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, v němž jen 2,9 procenta mediků odpovědělo, že chtějí dělat psychiatrii. Přitom fakultu ročně absolvuje asi čtyři sta lidí.<sup>94</sup>

CDZ bude poskytovat mobilní, ambulantní, krizové a denní služby. Momentálně jich je funkčních 20. Jsou to CDZ Celsuz Brno, CDZ PN Brno, CDZ Hradec Králové, CDZ Cheb, CDZ Karlovy Vary, CDZ Kroměříž, CDZ Mladá Boleslav, CDZ Opava, CDZ Pardubice, CDZ Plzeň, CDZ pro Prahu 6, CDZ Strakonice, CDZ Tábor, CDZ RIAPS Trutnov, CDZ Uherské Hradiště, CDZ Přerov, CDZ Havlíčkův Brod, CDZ Brno, CDZ Praha 9 a CDZ Praha 10. Jedná se o zcela novou službu v systému péče o lidi s duševním onemocněním, která je založena na převážně terénní práci multidisciplinárního zdravotně-sociálního týmu, který minimálně polovinu času pracuje v terénu, tj. v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním. Pacienti tak fungují samostatně a mohou být aktivně zapojeni do společnosti. Cílem Ministerstva zdravotnictví je vytvořit

---

<sup>92</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

<sup>93</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2019)

<sup>94</sup> Dominika Hromková, Eva Zahradnická (2019)

v následujících letech sít' až 100 Center duševního zdraví, která budou rozmístěná rovnoměrně po celé republice.<sup>95</sup>

Funkcí Center duševního zdraví pro SMI bude:

- prevence hospitalizací či jejich zkracování,
- včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění,
- nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity.

Tým centra duševního zdraví bude pracovat formou případového vedení a bude poskytovat flexibilní, individualizovanou službu cílové skupině pacientů/klientů ze spádové oblasti bez čekací doby. Péče bude nepřetržitá, pacient/klient se v systému péče nebude ztrácet. Při trvalé péči se pacient/klient nebude propadat do hlubokých krizí a významně klesne potřeba dlouhodobých hospitalizací.<sup>96</sup>

*Poskytované služby Center duševního zdraví:<sup>97</sup>*

- Služby v rámci CDZ jsou poskytovány zejména v přirozeném prostředí klienta, a také v zařízení CDZ. Péče je založena převážně na multidisciplinárním týmu.
- Terénní tým (intervence: vyšetření, koordinace péče (case management), krizová intervence, zprostředkování hospitalizace, asertivní práce v terénu (včetně specializovaných týmů zaměřených na osoby bez přístřeší), práce s rodinou, psychiatrická rehabilitace včetně podporovaného vzdělávání a podporovaného zaměstnávání)
- Krizové centrum (intervence: krizová telefonická intervence, krizová lůžka)
- Denní péče – zdravotnický denní stacionář nebo denní centrum (intervence: psychoterapie individuální, skupinová, rodinná, volnočasové a vzdělávací programy, kognitivní rehabilitace)
- Psychiatrická ambulantní péče
- Služby klinického psychologa
- Služby dětského klinického psychologa
- Svépomocné programy (uživatelé, rodinní příslušníci)

*Mezi další služby mohou patřit:<sup>98</sup>*

- Psychogeriatrický stacionář
- Specializované dětské a dorostové služby
- AT (adiktologický) denní stacionář

<sup>95</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2019)

<sup>96</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

<sup>97</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>98</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

- Stacionář pro poruchy příjmu potravy (PPP)
- Odlehčovací služby a poradenství pro všechny cílové skupiny

*Dostupnost Center duševního zdraví:<sup>99</sup>*

- Vybudovat 1 CDZ na cca 100 000 obyvatel, v některých regionech 1 CDZ na 80 000 obyvatel, s cílem efektivního poskytování definovaných služeb a péče.
- V režimu 24/7 (provoz 24 hodin 7 dní v týdnu), budou mít přímou regionální vazbu danou časovou dostupností a polohou.
- Dojezd: 30 minut veřejnou dopravou.
- Zajistit psychiatry v počtu 1/100 000 obyvatel – po stabilizaci a dalším rozvoji nově vzniklých CDZ v počtu 2/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru dětská a dorostová psychiatrie v počtu 0,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru gerontopsychiatrie v počtu 0,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru sexuologie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru poruchy příjmu potravy v počtu 0,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru adiktologie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru klinická psychologie/psychoterapie v počtu 2/100 000 obyvatel.
- Zajistit psychiatrické sestry v počtu 13/100 000 obyvatel.
- Zajistit komunitní psychiatrické sestry v počtu 5/100 000 obyvatel.
- Zajistit sociální pracovníky v počtu 10/100 000 obyvatel (částečná kapacita max. 1/3 sociálních pracovníků může být zajištěna zdravotně sociálním pracovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách).
- Dobudování sítě Krizových dětských center v rámci vybraných CDZ.

*Struktura pilíře Center duševního zdraví:<sup>100</sup>*

- Psychiatr
- Klinický psycholog/dětský klinický psycholog
- Psychiatrická sestra
- Sociální pracovník
- Case Manager (osobní asistent)
- Krizová centra
- Mobilní týmy

<sup>99</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>100</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

- Denní stacionáře
- Aserktivní komunitní léčba
- Týmy pro léčbu duálních diagnóz

*Návaznost na služby sociální péče:* <sup>101</sup>

- Poradenství v oblasti dostupných sociálních služeb.
- Koordinace přechodu uživatelů psychiatrické péče do sociálních služeb
- zajišťuje CDZ (bydlení, pracovní rehabilitace, poradenství atd.).

Deinstitucionalizace je nedílnou součástí přechodu od institucionální psychiatrické péče do péče komunitní. S pojmem deinstitucionalizace se též pojí rušení lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích, které mohou mít za následek tzv. hospitalismus, který MUDr. Mlčoch (2017) definoval jako *„souhrn negativních tělesných a duševních účinků hospitalizace či institucionalizace na pacienty, zejm. kojence a děti – ty v důsledku dlouhodobého pobytu v nemocnici (hospitalizace) trpí nedostatkem pevných citových vazeb, sociálních kontaktů a deprivací různých potřeb, takže se mění jejich chování (např. apatie) a jejich tělesný i duševní vývoj je opožděn“*.

V České společnosti se také projevuje značný trend stigmatizace. Stigmatizace je proces, při kterém dochází k sociálnímu vyloučení jistých skupin lidí. V rámci tohoto procesu dochází k tomu, že jistá skupina je vnímaná jako odlišná od toho, co je považováno za „normu“ v dané společnosti.<sup>102</sup> Systém péče o lidi s duševním onemocněním je v ČR značně zatížen systémovou stigmatizací, která spočívá v tom, že samotný systém (a jeho instituce, psychiatři a jiný personál) se podílí na stigmatizaci osob s duševním onemocněním.<sup>103</sup>

Stigma znamená společenské odmítání domnělých nebo skutečných vlastností, přesvědčení nebo chování, které odporují sociálním normám. Stigma duševní nemoci je charakterizováno nedostatkem vědomostí o duševních nemocech, strachem, předsudky a diskriminací. Historie je poznamenána izolací a exkluzí duševně nemocných (útluky, trýznění), které však do jisté míry přetrvávají i v současnosti a jsou posilovány existencí institucionálních forem zdravotní nebo sociální péče. Souvisí to i s tím, že duševní poruchy mají kromě svých důsledků zdravotních i závažné důsledky nezdravotní: narušení vztahů s blízkými osobami, riziko bezdomovectví, sebevražedného jednání, možnost nedobrovolné léčby a hospitalizace. Psychické onemocnění se navíc i často projevuje navenek bizarním či neobvyklým chováním.<sup>104</sup>

<sup>101</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>102</sup> Patrick Corrigan (2004)

<sup>103</sup> Jan Bodnár (2009)

<sup>104</sup> Ondřej Pěč (2019)

Stigma duševní nemoci je rovněž jednou z příčin, proč zástupci státu a plátců péče mají malou vůli investovat do péče o duševně nemocné. Duševně nemocní jsou navíc i znevýhodněni oproti jiným marginalizovaným skupinám (etnické minority, lidé s fyzickými handicapy) tím, že jim chybí silnější hlas, který by za destigmatizaci bojoval. Stigmatizační postoje se bohužel nevyhýbají nejen například pracovníkům policie, ale ani odborným pracovníkům psychiatrických služeb.<sup>105</sup>

Deinstitucionalizace a poskytování kvalitních psychiatrických služeb by mělo přispět k destigmatizaci psychiatrické péče a přinejmenším tak osvobodit od stigmatu dlouhodobý pobyt v nemocnici. K celkové destigmatizaci psychiatrických služeb by měla přispět reforma psychiatrické péče a na ní navazující destigmatizační kampaně a projekty. Stigma, které s sebou přináší duševní onemocnění, je mnohonásobně větší, než které (a jestli vůbec) má na sobě nemoc těla. Často může být pro duševně nemocného jedince mnohem tíživější ve společenských podmínkách samo stigma než samotné zdravotní obtíže. Zabránit stigmatizaci duševně nemocných se též snaží Stopstigma, které je provozováno Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, a to skrze edukaci společnosti o duševním zdraví a nemocech s cílem ukázat, že ve společnosti panuje mnoho zbytečných předsudků a mýtů, které zhoršují nemocným cestu k uzdravení.<sup>106</sup> Další, kdo v České republice intervenuje na poli destigmatizace, je Národní ústav duševního zdraví ([www.nudz.cz](http://www.nudz.cz)). Název projektu: Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR. Číslo projektu: CZ.03.2.63/0.0/15\_039/0007276, realizován s finanční podporou EU, ESF: operační program Zaměstnanost, realizace probíhá v období 09/2017 – 08/2022.<sup>107</sup>

Omezení stigmatizace a následného vyčleňování duševně nemocných ze společnosti povede ke zlepšení jejich kvality života a k rozšíření příležitostí pro jejich uplatnění ve společnosti.<sup>108</sup>

V ČR je oproti původním členským státům EU mimořádně vysoká stigmatizace, a to jak mezi veřejností, tak mezi specifickými subpopulacemi, jako jsou zdravotníci. Destigmatizace je zásadním předpokladem pro snižování zátěže způsobované duševními onemocněními, protože umožňuje lidem bez zábran vyhledat odbornou pomoc a lépe se vypořádat se všemi důsledky duševních onemocnění a zvyšovat kvalitu života, včetně naděje na dožití.<sup>109</sup>

Plněním tohoto je vytvoření plánu pokračování destigmatizačních programů pro stávající cílové skupiny – zdravotníky, sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, státní správu, lidi s duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky a komunity. Návrh, ověření

---

<sup>105</sup> Ondřej Pěč (2019)

<sup>106</sup> CMHCD (2017a)

<sup>107</sup> <https://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>

<sup>108</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>109</sup> Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (2020)

a realizace destigmatizační aktivity pro novináře, policisty, pedagogy, vězeňskou službu, politiky a zaměstnavatele. Zajištění udržitelnosti, včetně financování, účelných destigmatizačních aktivit v letech 2022—2030, které mohou plánovat a realizovat různé organizace v rámci celé ČR a kde Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) bude vystupovat jako odborný garant a bude realizovat evaluaci celého procesu.<sup>110</sup>

Výzkumy ukazují, že existují dvě efektivní komponenty destigmatizačních aktivit. Za prvé destigmatizační aktivity musí být systematické a dlouhodobé. Za druhé destigmatizačních aktivit se musí účastnit lidé se zkušeností s duševním onemocněním.<sup>111</sup>

Na úspěšné implementaci Strategie reformy psychiatrické péče by se měli podílet zástupci ústředních orgánů státní správy ČR, tj. MZČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR, Územní krajské samosprávy, obecní samosprávy a v neposlední řadě též přímo řízené organizace MZČR.<sup>112</sup>

Hlavním uživatelem Strategie je MZČR jako zadavatel její přípravy a gestor její implementace v rámci resortu zdravotnictví s žádoucím přesahem do ostatních důležitých resortů státní správy. MZČR Strategii využije v rámci přípravy výzev evropských fondů, pro nastavování vyhodnocovacích kritérií jednotlivých projektů a pro udržení velkého množství reformních aktivit v říditelném a vyhodnotitelném plánu.<sup>113</sup>

Další kapitola se bude věnovat nastavení systému Komunitní péče o duševně nemocné, kde je řešením implementace v ČR komunitní péče o klienty s duševním onemocněním, která je základním kamenem péče o klienty, kteří mohou z této péče významně profitovat.

---

<sup>110</sup> Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (2020)

<sup>111</sup> Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (2020)

<sup>112</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>113</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

## 4. Komunitní péče

Komunitní péče je citlivá k individuálním potřebám jedince, ale zaměřuje se především na jeho vztahy s lidmi nebo institucemi. Cílovou skupinou komunitní péče nejsou duševně nemocní, ale komunita. Komunitní péče neznamena jen péči, ale dostatečně široký soubor služeb, programů a zařízení, včetně programů zaměřených na podporu v praktických každodenních situacích. V komunitní péči jsou pomáhající profesionálové spíše ti, kteří umožňují a podporují než ti, kteří poskytují služby.<sup>114</sup>

Psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a potýká se s dlouhodobou podfinancovaností. Strategie reformy psychiatrické péče byla tvořena v souladu s evropskými i národními dokumenty revidujícími koncepci psychiatrické péče obecně. Tyto dokumenty doporučují podpořit rozvoj komunitní a semimurální péče, zvýšit roli primární péče a všeobecných nemocnic, transformovat psychiatrické nemocnice/léčebny a v neposlední řadě podporovat vzdělávání odborných pracovníků. Relevantní součástí reformního úsilí v ČR by tedy měl být posun ke způsobu léčby v co největší míře poskytované v přirozené komunitě.<sup>115</sup>

Dříve bylo duševní zdraví vymezováno jako „absence duševní choroby.“<sup>116</sup> Tento jednoduchý pohled na duševní zdraví byl poté nahrazen pozitivnějším přístupem k vymezení duševního zdraví. Světová zdravotnická organizace vymezuje 42 duševní zdraví jako: „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze jako absenci nemoci nebo slabosti.“ Širší a konkrétnější definice zní následovně: „duševní zdraví je stav pohody (well-being), ve kterém je jedinec schopen realizovat svůj potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými stresy života, dokáže pracovat produktivně a je schopen přispívat do své komunity.“<sup>117</sup>

Dobré duševní zdraví má velký význam jak pro člověka, tak pro celou společnost. Pro člověka dobré duševní zdraví představuje základní dimenzi jeho života, která mu umožňuje realizovat se v intelektuální a emoční sféře a pomáhá mu naplňovat svoji roli v soukromém a pracovním životě, ve škole a celkově ve společnosti. Pro společnost spočívá význam dobrého duševního zdraví jedinců ve společnosti v udržení a posilování prosperity, solidarity a spravedlnosti ve společnosti. Na druhou stranu duševní nemoci představují velkou zátěž pro člověka, tak i pro společnost.<sup>118</sup>

---

<sup>114</sup> Jan Stuchlík (2009)

<sup>115</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>116</sup> WHO (2001a)

<sup>117</sup> WHO (2001d)

<sup>118</sup> EC (2005)



Komunitní péče je stále v procesu vývoje, stejně jako komunitně orientované služby pro osoby s duševním onemocněním. Pro definování následující problematiky uijeme výklad komunitní péče dle Pfeiffera:<sup>119</sup> „*Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem.*“

Je třeba si uvědomit, že humanizace systému psychiatrické péče neznámá pouze kultivaci nutných prostor či prostředí v psychiatrických nemocnicích/léčebnách a rozvoj sítě psychiatrických oddělení nemocnic. Humanizací péče máme rovněž na mysli rozvoj komunitní péče (CDZ), která bude představovat „humánnější“ alternativu k institucionálnímu typu péče.<sup>120</sup>

Pojem „komunita“ lze vymezit ve třech kategoriích – je definován buď lokalitou (např. obec) nebo skupinou lidí, jež jsou spojeny společnými podmínkami, či je složena z osob, které spojuje společný problém (Mahrová et al., 2008). V komunitní péči je pak kladen důraz na mobilizaci občanské svépomoci a poskytování odborné pomoci a podpory: v komunitě (např. klientovi je pomoc nabízena v blízkosti jeho bydliště), komunitou (např. místní policie zná klienta, který jí opakovaně volá z důvodu své paranoidity, a umí ho uklidnit) a pro komunitu (např. pracovníci komunitní péče pracují také s rodinou a sousedy klienta).<sup>121</sup> Pro dodržení kvality komunitní péče by její služby měly úzce spolupracovat se všemi zdroji podpory v komunitě, a to včetně psychiatrických zařízení.<sup>122</sup>

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce naplněny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Z tohoto jednoznačně vyplývá, že komunitní péče je postavena na úzkém propojení zdravotní a sociální oblasti. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové, určuje jí však pozměněnou roli. Komunitní péče je od poloviny 20. století dominantním trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, sledující redukci velkých psychiatrických léčeben a jejich alespoň částečnou přeměnou ve služby komunitní. Prostředkem těchto změn je vytváření

---

<sup>119</sup> in Ondřej Pěč, Václava Probstová (2009)

<sup>120</sup> Strategie reformy psychiatrické péče (2013)

<sup>121</sup> Zuzana Foitová in Václava Probstová, Ondřej Pěč, (2009), Ivo Řezníček (1994)

<sup>122</sup> Petr Hejzlar et al. (2015)

komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které působí. V novějším konceptu tzv. vyvážené péče (balanced care) jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni: - praktičtí lékaři – specializované ambulantní psychiatrické služby (např. psychiatrické ambulance) a týmy – psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic – krizové služby a denní stacionáře – rezidenční péče v komunitě – služby psychiatrické rehabilitace. Principy péče: - mobilita služeb – propojenost služeb – péče ve vlastním prostředí pacientů – orientace na lidská práva a potřeby pacientů.<sup>123</sup>

Model komunitní péče v psychiatrii, který se uplatňuje v posledních 20-ti letech v ekonomicky vyspělých státech, a který znamená přesun těžiště péče z velkých lůžkových zařízení do intermediárních, sociálně rehabilitačních a ambulantních služeb a léčbu schizofrenních pacientů co nejlépe jejich přirozeným podmínkám, v sobě obsahuje i rozvoj nových forem psychosociálních intervencí, ať již jde o psychologickou rehabilitaci v různých oblastech života nebo o specializované postupy (případové vedení, sebeřízení v nemoci, integrovaná léčba duálních diagnóz, apod.).<sup>124</sup>

Psychiatrická rehabilitace znamená přístup zahrnující v sobě různé postupy a typy intervencí, které v sobě mají společné charakteristiky. Rozsah působnosti psychiatrické rehabilitace je definován jejím posláním, které W. Anthony a jeho spolupracovníci popsali již v osmdesátých letech minulého století: „*psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“ (Anthony a kol. 2002, s. 101)

Rehabilitace napomáhá člověku s psychiatrickým postižením v jeho procesu zotavení, kdy zotavení je popisováno jako hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností a rolí člověka. Je to o žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobeným nemocí. Zotavení zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka.<sup>125</sup>

Proces rehabilitace má tyto 4 základní fáze – Diagnostická fáze, Plánování, Intervence a Vyhodnocování.

Diagnostická fáze začíná vyhodnocením připravenosti k rehabilitaci, nebo, při nedostatečné připravenosti naplánováním intervencí a podpor, které k větší připravenosti povedou. Připravenost může být nutnou mírou motivace klienta splnit úkol a jeho způsobilost převzít odpovědnost za jeho rozhodnutí.<sup>126</sup> Dalším úkolem rehabilitačního pracovníka je navázat pracovní alianci a vztah, který je nutnou podmínkou k určení obecného rehabilitačního cíle pacienta (nástup do zaměstnání, volba

---

<sup>123</sup> Ondřej Pěč (in Raboch a Wenigová 2012)

<sup>124</sup> Kim T. Mueser et. al (2001)

<sup>125</sup> Wiliam Anthony (1993)

<sup>126</sup> Marianne Farkas a kol. (2000)

samostatného bydlení apod.). Vychází se z hodnot a zkušeností pacienta, výhod nebo nevýhod prostředí, které může pojmout jako alternativu stávajícího stavu. Je potřeba vypracovat seznam kritických dovedností, které musí pacient zvládnout, aby mohl svého cíle dosáhnout a zjistit, které z dovedností je třeba ještě lépe rozvíjet. Oproti psychiatrické diagnóze, která popisuje symptomatologii, rehabilitační diagnóza zahrnuje popis stávajících dovedností pacienta – klienta a úrovně podpory okolí v určité životní oblasti.

Plánování se provádí na základě diagnostického zjištění a rehabilitační pracovník vytvoří s pacientem – klientem plán rozvoje dovedností, který zahrnuje i konkrétní výběr intervencí. Součástí plánu je i plán rozvoje zdrojů okolí (rodiny, spolupracovníků).

Intervence znamenají rozvoj dovedností klienta – pacienta i zdrojů podpory klienta – pacienta. Rozvoj dovedností může být prováděn jejich nácvikem v chráněném prostředí. Důležitým prvkem rehabilitačního procesu je asistence v rozvoji podpory a zdrojů okolí – kromě systému psychiatrických a ostatních služeb to znamená využívání a rozvoj formální a neformální sociální podpory.

Neformální služby mají mimo jiné jednu důležitou výhodu. Člověk, který je čerpá, není v roli klienta, ale např. souseda, bratra, člena sboru. Řada autorů (např. Carling, 1995) upozorňuje, že formální služby jsou často neúčinné už proto, že svou pomocí upevňují role *profesionál – klient*. U duševně nemocných se stává, že jejich role klienta/pacienta je postupně dominantní až jedinou rolí, ve které se nalézají a jejich sociální svět je světem pomáhajících profesionálů a spoluklientů. Přitom tím, co potřebují pro svou úzdravu, je vyskytovat se v obvyklých rolích – jako soused, manžel, kamarád atd.

V moderních komunitních službách se klade důraz na podporu klienta při zapojování do jeho přirozeného prostředí a při využívání běžně dostupných míst a služeb.<sup>127</sup> Pro profesionály, pracující ve službách je klíčové, aby o této možnosti nejen věděli, ale aby zdroje v komunitě znali, dokázali s nimi efektivně vyjednávat, mapovat jejich možnosti a omezení a aby byli schopni těmto zdrojům poskytnout podporu.

Vyhodnocování cílů je určené plánem a jeho výsledky často mohou přivést klienta – pacienta zpět k diagnostické fázi a plánování rehabilitačních intervencí. Tím může nastat cyklické řešení stavu klienta – pacienta.

Některé z intervencí užívaných v psychiatrické rehabilitaci nebo komunitní psychiatrii byly v nedávné době empiricky ověřovány: případové vedení, asertivní komunitní léčba a podporované zaměstnávání.<sup>128</sup>

---

<sup>127</sup> Jan Stuchlík (2001)

<sup>128</sup> Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním

V případovém vedení case manager koordinoval a distribuoval péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli. Z důvodu nízké účinnosti tohoto postupu se později vyvinuly intenzivnější formy, např. klinické případové vedení, kdy pověřený profesionál kromě koordinace péče provádí s pacientem i přímou terapii.

Nejvíce ověřovaným typem je asertivní komunitní léčba (assertive community treatment – ACT), která byla vyhodnocována více než 20-ti studiemi, z jejichž výsledků je možné učinit závěr, že ACT snižuje celkovou délku hospitalizace a vede ke stabilizaci klientů – pacientů v oblasti bydlení.<sup>129</sup> Ve srovnání s případovým vedením však není jednoznačný vliv na spokojenost pacientů a menší zátěž jejich rodin a snížení nákladovosti.<sup>130</sup>

Podporované zaměstnávání vede k většímu podílu klientů – pacientů na otevřeném trhu práce než jiné pracovní rehabilitace. Avšak bohužel, přibližně polovina klientů – pacientů v podporovaném zaměstnání neuspěje, takže z toho vyplývá podpora i předchozích druhů psychiatrických rehabilitací a v podstatě nelze upřednostnit žádnou z nich.<sup>131</sup>

Současný stav poskytování komunitní péče v ČR: Intermediární služby (zdravotnické komunitní služby v užším smyslu) pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí (denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, komunitní psychiatrické sestry) a spadají do resortu zdravotnictví. Služby psychiatrické rehabilitace jsou většinou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a formálně spadají do sociálních služeb (sociální komunitní služby v užším smyslu), charakter jejich činnosti je však spíše zdravotně-sociální. Na některých místech se služby kombinují do funkčních koordinovaných celků s úzkou vzájemnou spoluprací nebo do společných týmů, jde o kombinace lůžkových, intermediárních, rehabilitačních a ambulantních zařízení (meziresortní služby).<sup>132</sup>

Jak uvádí Probstová a kol. (2006), cílem komunitní psychiatrie je poskytování zdravotně – sociálních služeb osobám s duševním onemocněním v jejich přirozeném (komunitním) prostředí. Základem péče není symptomatika, ale indikátory, které působí na jedince jako komplex. Efektivitu služeb v komunitním prostředí pak lze posuzovat podle následujících kritérií: - Životní spokojenost jedince (well-being), emoce a kognitivní funkce jedince

- Spokojenost se službami
- Zdraví a chování jedince
- Fungování ve společnosti (např. sociální role, pracovní integrace)
- Společenské ukazatele (např. ekonomická úroveň)

---

<sup>129</sup> Kim T. Mueser et. al (2001)

<sup>130</sup> Max Marshall a kol. (2000)

<sup>131</sup> Elizabeth Twamley a kol. (2003)

<sup>132</sup> Ondřej Pěč (in Raboch a Wenigová 2012)

- Zatížení rodiny

#### 4.1. Komunitní tým v péči o duševně nemocné

Komunitní týmy jsou v řadě zemí, kde probíhá či proběhla transformace systému institucionální v komunitní péči, páteří specializovaných mimonemocničních psychiatrických služeb.

Komunitní týmy jsou většinou děleny podle typů klientů na komunitní týmy pro děti a adolescenty, dospělé, osoby s problematikou závislosti, osoby s gerontopsychiatrickou problematikou, případně další, více specializované týmy. Vždy jde o multidisciplinární tým, který úzce spolupracuje s poskytovateli všech zdravotních i sociálních služeb pro duševně nemocné. Hlavním cílem komunitního týmu je poskytovat klientům a jejich rodinám podporu v běžných situacích života a předcházet stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci. Pokud dojde k hospitalizaci pacienta/klienta, členové týmu aktivně spolupracují s lůžkovými zařízeními v průběhu pobytu na lůžku a vytvářejí předpoklady pro rychlý a úspěšný návrat pacienta/klienta zpět do domácího prostředí.<sup>133</sup>

Ambulantní psychiatrická péče bude v síti poskytována formou stávající formy psychiatrických ambulancí nebo formou ambulance s rozšířenou péčí. Tým ambulance s rozšířenou péčí bude zahrnovat psychiatra, klinického psychologa, psychiatrickou sestru a případně další pracovníky. Pracovníci ambulance s rozšířenou péčí budou spolupracovat na principech multidisciplinární spolupráce.<sup>134</sup>

Akutní lůžková péče bude integrována do všeobecné zdravotní péče a síť bude tvořena menšími kapacitami s přiměřeným spádovým územím zajišťujícím návaznost péče na somatickou péči a přirozené prostředí pacientů/klientů. Počet akutních lůžek v systému se bude postupně zvyšovat s ubývajícím kapacitami následné lůžkové péče, která v současné situaci často akutní péči supluje. Akutní lůžka psychiatrické péče budou v síti služeb pro pacienty se všemi psychiatrickými diagnózami, včetně závislostí, lůžek pro péči o děti a dorost a lůžek pro specializovanou péči.<sup>135</sup>

Pro jednotlivé psychiatrické nemocnice vzniknou transformační plány, které budou obsahovat především vize a cíle budoucí poskytované péče, role nemocnice v regionálních sítích, návrh organizačního uspořádání, personální strategie nemocnice včetně vzdělávání a rozvoje kvalifikace, návrh opatření k předcházení vstupu pacientů do lůžkové péče (prevence, edukace), opatření k propouštění pacientů do komunitní péče (spolupráce a návaznosti služeb), urbanistický

---

<sup>133</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

<sup>134</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

<sup>135</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

a funkční generel areálu, plány rozvoje infrastruktury, sítí, budov a pozemků včetně plánu potřebných investic a také podmínky realizace, rizika a limitující faktory.<sup>136</sup>

Pro zajištění péče o stále se rozrůstající skupinu lidí s duševním onemocněním je jedním z klíčových faktorů počet odborníků, ať už v lékařských nebo nelékařských povoláních. V celkových počtech pracovníků v jednotlivých oborech a povoláních péče o lidi s duševním onemocněním vztažených na počet obyvatel se pohybujeme pod průměrem hodnot zemí OECD. Pro úspěšnou realizaci Strategie reformy psychiatrické péče bude třeba zvýšit počty lékařů, psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků především v ambulantních a terénních službách. Projekty reformy vytvoří podmínky pro zapojení škol připravujících personál do připravovaných změn v péči o duševně nemocné. Jedním z cílů reformy je i zvýšení atraktivity oboru psychiatrie a péče o duševně nemocné. Dalším faktorem, který může napomoci, je lépe rozdělit role a kompetence jednotlivých povolání při péči o duševně nemocné s využitím principů multidisciplinární spolupráce v týmech.<sup>137</sup>

System komunitní péče je založený na tom, že pomoc přichází včas tam, kde člověk žije. Pro chronicky nemocné je potřeba vytvářet podporované bydlení, které už někde také existuje, kde budou mít intenzivní podporu. A když budou potřebovat akutní péči, tak by to mělo začít tím, že za nimi přijde komunitní tým a maximum podpory dostanou tam, kde bydlí. Členové komunitního týmu nemocnému člověku asistují a on ví, že si je může kdykoliv zavolat. Z velké části tým odstříhnu všechny situace, které vyžadují nějaký mocenský zákrok. Násilí ze strany pacientů je vždycky jenom reakce na nějakou nouzi. Když bude potřeba, přijdou dvakrát nebo třikrát, nebo se sejdou v kavárně, budou se řešit třeba i léky a spolupráci s rodinou. To všechno daleko dříve, než je to dnes. Pokud dnes nemocný člověk nepřijde k ambulantnímu psychiatrovi, tak ho žádný odborník nenavštíví, rodina trpí a ten člověk začne bláznit. Problém se jenom nafukuje a pak to dospěje až k dramatu. Je u toho často i policie, a to by každého rozjelo do podoby, která se dá označit jako nemoc. Pak ho odvezou do léčebny, kde je dva nebo tři nebo pět měsíců. A aniž by se pracovalo s tím, kam se ten člověk vrátí, co bude dál, jestli si třeba dodělá školu a podobně, vypustí ho do stejných podmínek, kde byl předtím.<sup>138</sup>

Cílem rozvoje komunitních služeb je to, aby se vytvořila síť služeb, která je vzájemně provázána, a to jak zdravotnická, tak i sociální zařízení.

Ideální velikost této oblasti odpovídá počtu 100 tisíc obyvatel. Prakticky by této oblasti nejvíce vyhovovaly bývalé okresy s ustálenými vazbami v rámci komunity, infrastrukturou

---

<sup>136</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

<sup>137</sup> Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017)

<sup>138</sup> Jan Pfeiffer (2015)

a přirozeným centrem. Hlavním koordinačním jádrem by se měla stát těsná spolupráce mezi psychiatrickou ambulancí a případovým vedením poskytovaným komunitními psychiatrickými sestrami a/nebo sociálními pracovníky. Úkolem případového vedení je pak dále navazovat péči na komunitní zařízení ve zdravotní i sociální oblasti (denní stacionáře, rezidenční komunitní služby, pracovní rehabilitace, aktivizační služby). Spolupráce ambulantního psychiatra by více navazovala na akutní lůžkové oddělení, krizová centra a služby, denní stacionáře.<sup>139</sup>

Týmy jsou složeny ze sociálních i zdravotní pracovníků (psychologů a psychiatrů) a peer konzultantů, tedy lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Jejich práce spočívá v pomoci a podpoře pacientů nejen v prostorách centra, ale především přímo u nich doma či kdekoli v jejich běžném prostředí. Centra poskytují mobilní, ambulantní, krizové a denní služby. *„Jejich funkcí je prevence hospitalizací pacientů či jejich zkrácení, včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění a rehabilitace a nápomoc k opětovnému začlenění dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Právě lidé s vážným duševním onemocněním totiž dnes stráví většinu své léčby hospitalizací, což jim znemožňuje běžné fungování ve společnosti a následné uzdravení. Právě Centra duševního zdraví to změni,“* uvedla gestorka reformy psychiatrické péče Dita Protopopová z Ministerstva zdravotnictví. Centra budou v jednotlivých regionech spolupracovat s dalšími službami, například v oblasti zaměstnávání, vzdělávání, bydlení a volnočasových aktivit.<sup>140</sup>

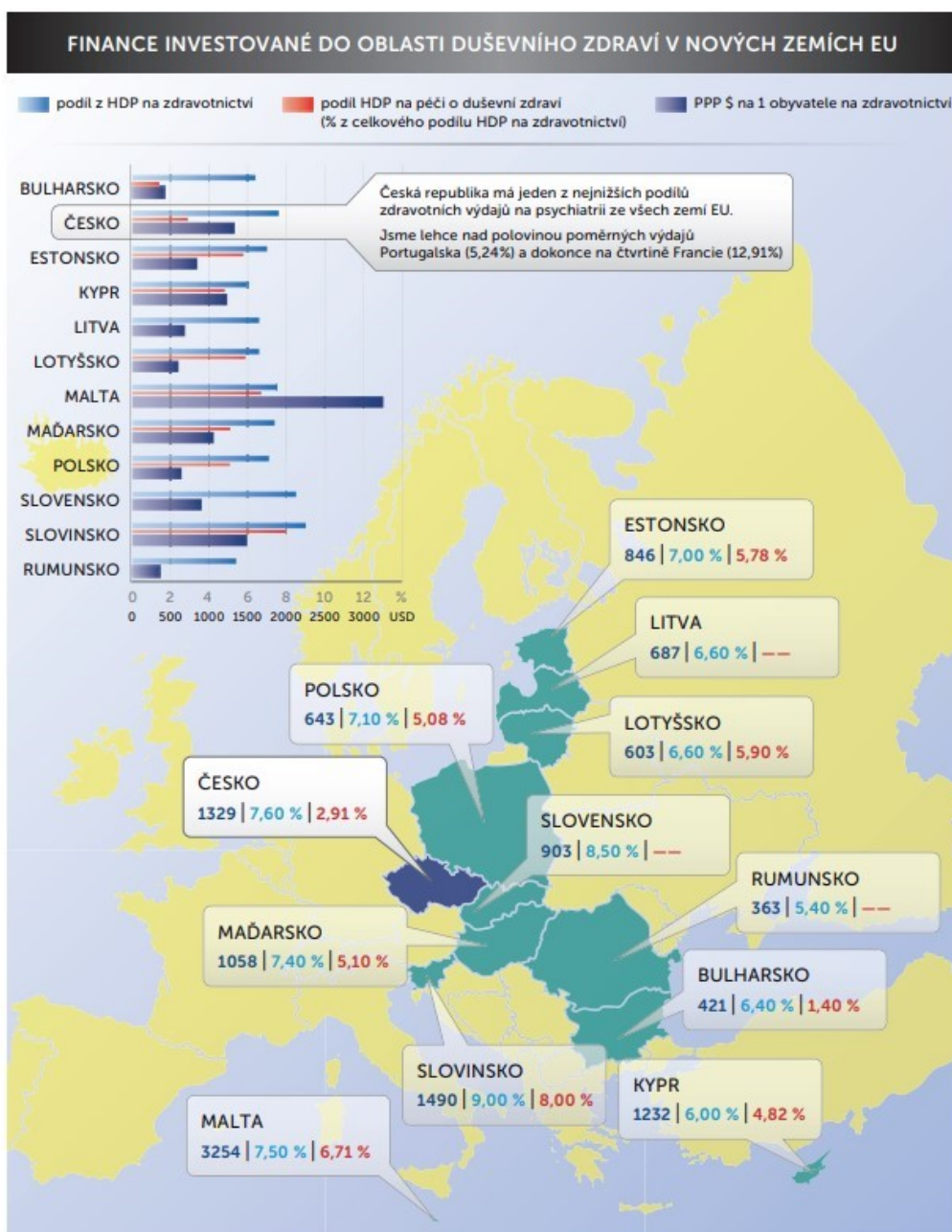
Možným řešením pro klienty s duševním onemocněním je přístup case managementu, kde v rámci multidisciplinárního týmu pracují odborníci v rámci zdravotních a sociálních služeb, kteří řeší biopsychosociální potřeby klienta.

---

<sup>139</sup> Jirí Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>140</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2018)

Obr. 5 Finance investované do oblasti duševního zdraví v nových zemích EU



Zdroj: WHO (2011) in Winkler et al (2013)



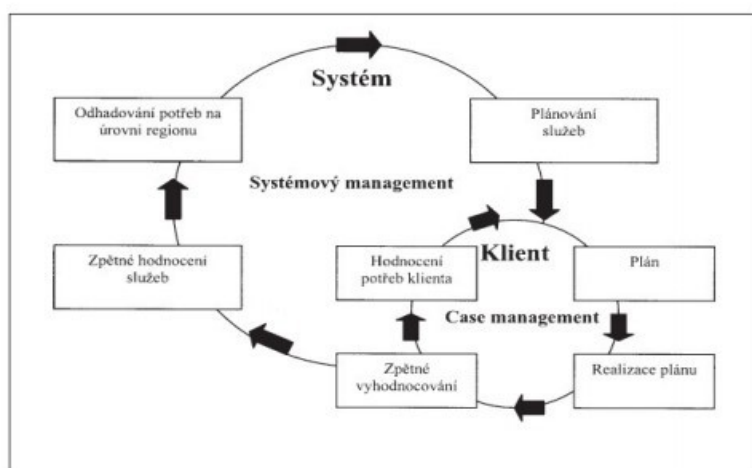
## 5. Case management

Case management, v českém prostředí znám také pod označením „případové vedení“<sup>141</sup>, je jednou z metod péče o osoby s duševním onemocněním, která je v současnosti v sociálních službách využívána. Její vývoj a rozšíření bylo značně ovlivněno „trendem“ deinstitutionalizace komunitní péče a potřebou propojení a návaznosti poskytovaných služeb, které začaly být klientům poskytovány bez záštity jedné instituce.<sup>142</sup>

Case management můžeme pojímat jednak jako nástroj pro koordinaci hodnocení kvality služeb (systémový case management), dále způsob organizace služby (case managementové týmy) a v neposlední řadě jako konkrétní postupy pro práci s lidmi, kteří potřebují podporu v mnoha životních oblastech (case management jako metoda práce s jednotlivcem). Původně byl vyvinut pro cílovou skupinu osob s těžkým duševním onemocněním, ale může být stejně dobře využíván i pro jiné cílové skupiny, jako jsou lidé bez domova, lidé dlouhodobě nemocní, lidé po výkonu trestu, lidé se závislostmi apod.<sup>143</sup>

Základními prvky case managementu jsou: přehled o potřebách a schopnostech klienta, plánování péče, uskutečňování tohoto plánu, monitorování dosaženého pokroku, společné vyhodnocení výsledků všech, kteří se na plánu a jeho realizaci podíleli.<sup>144</sup> Case management může být uskutečňován ve dvou základních rovinách – V rovině práce s jednotlivcem a v rovině systému služeb. Propojenost obou oblastí znázorňuje následující schéma.

Obr. 6 Roviny Case managementu



Zdroj: Stuchlík (2001)

<sup>141</sup> Jan Stuchlík (2001)

<sup>142</sup> Oldřich Matoušek a kol. (2010)

<sup>143</sup> Jan Stuchlík in Pěč, Probstová (2009)

<sup>144</sup> Jan Stuchlík (2001)

Case management vznikl na základě potřeby reorganizovat systém péče o duševně nemocné v době, kdy se otevírá proces deinstitutionalizace. Svůj původ má v USA (70. léta 20. stol). Poté navazují programy v Anglii a Nizozemí (zde se snahy o komplexní péči o duševně nemocné rozvíjely už ve 30. letech, ale navázáno na ně bylo až v letech osmdesátých). Těžiště práce s klientem bylo přeneseno z velkých institucí do komunity, a to vedlo ke zvýšení nároků na komunitní služby, které byly a stále jsou náchylné k řadě problémů, např. tříštění a nízká provázanost služeb, přeceňování jedné oblasti rehabilitace a nedocnění druhé, nedostatečné zapojení neprofesionálů, nedostatečná podpora klientů s mnoha problémy apod.<sup>145</sup>

Case manager je klíčovou osobou pro klienta i pro celý systém a v tomto kontextu zastává několik rolí. Je osoba, která vyhledává a kontaktuje klienta, terapeut nebo poradce, osoba, která má přehled o klientových potřebách, schopnostech a omezeních, osoba, která je zodpovědná za plánování, realizaci, monitorování a vyhodnocování spolupráce s klientem, obhájce zájmů a práv klientů, koordinátor, zprostředkovatel, případně nákupčí služeb pro klienta. Tito pracovníci mohou být zapojeni v týmu, tak aby byla zajištěna jejich zastupitelnost a nepřetržitost péče. V českých podmínkách funkci case managera obvykle vykonává sociální pracovník.<sup>146</sup>

K zásadám case managementu patří především zaměření na zdravé stránky klienta, vztah klient-case manager je důležitější než plán intervencí, intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí, ovšem zůstávají asertivní (služby samy vyhledávají, oslovují klienty, nabízejí pomoc), využití zdrojů v komunitě a samozřejmě ochrana práv klientů.

## 5.1. Case management jako týmová práce

Case management není jen účinným nástrojem pro jednotlivce, ale může být realizován také v rámci týmu zahrnující širší či užší spektrum odborníků. Ti poskytují klientům komplexní podpůrnou síť, tak aby byli schopni odpovídat na požadavky prostředí. Case management tedy můžeme chápat jako způsob uspořádání a vedení služby case managementového týmu. „*Tým je praktickou strukturou pro každodenní práci, v níž mohou case manageři využívat zdroje znalostí, dovedností a zkušeností, které izolovaný pracovník nemá nikdy k dispozici. Společná kancelář a společné sezení dvakrát týdně tedy ještě nevytváří sdílenou zkušenost týmu.*“ (Stuchlík, 2001, s. 40).

V plně řízeném týmu je určen koordinátor (vedoucí) týmu kontrolující práci členů týmu, určující jejich činnosti, oceňující jejich úspěchy a hodnotící jejich výkon i disciplínu. Klienti jsou

---

<sup>145</sup> Jan Stuchlík (2001)

<sup>146</sup> Jan Stuchlík (2001), Kateřina Haasová (2008)

skrze vedoucího přerzdělování k jednotlivým case managerům. Konečná odpovědnost je na vedoucím. Koordinovaný tým se sdíleným vedením se vyznačuje tím, že každý člen týmu je podřízen odbornému vedoucímu, který zodpovídá za profesní supervizi a odbornou praxi a jednak koordinátorovi týmu zodpovědnému za práci týmu jako celku. Vedoucím (koordinátorem) týmu je v tomto případě jeden z case managerů. Složení týmu se odvíjí od potřeb klientů a služeb, které tým zajišťuje (ostatní mohou být zprostředkovány jinými týmy či samostatně fungujícími odborníky). Case management je ovšem poměrně náročná metoda, a tak i týmy vyžadují dostatečný počet case managerů s adekvátními znalostmi a dovednostmi. Multidisciplinární tým by měl vzhledem ke specifickým potřebám cílové skupiny zaměstnávat také lékaře, zdravotní sestru (s konkrétním zaměřením), psychologa, pracovního terapeuta (ergoterapeuta), případně fyzioterapeuta, pedagoga apod. S ohledem na finanční možnosti je pak vhodné doplnit tým o administrátora.<sup>147</sup>

Katzenbach a Smith (1993) definují tým jako skupinu lidí se vzájemně se doplňujícími dovednostmi, kteří jsou oddáni společnému účelu, pracovním cílům a přístupu k práci, za něž jsou vzájemně odpovědni.

Zásady a postupy tohoto přístupu jsou využitelné pro mnoho cílových skupin. Case management umožňuje osobám se zvýšenou psychosociální zranitelností žít důstojný život v prostředí, které si sami vybrali a způsobem, který je pro ně samotné uspokojující. Case management je však také nástrojem na odhalování potřeb klientů v regionu, plánování a vyhodnocování fungování služeb, tak aby byla péče na místní úrovni návazná, koordinovaná, finančně efektivní a poskytovala podmínky pro poskytování kvalitních služeb.<sup>148</sup>

Sektorem, který začal v ČR nejdříve aktivně zavádět case management, byla péče o osoby s duševním onemocněním. Prvními case managery byly zdravotní sestry, tento model ale nevedl k očekávanému snížení počtu hospitalizací u cílové populace<sup>149</sup>. S postupným rozvojem sociálních služeb se většina center pro duševně nemocné provozovaných neziskovými organizacemi registrovala jako služby sociální rehabilitace a do rolí case managerů byli obsazeni sociální pracovníci. Tato změna již vedla ke kým výsledkům a organizace jako Fokus, Péče o duševní zdraví, Práh a další stále více zavádějí case management v rámci terénních týmů, které poskytují péči lidem s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí, se zapojením jejich rodiny, a propojují klienty s potřebnými službami v místě jejich bydliště. Níže uvádíme některé další moderní přístupy v péči o duševně nemocné.

---

<sup>147</sup> Ivana Kaniová (2013)

<sup>148</sup> Ivana Kaniová (2013)

<sup>149</sup> Jan Stuchlík (2013)

## 6. CARE moderní přístup

Comprehensive Approach to Rehabilitation je celý název psychosociálního rehabilitačního přístupu, který je často označován zkráceně jako CARE. Jeho autory jsou Dirk den Hollander a Jean-Pierre Wilken, kteří přístup zavedli nejprve v Nizozemsku, odkud se však postupně rozšířil po celém světě. Metoda se stále rozvíjí a je ji možné uplatnit u širokého spektra cílových skupin, do kterého patří i osoby s vážným duševním onemocněním. Hlavním cílem metody je zlepšení kvality života klienta a jeho začlenění do komunity.<sup>150</sup>

Autoři přístupu akcentují v péči propojený vztah tří „stran“ – triády, která je tvořena klientem, pracovníkem pomáhající profese a důležitými osobami z klientova zázemí. Je žádoucí, aby mezi těmito stranami v průběhu péče vznikl konstruktivní „trialog“, který umožní podporu a motivaci klienta v průběhu péče. Ve vztahu pracovníka a klienta je obzvlášť důležité vytvoření pevného vztahu založeného na vzájemné důvěře a porozumění.<sup>151</sup>

Model CARE staví svou filozofii na principu Recovery (Zotavení), zaměření se na silné stránky jedince a na jedinečnosti každého člověka – to znamená vnímání klienta tady a teď s jeho přáními, schopnostmi a obavami a odklonění se od diagnózy jako hlavního hodnotícího kritéria. Jednou z hlavních zásad je zaměření se na klientova přání a cíle. Pomocí vytvoření klientova „Osobního plánu“ je možné určit nejdůležitější dlouhodobá přání či cíle a krátkodobější menší kroky, které pomohou k jejich naplnění. Osobní profil rovněž monitoruje klientovy silné a slabé stránky či jedincovy zdroje, přináší informaci o jedincově životě a sociálním prostředí. Dosažení jednotlivých menších cílů podporuje sebepojetí a motivaci jedince k postupnému přibližování se naplnění největšího přání.<sup>152</sup>

Metodika je použitelná jak v lůžkových zařízeních, tak i v komunitních službách, a může tedy sloužit jako univerzální pracovní metoda při dlouhodobé práci s lidmi s vážným duševním onemocněním, která umožní hladký prostup jedince celým systémem péče i díky reflektované zkušenosti s tímto typem práce v českých podmínkách.<sup>153</sup>

Zásadní je budování a udržování rovnocenného vztahu s člověkem, pomoc při formulaci jeho přání, pomoc při rozhodování, při plánování a uplatňování jeho schopností v činnostech či prostředí dle jeho výběru.<sup>154</sup>

---

<sup>150</sup> CARE Česká republika (2017)

<sup>151</sup> Jean-Pierre Wilken, Dirk den Hollander (1999)

<sup>152</sup> Marek Páv a kol. (2017)

<sup>153</sup> Ondřej Pěč, Václava Probstová (2009)

<sup>154</sup> Marek Páv, Jana Pluhaříková Pomajzlová, Jana Šťastná (2017)

## 7. Model ACT a FACT

ACT – asertivní komunitní léčba (*Assertive Community Treatment*) je původně americký přístup, který se vyznačuje orientací na komunitní péči a byl vyvinut jako reakce na uzavírání psychiatrických léčeben po roce 1970. Vyznačuje se tím, že se komunitní tým společně snaží udržet klienta v síti dostupných služeb, zamezit jeho hospitalizaci a zároveň se snaží podpořit ho v dosahování lepších sociálních vazeb, sociálního fungování a celkového zlepšení kvality života.<sup>155</sup>

Multidisciplinární tým o 10 plných úvazcích, který pracuje na bázi modelu ACT, je zdrojem podpory a pomoci klientovi orientovat se v dostupných komunitních službách, které mu zároveň poskytuje. Často se stává jeho „průvodcem“ a asertivním způsobem ho vede k dosažení údravy v jeho přirozeném prostředí. Zahraniční studie dokázala,<sup>156</sup> že model péče ACT byl v porovnání se standardní komunitní péčí efektivnější, zejména pak v oblastech prevence hospitalizace, bydlení, práce nebo například celkové spokojenosti pacienta. Tento tým intervenuje především v terénu a zajišťuje dlouhodobou péči klientům, a to přibližně jednomu stu, kterým by mohla hrozit hospitalizace, zanedbání péče nebo až bezdomovectví. Všichni členové týmu mají přehled o všech klientech, které mají v péči.<sup>157</sup>

FACT neboli Flexibilní asertivní léčba je vlastně kombinací dvou typů case managementu, a to Asertivní komunitní léčby (ACT) a individuálního case managementu. Zakladatelé ACTu Leonard Stein a Mary Ann Testová a Arnold Marx zde v 70. letech dvacátého století vyvinuli systematicky nový typ služby, kterému se také někdy říká „nemocnice beze zdí“. Cílem bylo poskytnout pacientům propuštěným z nemocniční léčby natolik intenzivní a efektivní podporu v komunitě, aby u nich nedocházelo k sociálnímu či zdravotnímu propadu a nemuseli se opakovaně do psychiatrické nemocnice vracet. Model FACT je vlastně „jen“ velmi dobře promyšleným a propracovaným propojením těchto dvou známých typů case managementu. FACT vyvinuli Remmers van Veldhuizen a Michiel Bähler v Alkmaru v roce 2003.<sup>158</sup>

FACT originálně spojuje dva modely case managementu: asertivní komunitní péči a individuální case management. Jedná se o propojení v rámci jednoho multidisciplinárního týmu. Klienti jsou běžně v kontaktu s jedním case managerem, se kterým se scházejí, pracují na svých rehabilitačních cílech. Jestliže nastane krizová situace či složité období, změní se péče na „asertivní režim“, kdy je klient pravidelně navštěvován více členy týmu a cílem je bezpečně proplout krizí. Po jejím odeznění je obvykle možné vrátit se zpět k více individuální práci.<sup>159</sup>

---

<sup>155</sup> Max Marshall, Lockwood (2011)

<sup>156</sup> Max Marshall, Lockwood (2011)

<sup>157</sup> Michiel Bähler, Remmer van Veldhuizen (2013)

<sup>158</sup> Fokus (2017)

<sup>159</sup> Fokus (2017)

FACT je široký biopsychosociální model, který nabízí:

- a) pomoc se zvládáním nemoci a jejích symptomů (léčbu),
- b) vedení a praktickou pomoc v každodenním životě,
- c) rehabilitaci
- d) podporu zotavení.

To vše klientovi dokáže poskytnout jeden ucelený tým. FACT se zaměřuje na zajištění kontinuity péče, předcházení hospitalizací a na podporu inkluze, tedy lepšího začleňování klientů do společnosti. FACT týmy poskytují dlouhodobou péči lidem s vážným duševním onemocněním (SMI), kteří nejsou hospitalizováni v psychiatrických léčebnách. Tito lidé mají kromě psychiatrických obtíží i mnohá další omezení v sociální oblasti, například problémy spojené s bydlením, se sebeobsluhou, zaměstnáním a finančním zajištěním. Je pro ně obtížné začlenit se do společnosti, někam „patřit“. Často mají značně omezený okruh společenských kontaktů a podpory. Velmi důležitá je v takových případech rodina, ale ne vždy je snadné ji pro spolupráci získat.<sup>160</sup>

Důležitým prvkem FACTu je terénní práce. Ta představuje asi 80 % všech kontaktů case managerů a peer konzultantů. Setkávání mimo ambulantní prostředí služeb mění vztah tým — klient, umožňuje lépe mapovat silné stránky klienta a také se přirozeně dostat do kontaktu s klientovým sociálním okolím. FACT týmy působí v Holandsku jako silný systémový prvek zodpovědný za služby v komunitě spádové oblasti. Důležité je úzké napojení na lůžková psychiatrická oddělení. FACT funguje jako běžná služba od pondělí do pátku. Krizové situace v nočních hodinách a víkendy jsou pokryty právě pracovníky psychiatrického oddělení. Tato návaznost také umožňuje propojit péči během hospitalizace. FACT tým hospitalizaci zprostředkuje poté, co vyčerpá možnosti řešení situace v prostředí komunity. Dojde-li k hospitalizaci v noci nebo o víkendu, je o ní tým vždy automaticky informován a pokračuje ve spolupráci s klientem.<sup>161</sup>

Multidisciplinární tým dokáže „přepínat“ mezi dvěma režimy poskytování péče:

1. Individuální case management poskytovaný jedním pracovníkem
2. Intenzivní týmová péče (ACT), při níž je klient v kontaktu s několika členy týmu současně; tito klienti jsou zapsáni na FACT board, tým se o nich denně radí a společně rozhoduje, jakou formu péče pro ně zvolit a kdo z členů týmu si je vezme na starost.<sup>162</sup>

V obou případech je péče zajišťována u klienta doma. Vychází tedy z individuálních potřeb klienta a je osobnější. Lze například lépe využívat zdroje pomoci v rodině či možnosti v klientově

---

<sup>160</sup> Michiel Bähler, Remmer van Veldhuizen (2013)

<sup>161</sup> Fokus (2017)

<sup>162</sup> Fokus (2017)

nejbližším okolí. U většiny klientů postačuje individuální podpora. Pokud však dojde k návratu psychózy (nebo se objeví první náznaky), pokud hrozí hospitalizace nebo daný člověk z jakéhokoli jiného důvodu potřebuje zvláštní pozornost, péče o něj se zintenzivní. Toto období může být dlouhodobější, ale také krátkodobé. Jakmile krize pomine, tým se opět navrácí do režimu běžné individuální péče. Tyto flexibilní přechody z jednoho režimu do druhého reagují podle potřeby na přirozený průběh závažného duševního onemocnění, u nějž běžně dochází ke střídání remisí a relapsů.<sup>163</sup>

FACT dále rozvíjí již existující model Assertive Community Treatment (ACT), který vypracovali Leonard Stein s Mary Ann Testovou (Test – Stein 1978) ve Spojených státech. Ten se zaměřoval na 20 % nejohroženějších pacientů s dlouhodobým vážným duševním onemocněním (SMI). Mezi nimi bylo vysoké zastoupení osob s psychotickými poruchami, většinou spojenými s užíváním návykových látek (duální diagnózy). Mnoho z nich mělo za sebou hospitalizace (někdy i dlouhodobé) a byli zachyceni v „otáčivých dveřích“ mezi léčebnou a komunitní péčí. Mnozí z nich měli také velké finanční obtíže a problémy s bydlením. Často měli jen minimální kontakt s rodinou a příbuznými. Péče o zbývajících 80 % dlouhodobě vážně duševně nemocných ACT model podrobněji neřešil, ale vycházel z toho, že ji měly zajišťovat jiné, méně intenzivní služby.<sup>164</sup>

V modelu FACT provádějí všechny potřebné úkony členové týmu. Služeb externích týmů či agentur by se mělo využívat jen v nejnnutnějších případech. Proto se FACT tým označuje jako „integrovaný“. Toto pojetí vychází ze zkušeností nasbíraných v devadesátých letech 20. století ve Spojených státech: ukázalo se totiž, že tzv. „zprostředkovatelský model“, v němž case manager sjednává jednotlivým klientům pomoc z různých zdrojů, není tak efektivní jako práce jediného integrovaného týmu.<sup>165</sup>

Péči podle pravidel „sedmi C“ může klientovi poskytnout jen integrovaný, multidisciplinární tým. Psychiatr, ošetrovatel, sociální pracovník, psycholog, IPS pracovník a peer pracovník mají každý svou odbornost a svůj úhel pohledu. Protože pracují společně a denně se setkávají, vytvoří si také společnou vizi a styl práce. Jednotlivé disciplíny představují různé druhy řešení každodenních problémů; na ranní poradě tým probere možné postupy ve vzájemných souvislostech a rozhodne, v jakém pořadí budou jednotlivé úkoly provedeny.<sup>166</sup>

FACT model se inspiroval přístupem ACT a modelem silných stránek a domácí návštěvy klientů používá jako standardní postup, jak v krizových případech, tak i pro dlouhodobé

---

<sup>163</sup> Michiel Bähler, Remmer van Veldhuizen (2013)

<sup>164</sup> Michiel Bähler, Remmer van Veldhuizen (2013)

<sup>165</sup> Michiel Bähler, Remmer van Veldhuizen (2013)

<sup>166</sup> Michiel Bähler, Remmer van Veldhuizen (2013)

individuální monitorování klientů, kteří jsou stabilizovaní. Ukázalo se, že to má pozitivní vliv na vzájemný vztah mezi poskytovateli péče a klienty.<sup>167</sup>

Obr. 7 Sedm „C“

<b>Sedm C:</b>		<b>Potřeby v péči o lidi ze skupiny SMI, která je poskytována mimo lůžková oddělení (v komunitní péči)</b>
<b>1</b>	Cure (Léčba)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Léčba založená na důkazech, zaměřená na úzdravu, stabilizaci stavu či jeho zlepšení na přijatelnou míru, v souladu s mezinárodně uznávanou multidisciplinární metodikou</li> <li>• Zdravotní péče poskytovaná lékaři a sestrami</li> <li>• Péče psychologa (kognitivně-behaviorální terapie, metakognitivní terapie, EMDR<sup>6</sup> a další)</li> <li>• Léčba závislostí, IDDT<sup>7</sup></li> <li>• Somatický screening / léčba (metabolický screening)</li> </ul>
<b>2</b>	Care (Péče)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Každodenní podpora, vedení</li> <li>• Ošetřovatelská péče, pomoc v běžném životě, prevence zanedbání péče o sebe a důraz na hygienu</li> <li>• Psychosociální rehabilitace</li> <li>• Péče orientovaná na zotavení</li> <li>• Kontinuita péče: předcházení „vypadnutí ze systému“</li> </ul>
<b>3</b>	Crisis intervention (Krizová intervence)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenzivní dohled a péče v klientově domácím prostředí, sdílení případů</li> <li>• Nepřetržitá dostupnost (24 hodin denně, 7 dní v týdnu)</li> <li>• Krizová intervence, vyhodnocování rizik</li> <li>• Nouzová, krátkodobá hospitalizace, „lůžko na vyžádání“</li> <li>• Zapojení rodiny / podpory z prostředí klienta</li> </ul>
<b>4</b>	Client expertise (Odbornost samotného klienta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Využití vlastní zkušenosti klienta</li> <li>• Sdílené rozhodování (shared decision-making – SDM)</li> <li>• Péče orientovaná na zotavení</li> <li>• Zplnomocňování (model silných stránek)</li> <li>• Pomoc peer pracovníka</li> </ul>
<b>5</b>	Community support (Komunitní podpora)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodinné vazby</li> <li>• Systém komunitní podpory</li> <li>• Podpora bydlení, práce a udržení celkové pohody</li> <li>• IPS: individuální podpora při hledání a udržení zaměstnání</li> <li>• Podpora zapojování klientů</li> <li>• Předcházení problémovým situacím</li> </ul>
<b>6</b>	Control (Dohled)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vyhodnocování rizik a zajištění bezpečnosti pro klienta i jeho okolí</li> <li>• Doporučování a realizace úkonů zdravotní péče ze soudního příkazu v případě hrozícího nebezpečí</li> <li>• Případně forenzní péče (na základě rozhodnutí soudu)</li> </ul>
<b>7</b>	Check (Kontrola)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluace účinnosti léčby</li> <li>• Pravidelné monitorování výsledků</li> <li>• Vyhodnocování strategie péče a léčby</li> <li>• Certifikace</li> </ul>

Zdroj: Michiel Bähler, Remmer van Veldhuizen (2013)

Těchto „sedm C“ představuje poměrně náročný soubor požadavků. Tým musí být v kterémkoli okamžiku zajistit kteroukoliv intervenci. Intervence však nikdy nejsou u jednoho klienta potřebné všechny současně. Každý klient má svůj vlastní léčebný plán, v němž jsou různé

<sup>167</sup> Michiel Bähler, Remmer van Veldhuizen (2013)



složky tohoto přehledu zastoupeny v různém poměru, na základě dohody pracovníků týmu se samotným klientem. Tomuto rozhodnutí předchází hodnocení potřeb, koordinace a plánování.<sup>168</sup>

FACT model je výborně srozumitelný organizační rámec pro komunitní multidisciplinární službu. Jeho předností je regionální zakotvení a účinné propojení s akutní psychiatrickou péčí. Na rozdíl od ACT modelu je FACT levnější, a tedy využitelný i v zemích střední a východní Evropy. FACT je úsporný a snaží se využívat stávající zdroje v komunitě, včetně lůžkové péče. Nejsilnější stránkou je zřejmě umožnění kontinuity podpory v krizových či zátěžových situacích. Je to rámec, do kterého je možné přinášet nové obsahy, podle potřeb cílové skupiny. Stejně tak, jako se stali součástí týmu peer konzultanti a specialisté na zaměstnávání na otevřeném trhu práce (IPS) je možné tým doplňovat dalšími členy nebo kompetencemi. Žádný model není ovšem možné přijímat absolutně. Je vždy důležité vnímat kontext a institucionální rámec země, ve kterém vznikl. V ČR, která disponuje řadou vysoce kvalitních sociálních komunitních služeb, by nemělo smysl kopírovat převládající zdravotnické obsazení týmu.<sup>169</sup>

V ČR se stal FACT model od roku 2012 jedním z nejvýznamnějších inspiračních zdrojů rozvoje terénních multidisciplinárních týmů. Projevilo se to ve standardu Center duševního zdraví, která přejímají z FACTu většinu principů i stavebních prvků. Jako přínosné se v ČR ukazuje zapojování peer konzultantů do týmů, důraz na prevalenci terénní práce i využívání FACT tabule. V roce 2016 se celkem 26 týmů z celé ČR účastní projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, jehož cílem je vyzkoušet ve spolupráci s holandskými experty hodnocení podle FACT věrnostní škály a zavést konkrétní pracovní postupy FACTu do praxe.<sup>170</sup>

Tento přístup propaguje péči o člověka s duševním onemocněním, hlavní úspěch v jeho sociálním prostředí, které podporuje autonomií člověka a důstojnost.

---

<sup>168</sup> Michiel Bähler (2013)

<sup>169</sup> Fokus (2017)

<sup>170</sup> Fokus (2017)

## 8. Sociální prostředí

Pro člověka je nezbytné být v určitém sociálním prostředí. Člověk je sociálním prostředím ovlivňován, a plní i určité role ve společnosti, které jsou od něj očekávány. Je nezbytné, aby se naučil určitým základním kulturním návykům, zvyklostem a schopnostem rozlišovat určité orální normy, které určují naše jednání a brání nevhodnému chování ve společnosti.

Člověk, který bývá odlišný, je problematicky společností přijímán a je celkem jedno, zda je to z důvodů jiného etnika nebo odlišného duševního zdraví. Ten jedinec, který se odlišuje od ostatní většiny, vyvolává určitou nejistotu a bývá ze společnosti vyloučen.

Pro člověka je rodina nejdůležitější sociální skupinou, ve které tráví svůj život. Důležité je, aby rodina žila v harmonickém uspořádání a zprostředkovávala jedince kontakt se sociálním prostředím, na jejímž základě se následně utvářejí rozmanité vztahy. V raném vývojovém období má rodina na dítě největší vliv, protože dítě rodiče napodobuje. Je to jejich jediný vzor, se kterým se dítě setkává. Chyby v rodině se můžou projevit zanedbáním ve výchově, rodina může dítě učit rolím, hodnotám a normám, které většina společnosti považuje za nežádoucí. Z takové rodiny přicházejí do společnosti osoby, které neposuzují svět jako lidé kolem nich a tito jedinci se ve společnosti chovají jinak, než se od nich očekává a pro společnost se stávají nežádoucími.<sup>171</sup>

Hlavním a také nejdůležitějším činitelem duševního života každého člověka, kromě rodiny, je sociální prostředí, ať už je to školka nebo škola v dětském a adolescentním věku. V dospělosti jsou to různé společenské skupiny, z nich nejdůležitější roli hraje prostředí pracovní. Do společenského života vstupuje člověk se svými vnitřními dispozicemi. Vnitřní a vnější podmínky se stávají základními předpoklady jeho lidské existence a zároveň i podmínkami jeho dalšího seberozvoje.<sup>172</sup>

Existují různé okolnosti, které mohou směřovat ke zhoršení duševního zdraví. Můžeme mezi ně zařadit bydlení, vzdělání, zaměstnání, přístup ke službám, socioekonomické prostředí, a další faktory. Wilkinson a Marmot (2003) poukazují na fakt, že lidé umístění nízko na sociálním řebříčku mají dvojnásobné riziko závažného onemocnění a také předčasně umírají oproti lidem postaveným ve vyšší sociální hierarchii. Zároveň se projevuje trend, kdy různá znevýhodnění v různých sociálních determinantách mají tendenci se objevovat u stejných lidí. To znamená, že čím déle se lidé pohybují ve stresujících sociálních a ekonomických podmínkách, tím hrozí větší riziko duševního a tělesného trápení a snižuje se jim šance na šťastný a zdravý život ve stáří.<sup>173</sup>

---

<sup>171</sup> Marie Vágnerová (2000)

<sup>172</sup> Jaroslav Řezáč (1998)

<sup>173</sup> Richard Wilkinson, Michael Marmot (2003)

Nevyužití, nedocení, přeceňování schopností a dovedností zaměstnanců, ale i vedoucích pracovníků či zaměstnavatelů vede k pracovnímu stresu a jak ke zdravotním, tak i psychickým problémům. V organizacích, v nichž nejsou dobré pracovní podmínky, je větší migrace zaměstnanců a více pracovních neschopností.

Každé změny v životě jedince mohou ovlivnit jeho zdravotní stav. Rovněž se ukazuje, že lidé, kteří byli v minulosti znevýhodněni v jistých aspektech, tak je u nich větší riziko, že dojde ke zdravotním a duševním potížím. Politika by se tak měla snažit poskytovat jistá záchranná vodítka a lidem dříve znevýhodněním nabízet způsoby, jak se dostat zpátky do sedla.

Matoušek (2003) vidí jako přirozený systém podpory rodinu, síť přátel a známých, místní komunitu, zaměstnavatele a stát reprezentovaný státními institucemi a organizacemi. Opora působí ve společnosti, v komunitě i u jednotlivců. Wilkinson a Marmot (2003) uvádí, že sociální izolace a vyloučení, ovlivňují předčasná úmrtí a nižší pravděpodobnost přežití po srdečním záchvatu. Osoby, které jsou vyloučeny ze společnosti a komunikace s nejbližšími, strádají, často trpí depresemi, mají méně psychické pohody a trpí i chronickými nemocemi. Kvalita vztahů ovlivňuje a špatná kvalita vztahů zhoršuje duševní a tělesné zdraví.

Současná politika by se měla těmito fakty zabývat, a to především z toho důvodu, aby zajistil ve společnosti jisté standardy ve zdraví, ale především jde o otázky sociální spravedlnosti, kterým musí čelit moderní společnost. Jde především o to, že život jedince představuje trajektorii, na které se nachází mnoho kritických a náročných „přechodů“ (jako přechod ze školy do zaměstnání, začátek vlastního bydlení, založení rodiny, změna zaměstnání, odchod do důchodu).

Sociální sounáležitost je posilována ve společnostech s dobře pracujícími institucemi a možností rozvíjení občanské společnosti. Důležité je vědomí morálních závazků vůči kolektivu a pocit sociální prospěšnosti. Když se lidé mohou podílet na činnosti společenských organizací a zapojovat do společenských aktivit znamená to i snižování příjmové nerovnosti. Společnosti, které tíhnou k posilování rovnosti občanů, mají rychlejší tempo ekonomického růstu a vyšší úroveň zdraví.<sup>174</sup>

---

<sup>174</sup> Bohumil Fišer (2000)

## 9. Vymezení problému průzkumu

Podkladem pro diplomovou práci kvalitativní data získaná z Kulatých stolů (viz příloha), dotazníků distribuovaných do jednotlivých krajů ČR v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (Registrační číslo projektu CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213), kde jsem byl součástí týmu, který zpracovával výsledky pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, doplněných údaji získaných z výpovědí respondentů.

Použitou metodikou byly výstupy z Kulatých stolů, což je jedna z nejtradičnějších a nejobvyklejších metod skupinové diskuze. Klíčovým principem je rovnost diskutujících (symbolicky zakotvená v kruhu). Té by mělo být dosaženo jak uspořádáním diskutujících, tak rovnovážným vedením diskuze zkušeným moderátorem nebo facilitátorem. Cílem Kulatých stolů bude vést multidisciplinární dialog mezi odbornou a laickou veřejností (odborníci, uživatelé, neformální pečovatelé dalších aktérů) zaměřený zejména na oblast kvality péče a dále zjišťování bariér mezi zdravotním a sociálním systémem v rámci zjišťování potřeb uživatelů s duševní poruchou.

Určeno pro skupinu do 20 účastníků.

Čas trvání Kulatých stolů: 2-3 hodiny.

Harmonogram konání Kulatých stolů: květen – prosinec 2018.

Účastníci jsou vybráni organizátorem Kulatého stolu.

### **Cílová skupina**

Diskutující budou reprezentovat různé názorové skupiny, které mají k projednávanému tématu bližší vztah. Budou to experti, odborníci v oboru, názorové skupiny, reprezentanti zájmových skupin a klienti/uživatelé zdravotně sociálních služeb.

### **Cílové skupiny dle rozdělení psychiatrie (kulaté stoly):**

1. Problematika péče o duševní zdraví u dospělé populace / problematika péče o duševní zdraví onemocnění ve stáří
2. Problematika péče o duševní zdraví dětí
3. Problematika péče závislostí

V našem kvalitativním výzkumu Kulaté stole v rámci všech krajů byly vybrány dva kraje, a to Hlavní město Praha a Ústecký kraj. Celkem bylo definováno 5 okruhů otázek se dvěma podotázkami. V našem průzkumu jsme s ohledem na multidisciplinární přístup použili otázky pouze dvě. Z některých krajů ČR nebyly bohužel zodpovězeny všechny otázky, u některých byly

zaznamenány odpovědi všech účastníků Kulatých stolů. Analyzoval jsem výsledky kvalitativního výzkumu. Autentické odpovědi budou analyzovány spolu s plánovanou reformou.

## 9.1. Okruhy otázek

1. Služby (zdravotní, sociální), jejich kvalita, dostupnost
  - a) *Jaké jsou Vaše zkušenosti s dostupností a kvalitou poskytovaných zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním?*
  - b) *Jaké jsou Vaše zkušenosti s dostupností a kvalitou poskytovaných sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním?*
2. Komplexní poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek včetně koordinace služeb
  - a) *Jak byste hodnotili koordinaci poskytovaných zdravotních služeb mezi lůžkovou a ambulantní péčí?*
  - b) *Jak byste hodnotili vzájemnou koordinaci mezi jednotlivými aktéry poskytující zdravotní a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním?*

## 9.2. Informace k otázkám

Hodnotu duševního zdraví u jednotlivých osob můžeme zjišťovat buď na základě statistických údajů, dotazníku nebo diagnostických rozhovorů. Statistické šetření se na základě dostupných dat snaží najít informace k určitému problému, kterým se v dané statistice zabývá. Ale nejčastěji se ke sběru dat využívá dotazník. Dotazovanému jsou pokládány otázky a jejich následné zpracování je mnohem jednodušší než u rozhovoru. Nevýhodou je, že u některých otázek, kde nejsou otevřené odpovědi, nemusejí odpovědi, které jsou navrženy, respondentovi vyhovovat.

## 9.3. Zkušenosti pacientů / klientů

### Otázka 1: **Služby (zdravotní, sociální), jejich kvalita, dostupnost**

*Odpověď pacientky/klientky (Ústecký kraj):* Já bych ráda navázala příkladem ze svého života, vlastně byla jsem na detenční léčbě ve vojenské nemocnici, jenomže nikdo mi nebyl schopen vysvětlit, co detenční léčba znamená, což je docela zásadní problém, protože si myslím, že je určitě potřeba, aby uživatel ať už sociální nebo zdravotní služby byl obeznámen s tím, co může, co nesmí, co by měl a je to hrozně důležitý, protože ten uživatel, který sám o sobě, by vlastně při tom pozmeněným stavu vědomí a do toho ještě vůbec neví, na čem je, tak mu to vlastně vůbec

nepomáhá, neukotvuje ho to v té jeho vlastní pozici. Protož já vlastně byla jsem na detenci, tím pádem jsem nemohla podepsat revers, ale nikdo mi nevysvětlil, co to znamená, vůbec jsem to netušila, doteď to nevím, proč mě na tu detenci vzali, doteď to nevím. Takže já si myslím, že to je hrozně důležitý, aby uživatel byl opravdu seznámen s tím, co může, nesmí, na co má nárok, jaký má práva, povinnosti, zájmy. Aby vlastně on jako ten hlavní důvod, proč se to všechno děje, věděl, o co vlastně jde.

*Odpověď pacienta/klienta (Ústecký kraj):* Nedostatek bezplatné psychologické služby (většinou jde o placenou službu, která je finančně nedostupná pro většinu osob – nízké důchody). Posílení posudkových komisí o lékaře s odborností psychiatrie, často lékařské zprávy ambulantního psychiatra musí být "vylepšeny", aby byl požadavek na stupeň invalidity zachován. Nastávají situace zhoršení zdravotního stavu, hospitalizaci nemocný odmítá, čeká se vlastně, až se stav ještě zhorší nebo "až se něco stane", hospitalizace později je nutná, úprava k možnosti včasné hospitalizace. Klienty trápí finanční náročnost dopravy (MHD, vlak, autobus), vliv na snížení dostupnosti poskytované služby, klient nemůže využívat nabízenou službu, jak by sám chtěl. Chybí možnost návštěv psychiatra v domácím prostředí (není placená zdravotní pojišťovnou), považují to za velmi pozitivní krok – včasný záchyt rozvoje onemocnění, u některých osob by se předešlo k nutné hospitalizaci nebo by se i snížila délka hospitalizace.

*Odpověď pacientky/klientky (Hl. m. Praha):* Převoz do psychiatrické léčebny bez předchozího oznámení (po 1 týdnu na interně s možností volného pohybu). V psychiatrické léčebně na příjmu se mne snažil lékař přesvědčit k dobrovolné hospitalizaci, pak i vyhrožoval, že mne může hospitalizovat bez souhlasu. Díky tomu, že měli jen jedno volné místo a přivezli akutnější případ a také, že jsem stačila cestou z interny do psychiatrické léčebny zavolat mobilem manželovi, který hned přijel, jsem nakonec hospitalizována nebyla.

*Odpověď pacienta/klienta (Hl. m. Praha):* Když jsem onemocněla poprvé, tak jsem vůbec netušila, co to duševní onemocnění je, netušila jsem, co je to duševní zdraví, netušila jsem vůbec nic, co se děje. Což je známkou toho, že mně o tom nikdo nic neřekl, což je hrozná škoda, protože bych se toho mohla nějakým způsobem vyvarovat. A ještě jednu poznámku mám, když jsem byla ve vojenské, tak jsem měla tržnou ránu na noze, nikdo to neřešil a vlastně to dopadlo tak, že jsem si sama sobě vytahovala hnis z rány. Což je velmi nepříjemné, když nikdo neřešil, že jsem pořezaná. Všichni mi řekli, běžte na pokoj, běž do klidu, nikdo mi neřekl, tak fajn, pojd', my ti to ošetříme, my ti to zalepíme. Možná ze začátku to trošku řešili, ale postupem času, přestože mi to hnisalo, nikdo to neřešil. Je to takové jako, přestože to bylo očividné, tak oni neměli důvod mě ošetřit, což mě třeba mrzí.

*Odpověď pacientky/klientky (Hl. m. Praha):* Říkám si, že co se týče těch terapií, tak opravdu to není dostatečné. Naplnění volného času, ať už je to o tom, že si mám s kým popovídat, když mám nějaký problém. Pro mě bylo nevyhovující, když jsem byla na hospitalizaci ve vojenské nemocnici, tam jsem měla ošetřující lékařku, nebudu jmenovat. Přesně tak, ale ona za mnou docházela v rámci malé a velké vizity. Na každé malé vizitě si zaznamenala úplně stejný poznatek, přestože jsem jí pokaždé říkala něco jiného, ona si zapsala stav nezměněn, při tom já jsem se snažila vyjmenovat všechno, co se změnilo, co všechno je jinak, co prostě, jak se jinak mám a ona tam zapsala stav nezměněn. Ve chvíli, kdy já jsem naznala, že ta nemocnice a ta hospitalizace pro mě nemá smysl, tak ne že jsem šla za ošetřující lékařkou, já jsem musela jít rovnou za primářkou a v podstatě jí tak nějak domluvit, že jsem v pohodě, že už potřebuji jít ven, že mě to jen omezuje ta hospitalizace. Ta moje lékařka, jako kdyby měla klapky na očích a zase váha slova, ona mi prostě nevěřila, že se cítím líp, že nemám hlasy, že prostě nemám výkyvy, ona prostě viděla jenom to, že jsem veselá, to přece můžu být, mám nárok být veselá. Ale ona vyloženě psala každou tu malou vizitu stav nezměněn, vůbec mi nevěnovala pozornost.

*Zástupce rodičů pacientky/klientky (Ústecký kraj):* 16letá dcera trpí smíšenou poruchou chování a emocí, trpí depresí, sebepoškozováním a pokusila se o sebevraždu, rodina se potýkala s nedostupností péče, čekali 2–3 měsíce, než se dostali k dětskému psychiatrovi, totéž platí i pro nedostupnost psychoterapeutů. Když dceru propouštěli z psychiatrické nemocnice, doporučovali hned návštěvu psychoterapeuta, ten ale nebyl dostupný. Z psychiatrické nemocnice tak šla rovnou do školy, která pro ni byla spouštěcím mechanismem pro další sebepoškozování a vracela se bez podpory. Nakonec našli psychoterapeuta, jsou spokojeni, protože si s dcerou „sedli“, což rodina vidí jako velký přínos pro budoucí léčbu a u dětí je to velmi důležité, musí mít k lékařce důvěru se vším všudy. V minulosti řešili problém, že si lékař nezískal důvěru dcery, nechtěla již na sezení chodit a matka ji půl roku k lékaři nedostala.

*Odpověď pacientky/klientky (Hl. m. Praha):* Ve zdravotních službách vnímám jako velký problém nespolupráce se somatickou medicínou, v psychiatrické nemocnici často nejsou schopni ošetřit náročnější fyzické obtíže, stigmatizace psychiatrických pacientů, podceňování jejich potíží, v naší rodině bylo pak následkem úmrtí. Nekontruluje se vliv vedlejších účinků psychofarmak – zkušenost s kolegou z terapeutické skupiny – jednoho dne nepřišel do centra, pracovníci ho našli doma za pomoci policie a hasičů, mrtvého – selhání krevního oběhu. Ze sociálních služeb pro duševně nemocné jsem využila služeb sociální rehabilitace – konkrétně – tréninkové místo v administrativě, zprostředkování zaměstnání na volném trhu – to mohu hodnotit velmi pozitivně a přínosné, v minulosti jsem využila ještě služeb denního centra v zařízení, - s jeho nabídkou aktivit jsem byla velmi spokojena. Centrum bylo v místě, kde jsem navštěvovala i zdravotní služby –

skupinové terapie – dnes na tom místě už funguje pouze DS a různé terapeutické skupiny bez denního centra – údajně to příslušná MČ přestala podporovat. Ještě jsem se snažila využít služeb sociálního poradenství – to moc dobré nebylo. Jako matka samoživitelka jsem řešila problémy s bydlením – s dcerou jsem bydlela v azylovém domě, a to systémy podpory bydlení osob s DN nejsou schopny řešit, připadalo mi, že pracovnice se v problematice dokonce hůř orientovaly než já, slečna neuměla ani vytisknout dokument, tak jsem to musela provést sama. Využila jsem pouze možnosti kopírky a tisku formulářů.

*Zástupce rodičů pacientky/klientky (Ústecký kraj):* 15-tiletá dcera s duševním onemocněním – pro ni je zatím jako zaměstnání škola. Má se školou velké problémy, měla by být větší informovanost pedagogů. Když se udělá nějaký plán podpory pro dceru, vždy se naráží na to, že pedagogové ho nedodržují. Pedagogové nechápou, že všechny oblasti, na kterých se dohodnou, se musí dodržovat. Řeknou, že je dcera šikovná, má samé jedničky, jim se jeví v pořádku, ale přitom dcera přijde ze školy pořezaná. Když se ptali pedagogů, kolik si myslí, že mají na jejich gymnáziu dětí s problémy, které má jejich dcera, odpověděli, že vědí jen o jednom případě. Přitom dětí s tímto onemocněním je tam několik.

*Odpověď pacienta/klienta (Ústecký kraj):* Mám problém s tím, abych říkal neznámému člověku ne svému ošetřujícímu lékaři svůj problém, ze zkušenosti vím, že tato situace vždy skončila jen předepsáním léků. Naopak ve Fokusu, kde mě všichni znají, mají na mě čas a hned se problém řeší jinak, lépe.

## **Otázka 2: Komplexní poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek včetně koordinace služeb**

*Odpověď člena rodiny pacienta/klienta s duševním onemocněním (Ústecký kraj):* Problematika příjmových oddělení, kde jsou rizika agrese, sebevražd atd. Rodina má k nemocnému v podstatě řízený přístup od – do, pacienti nemají vycházky, režim určuje ředitelství nemocnice. Když je tam pacient měsíce, má to na něho opačný účinek a horší se. Rodina nedostává informace. Pacientům chybí určitá svoboda (nemohu se napít, kdy chci), vše je řízené, jsou to přece dospělí lidé, osobnosti. Dále chybí „odlehčovací služby“ pro rodiny starající se o nemocného s duševní poruchou – rodina nemůže odjet na dovolenou, v podstatě si nikdy neodpočine, řešením by bylo docházení sociálních pracovníků do rodin několikrát denně.

*Odpověď pacienta/klienta (Hl. m. Praha):* V mém případě péče koordinována nebyla. Možná našťestí pro mne. Zdaleka totiž nejde jen o její koordinaci, ale nejvíce o její vhodnost a kvalitu. Především jsem se cítil poskytovanou (vnucenou) péčí omezován a ohrožován. A např.



posttraumatický stresový syndrom jako následek neřešeného traumatu z nucené hospitalizace, kterým podle svého přesvědčení trpím dodnes, mi ani nebyl v následné ambulantní péči diagnostikován. (Pozn.: k ambulantnímu psychiatrovi jsem začal docházet až po své druhé hospitalizaci v roce 2006, předtím jsem byl osm let bez ambulantního psychiatra).

V reformě chybí prevence – v západním Laponsku se ohrožení mladí lidé „zachytávají“ už na školách základních, středních – je zde přítomna zdravotní sestra, a když se mladý člověk začne chovat jinak – uzavírá se do sebe, zhorší se mu prospěch atd., předává informace na vedení školy a dále se situace začne řešit.

*Odpověď pacientky/klientky (Středočeský kraj):* Za sebe mohu hodnotit pouze přechod mezi DS a ambulancí – vyhovoval by mi pomalejší přechod – po 11-ti denní intenzivní terapii (5-6 hodin denně) pak pouze návštěva v ambulanci psychiatra, vše jsem si musela najít a domluvit sama...mám zkušenost s příbuzným, který z psychiatrické nemocnice odešel vždy, kvůli nespokojenosti s prostředím na revers, jen s propouštěcí zprávou pro obvodního psychiatra, žádná další doporučení nikdy nedostal. Za sociální služby mám dobrou zkušenost se spoluprací se zařízeními komunitního typu. Výhodné bylo, když to bylo ve stejné oblasti. Má zkušenost z r. 2010 z jednoho centra, kde byly oba typy služeb v jednom objektu, dnes je tam situace jiná a klienti musí dojíždět jinam za zdravotními a jinam za sociálními službami, to už je pro ně náročnější a často rezignují.

*Odpověď pacientky/klientky (Ústecký kraj):* V léčebnách chybí orgán pro kontrolu kvality péče a sběr podnětů a připomínek od uživatelů. Je potřeba dohlédnout na praktiky v uzavřených odděleních, kde je přístup nižšího zdravotnického personálu některými pacienty kritizován. Kdyby v organizaci byla ustanovena rada uživatelů nebo nemocniční ombudsman, stížnosti by se řešily a byla by sjednána náprava. V tom vidím zapojení uživatelů do systému pro zlepšení kvality poskytované péče. Dále je potřeba zajistit lepší přenos informací a podnětů mezi uživateli, zaměstnanci a vedením.

*Odpověď pacientky/klientky (Ústecký kraj):* Pro mě byl pobyt dost stresující. Ne, že bych zažila vězení, ale tohle mi přišlo v mnoha ohledech horší, když jsem byla hospitalizovaná, cítila jsem se zavřená mezi těmi stěnami v ideálním případě ještě mezi mřížemi. A teď najednou tady máš prášky, uzdrav se a necítila jsem v tom nijakou naději nebo něco, co by mě drželo v pozitivním myšlení, protože tady je všechno to omezování toho pohybu. Slyšela jsem mnoha klientů, že potřebovali zaplatit něco třeba na poštu a musel si vyprosit, vyprosit propustku, aby mohl na půl hodiny odejít z areálu. Přece, když mám nějaké povinnosti a vím, jsem ještě ve spojení s tou realitou natolik, že jsem zodpovědná za ty svoje věci jako třeba zaplatit účet za telefon nebo podobné věci, tak nejlépe nepustit toho pacienta pod záminkou – nesmíš, ani nevysvětlí nikdo proč. Ono v mnoha

ohledech ti duševně nemocní jsou jako děcka, protože se ptají proč, ale nikdy nedostanou odpověď, na rozdíl od dětí.

Lidé, kteří mají nebo měli duševní onemocnění a mají zkušenost s psychiatrickou péčí, jsou celkově méně kritičtí k systému psychiatrické péče. Pacienti si všímají hlavně přístupu jejich lékařů, a to jakým způsobem s nimi komunikuje a jak se k nim chová. Negativně hodnotí především povýšenost, nátlak, lhostejnost, nedostatek kompetence, nedodržování slibů a zákulisní rozhodování. Na druhou stranu oceňují, když je jejich lékař náročný a přísný a není příliš benevolentní. Jednoznačně nejvíce si pacienti cení toho, když je lékař ochoten věnovat jim svůj čas a otevřeně a ochotně s nimi komunikuje o čemkoliv.<sup>175</sup>

## 9.4. Zkušenosti odborníků

### Otázka 1: Služby (zdravotní, sociální), jejich kvalita, dostupnost

*Odpověď lékařů psychiatrů (Hl. m. Praha):* Problematika propojení zdravotně-sociálního pomezí – bezpečné sdílení informací a dat, které se netýká jen GDPR. Propojení zdravotně-sociálních služeb, přehled o klientovi a jemu poskytované péči, citlivé zacházení s informacemi, jiné vedení dokumentace, jiná kritéria a nároky na vedení služby. Problematika při poskytování ústavní léčebné péče dle zákona dochází k přebírání odpovědnosti za pacienta zařízení/lékař. Klient přichází o veškeré kompetence, je potřeba aby o léčbě spolurozhodoval a byl aktivním účastníkem v jejím plánování. Chybí zákon o duševním zdraví, kde by byla zakotvena jak práva pacientů, tak sdílená spoluzodpovědnost všech aktérů při poskytování péči v oblasti duševního zdraví pacientům.

*Odpověď lékaře psychiatra (Ústecký kraj):* Myslím, že legislativa, teď budu mluvit za psychiatrii dospělých, je to nejlepší možné, co může být, když by se využívala. A já, co mám zkušenost, tak tam skutečně chybí, psychiatrii jsou kolikrát v dost nepříjemné situaci, kdy teda mají rozhodnout, odpovídají za to, když by se něco stalo, když by ten člověk ohrožoval sebe nebo svoje okolí, ale o tom nemluví. Ono by bylo snadnější, když by existovala, a to snad bude asi další cesta, ale snad se k tomu dostaneme, když by existovala nějaká už oddělení v nemocnici, kde by ta péče vypadala trošinku jinak. Protože já z komunity, když se představím jako terénní psychiatr někoho přemluví, nebude se mi zdát úplně, budu si myslet, že by měl se jít léčit a já ho přemluví na tu léčbu, on se dostane do prostředí, kde, jak říkáte, bude v lepším případě takto a v horším případě třeba i v nepříjemném prostředí, kde je, zas se musím zdravotníkům trochu zastat, bývají docela pečliví a bývají, no není to tak hrozné, ale je jich málo. Takže tam není na toho klienta nebo

---

<sup>175</sup> Josef Gabriel et al. (2016)

pacienta vůbec čas, než se pacient dozví, jako co se s ním děje, než on narazí na nějakého ošetřujícího psychiatra, který má na něj opravdu málo času, protože už kamsi musí běžet zase za jiného kolegu, kdyby tohle to bylo jiné, tak já bych v té legislativě například pro ty dospělé až tolik problémů neviděl. Trochu se objevuje problém, ale to asi bude to, co už například vím, že byla jedna pacientka, která byla v Rakousku hospitalizovaná, a pak ji tatínek přivezl sem, protože tam se nikdy nepodařilo ji pořádně poléčit. Ona se dostala na psychiatrii, trošku se zklidnila, podepsala dobrovolný vstup a rázem odcházela, takže jednak myslím si, že ji i to trochu poškozovalo, že se nedolécila, tam se to opakovalo během roku, tam bylo třeba pět pobytů na psychiatrii, to bylo zbytečné, ale to je tématem k diskuzi, jak dlouho toho člověka tam nedobrovolně držet, jak brzy mu to dát podepsat, ale mě by uklidnilo, kdybych věděl, že existuje nějaké prostředí, kam s klidným svědomím toho člověka můžu dát. Asi by se v rámci té spolupráce komunity a toho zdravotnictví dal i zkrátit ten pobyt, že ten klient by potom spolupracoval dál s těmi terénními pracovníky, kteří by pomáhali při tom užívání léků, a tak to prostředí v tom zdravotnictví.

**Otázka 2: Komplexní poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek včetně koordinace služeb**

*Odpověď sociálního pracovníka (Ústecký kraj):* Sociálních služeb je dostatečné množství, pro duševně nemocné je široká škála služeb. Mluví se o síti služeb, ne ale o počtu pracovníků, kterých je nedostatečné množství. Nemají tolik pracovníků, aby mohli zajišťovat i nepokryté oblasti. V rámci Komunitního plánování je snaha toho dělat hodně, ale měl by být multidisciplinární tým, kdy by např. soused mohl zavolat, že se u nemocného něco děje. V současné době musí ale pracovat s lidmi, se kterými mají smluvní vztah. Chybí např. i pracovník, který by se zabýval konkrétními případy, jedním člověkem – koordinoval by, co je potřeba podpořit, kam klienta následně předat. Pro jiné oblasti je dostupnost služeb špatná, v místech nejsou sociální byty, služby atd. Malým obcím se nevyplatí zajišťovat službu např. pro jednoho občana – mohou řešit nákupem služby ve větších městech, kdy může dojíždět terénní pracovník za klienty, ale nemají to zákonně povinné, takže řeší podle dostupných financí. Je to pochopitelně i na lidech – úřednících a politickém vedení obce, jak se chtějí k problematice postavit. V malých obcích si někdy dají vyškolit asistenta, kterému to zaplatí a službu doplácí rodina, ale může se řešit i neformálním způsobem, kdy službu zajistí soused, dohlédne na člověka a rodině, případně obci podává zprávy.

*Zkušenost lékařky psychiatra (Ústecký kraj):* Já ve své psychiatrické ambulantní praxi jsem měla velký problém s tím, když jsem věděla, že někdo je ve zhoršeném stavu natolik, že jsem měla strach, že by mohl někomu něco nebo sobě hlavně udělat, tak jsem neměla možnost ho

hospitalizovat, pokud on se na tom při tom přijetí dokázal chovat dobře a řekl, že tu léčbu nepotřebuje a nechce. Tady toto, myslím si, že u nás je ošetřeno velmi přísně, ale ne správně. Tam by měl s tím člověkem v tom terénu pracovat tým lidí, který by mohl tady toto jednak zařídit, v tom terénu ošetřit a pokud by to nešlo v tom terénu, tak pak by s tím týmem mohl přejít už na tu hospitalizaci. A ne pouze za situace, kdy opravdu až někomu něco udělá. Takže to jsou rizikové situace, který toho člověka my tím nechráníme. My tím chceme chránit jako právo každého na to rozhodnutí, když on je ve stavu, kdy on si to, bohužel, neuvědomuje, pak my ho tím nechráníme, my ho necháváme na pospas tomu, aby provedl něco sobě nebo svým nejbližším. Takže toto si myslím, že by se mělo změnit, ale velice sofistikovaně tak, aby opravdu nedošlo ke zneužívání. A za druhé si myslím, že pacienti v psychiatrických nemocnicích, aspoň pokud jsem tam pracovala, nemají možnost si stěžovat nezávislému orgánu nebo se domáhat nějaké změny nezávislého orgánu, to znamená ne svého ošetřujícího lékaře, ne svého primáře, ne svého ředitele, ale někoho nezávislého. Takže to jsou dvě věci, co si myslím, že by se měly změnit jako nejvíc, samozřejmě je jich hodně.

*Odpověď sociálního pracovníka (Hl. m. Praha):* Duševně nemocný člověk by měl dostat co nejvíce informací, kam se má obrátit po hospitalizaci, jakou využít ambulantní péči. Pacientovi by měla být nabídnuta okamžitá spolupráce, poskytnout mu základní pocit jistoty, někdo mu naslouchá – a to by mělo už nastat při hospitalizaci v nemocnici. Pacient se mnohdy vrací do rodiny, která mu „nerozumí“ – odpovídající služba by měla přijít za ním. Dalším problémem, který je nutné řešit, jsou bezdomovci, kdy 25 % z nich má duševní onemocnění – vypadli úplně ze systému, nemají kde bydlet, nemají nárok na důchod, na druhou stranu určité procento z nich nestojí o přiznání důchodu ani o zajištění bydlení, prostě chtějí být na ulici. Příkladem je skutečnost, že si lidé raději psychologa zaplatí sami, aby neměli stigma duševně nemocného člověka – bojí se např., aby jim to nezničilo kariéru.

*Odpověď vedoucího pracovníka (Hl. m. Praha):* Sociální pracovníce kladou otázky, jaký má pacient důchod a jaký má sociální příspěvek. Pacient není schopný se o sebe postarat, ale nemá nárok na výplatu invalidního důchodu a příspěvek nemá žádný, takže chudí pacienti mají velmi sníženou dostupnost péče, a navíc drtivá většina sociálních ústavů má mezi kontraindikacemi duševní nemoc a závislost, a to bez ohledu na aktuální stav pacienta. Příklad – pacient se dostal do těžké životní situace, zchudl, dostal se do deprese a pokusil se o sebevraždu, takže byl hospitalizovaný – v nemocnici se o něho postarali, pacient se zlepšil a vyřídili mu ústav sociální péče, kde by mu bylo dobře. Dostali ale zamítavou odpověď, že když je duševně nemocný, ať zůstane v psychiatrické nemocnici. Duševní nemoc je jak z hlediska diagnózy, tak z hlediska finančního zabezpečení zcela zjevně faktorem, který snižuje dostupnost služeb.

*Odpověď sociálního pracovníka (Ústecký kraj):* CDZ a psychiatrická zařízení pokryjí určitou oblast, ale ne odlehlé obce. Mělo by dojít ke zlepšení terénní práce, komunitní centra by měla mít dostatek finančních prostředků na svou činnost, zejména aby mohli financovat psychiatrické a psychologické služby. Stávající služby by měly mezi sebou spolupracovat, aby vše bylo propojeno. Důležitým cílem je vzdělávat nejen lidi s duševním onemocněním, rodinné příslušníky, pracovníky služeb – záchranné služby, Policii, pracovníky na úřadech, ale hlavně širokou veřejnost. Chybí dostupné sociální a chráněné bydlení pro klienty.

*Odpověď sociálního pracovníka (Ústecký kraj):* Problematika koordinace – není systémová, založena spíše na osobních vztazích. Často se koordinuje bez klienta a rodiny, chybí společné plánování, nutno ale mít dovednosti ve facilitování setkání s rodinou – nedaří se nám zapojovat rodinu. Vymezování služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách – omezení v poskytování komplexních služeb – je těžké pružně reagovat. Všichni si stěžují na administrativní zátěž – ale není to spíš o tom, zda chceme x nechceme? Problematika konkurence mezi lůžkovými službami x terénní služby. Koordinace není dobrá, pramení to i z odlišných metodik poskytování zdravotní nebo sociální péče.

*Odpověď sociálního pracovníka (Ústecký kraj):* Problematika je, že v současné době neexistuje organizace, která by poskytovala a zajišťovala komplexní služby pro duševně nemocné. Jednotlivé organizace poskytují dílčí služby, jejich spolupráce je ale omezená. Propojení služeb zdravotní a sociální péče bude částečně úkolem vznikajících CDZ a mobilních komunitních týmů. Chybí provázanost služeb dle stupně integrace klienta a posunu v ozdravném procesu. Chybí case management/případové vedení, provázení klienta systémem péče a koordinace návazných služeb. Je potřeba posílit spolupráci s rodinou a vytváření sítě osob z nejbližšího okolí, kterým klient důvěřuje a které může požádat o podporu. Systém by měl dát větší kompetence praktickému lékaři, což je nutno zohlednit už při jeho profesní přípravě. V PN uživatelé velmi pozitivně hodnotí např. ergoterapii – proto lze využít ergoterapie/činností terapie v PN pro budoucí profesní orientaci, doporučení pro ÚP apod.

*Odpověď lékařky psychiatra (Hl. m. Praha):* Problematika akutní nedobrovolné hospitalizace, kdy pacient má nějaká práva, ale kde jsou práva lékaře? Opakovaně byla u soudu, kdy ji pacient zažaloval, protože nesouhlasil s akutním přijetím – i lékař by měl být chráněný, když chce pacientům pomáhat. Lidská práva – na jedné straně jsou psychiatři hájící práva pacientů kritizováni za to, že lidská práva pacientů nedodržují, porušují atd. Kdy byl ale nějaký psychiatr veřejně ostouzen a trestán za to, že nějakého pacienta bezdůvodně držel v léčebně? A na druhé straně je několik případů, kdy byl psychiatr veřejně ostouzen, postižen, a dokonce zbaven funkce za to, že pacienta nedržel, ale naopak ho propustil. Ředitel jedné nemocnice pacienta propustil do

ambulantní péče, půl roku nato pacient spáchal trestný čin a ředitel byl kvůli tomu zbaven funkce. Problematika dlouhodobé hospitalizace a následné péče – pacient je hospitalizován 2–3 měsíce, je zaléčen, může být propuštěn, ale chybí následná péče.

*Odpověď sociálního pracovníka (Ústecký kraj):* Legislativní podpora pro vzdělávání pro obory psychiatrie, psychologie a dalších z této oblasti – psychiatři chybí, naopak duševně nemocných lidí přibývá – zůstávají dlouho v péči psychiatrické. Čeká se i rok na vyšetření pacienta.

### **Interpretace výsledků kvalitativního průzkumu**

Obecně lze shrnout, že na otázku týkající se dostupnosti a kvality zdravotních a sociálních služeb odpovídali shodně všechny oslovení účastníci Kulatých stolů. Nejčastěji klienti odpovídali na nedostatečný počet lékařů, dále si stěžovali na neinformovanost ze strany zdravotnického personálu, několik výtek zaznělo i na ne zcela vhodný přístup k duševně nemocným a nízké pokrytí potřebnými službami. Byl též zmíněn ne příliš vstřícný přístup personálu, povýšenecké chování personálu a zákulisní dohody, které klient nemohl ovlivnit. Dalšími výstupy byla velmi malá informovanost klientů o možných poskytovaných službách, které nutně nemusí končit pobyty v psychiatrických léčebnách a za pomoci ambulantních a terénních služeb žít i s duševní nemocí plnohodnotný život. Častou odpovědí též byla finanční nedostupnost, neboť zatím nejsou úkony ambulantní a terénní psychiatrické péče v úhradách zdravotními pojišťovkami, tudíž klient si tuto službu v podstatě nemůže dovolit a dále neinformovanost dalších institucí, jako např. škol a firem (zaměstnavatelů). V neposlední řadě je to také ještě stále stigmatizace osob s duševním onemocněním, jakožto člověka, který je nebezpečný svému okolí, případně sám sobě.

Odborníci lékaři se shodují, že cítí částečné obavy o svou bezpečnost, resp. o právní zajištění lékařů, kdy je možné, že je klient/pacient by mohl zažalovat za nedobrovolnou hospitalizaci. Dále upozorňují na nedostatečnou provázanost sociálních a zdravotních služeb, kde se téměř shodují v této problematice se zástupci laické veřejnosti – klientů/pacientů. Rádi by viděli posílení vztahů mezi rodinou klienta a profesionály, kdy by z této spolupráce mohly vzniknout pozitivní výsledky v práci s duševně nemocnými.

Sociální pracovní vidí tuto problematiku jako neřešenou a dopadá zejména na klienty, kteří také shodně vyjádřili o nedostupnosti ambulantní a terénní péče. Spolu s lékaři se sociální pracovníci také shodují, že by v prostředí České republiky měl být ustanoven Zákon o duševním zdraví, neboť tato legislativa u nás chybí.

Na otázku týkající se komplexního poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek včetně koordinace služeb odpovídali účastníci shodně. Chybí právě ona potřebná koordinovanost péče, tolik potřebná

spolupráce mezi zdravotnických a sociálním resortem, dále není dostatečný počet odlehčovacích zařízení, kdy pečující osoba nemá možnost odpočinku. Negativně je též hodnocen přístup personálu v psychiatrických zařízeních, který se chová povýšeně, nátlakově, nedodrží sliby. Občas si pacient/klient v psychiatrickém zařízení připadá jako ve vězení.

Z výše popsaných zjištění a postřehů ještě vyplývá, že spokojenost s péčí a s lékaři je různá případ od případu. Někteří pacienti uvádějí, že jsou se svým lékařem spokojeni, jiní zase vyjadřují spíše nespokojenost, a to například tehdy, když je lékař nutí brát léky, které jim nedělají dobře. Celkově ze zkušeností lidí vyplývá, že většina pacientů vystřídala několik psychiatrů a lékařů. A většina tak má zkušenosti jak s dobrými doktory, tak i takovými, se kterými si nesedli. Z výpovědí pacientů rovněž vyplývá, že psychiatra mají od toho, aby jim předepisoval léky, a poté chodí třeba k psychoterapeutovi nebo psychologovi, se kterým si povídají. Celkově uvádí větší spokojenost s psychologem než s psychiatry. Psychologové mají podle nich vstřícnější přístup. Na druhou stranu soukromí psychologové si jim zdají příliš drazí. Mnozí pacienti si nejsou vědomi, že by měla probíhat reforma psychiatrické péče. Celkově je z výpovědí patrné, že lidé s duševním onemocněním nejsou ze své pozice příliš schopní zasadit své zkušenosti do kontextu fungování celého systému.

## 10. Závěr

Duševní stránkou člověka se lidé zaobírají už několik tisíc let. Zájem o duši se objevuje v mnoha oblastech vědění, jako je filozofie, psychologie a náboženství. Psychologické, filozofické a náboženské smýšlení o duševním zdraví a s tím spojená představa péče o duševní zdraví se značně liší.

Komunitní sociální služby mohou pomoci vážně duševně nemocným lidem, aby dokázali fungovat v běžném životě. Mezi pracovní metody patří především psychosociální rehabilitace a case management. Úlohou komunitní služby je úzká spolupráce jednak s psychiatrickými zařízeními, ale také s dalšími zdroji podpory v komunitě, aby výsledkem byla pomoc pacientovi/klientovi s duševním onemocněním.

Základní změnou v systému péče o lidi s duševním onemocněním bude systematické poskytování koordinované, vzájemně propojené péče zaměřené na zotavení pacienta/klienta. Síť služeb bude provázaná a koordinovaná a bude zajišťovat kontinuitu péče. Spolupráce bude podpořena zavedením multidisciplinárního přístupu. Jednotliví poskytovatelé budou mít jasnou regionální odpovědnost, při zachování možnosti volby pacienta/klienta, do jakého zařízení půjde. Pacientům/klientům bude zajištěn dostatečný výběr léčebných a dalších podpůrných metod a přístupů. Transformace obsahu péče, zavádění nových přístupů a metod zajistí plný respekt práv pacientů/klientů, maximálně možnou inkluzi pacientů/klientů do běžné společnosti, plnohodnotné zapojování pacientů/klientů i rodinných příslušníků do všech podstatných rozhodovacích procesů týkajících se léčby, pomoci a potřebné podpory.

Pro zajištění adekvátní pomoci a podpory i pro pacienty/klienty, kteří sice potřebují pomoc, ale sami ji nevyhledávají, je důležitý asertivní přístup, který se zakládá se na proaktivním, pozitivním, přímém, nemanipulativním a ohleduplném přístupu.

Nezbytnou podmínkou úspěchu realizace Strategie reformy psychiatrické péče je velmi úzká spolupráce mezi resorty, které se agendou dotýkají problematiky lidí s duševním onemocněním. Jedná se především o resorty Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva financí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva spravedlnosti a Ministerstva obrany.

V oblasti duševního zdraví je ve většině vyspělých zemí odpovědnost jednotlivých resortů upravena zvláštním zákonem. Důvodem je to, že se kříží odpovědnosti různých resortů. Pro podmínky v České republice bude během realizace Strategie reformy psychiatrické péče posouzeno, zda i naše země potřebuje mít samostatný zákon o duševním zdraví. Po posouzení bude



rozhodnuto o případných potřebných úpravách stávajících zákonů ČR nebo o ustanovení zákona nového.

Zdravotní služby v péči o lidi s duševním onemocněním jsou financovány ze zdravotního pojištění zdravotními pojišťovnami a sociální služby ze systému sociálních služeb prostřednictvím jednotlivých krajů. Stávající systém úhrad není pro budoucí model péče vhodný. Nemotivuje poskytovatele ke spolupráci, akutní péče je pro poskytovatele ztrátová, komunitní a terénní péče nemá nastaveny mechanismy udržitelných úhrad. Dlouhodobá lůžková péče je motivována k dlouhodobým hospitalizacím a plné obsazenosti lůžek. Zdravotní a sociální systém má financování založeno na jiných principech (úhrada výkonů vázaných na pacienta/klienta vers. úhrada nákladů poskytovatele). Jedním z cílů reformy je nastavit zcela nový systém úhrad péče o duševně nemocné.

Péče o duševně nemocné je dlouhodobě podfinancovaná ve zdravotní i v sociální oblasti. Předpokládá se růst celkového objemu finančních prostředků do tohoto segmentu péče nad hranici průměru ostatních segmentů zdravotní péče. Úhradové mechanismy by měly být nastaveny tak, aby motivovaly poskytovatele k chování, které je v souladu se základním záměrem reformy, a to přesunem péče do vlastního prostředí pacienta/klienta. Předpokládá se, že v systému financování se bude účastnit jednak státní rozpočet, dále zdravotní pojišťovny a samozřejmě i krajské úřady. Systém financování bude odvislý od toho, jak bude postupně dokončováno zasíťování služeb v jednotlivých krajích.

Cílem péče o duševně nemocné je zotavení nemocného, a tento cíl vyžaduje mezioborovou spolupráci. Vhodným nástrojem organizace péče je case management a multidisciplinární spolupráce. V současnosti jsou v některých regionech k dispozici komunitní sociální služby, a je snaha o to, aby jejich působnost se nadále rozrůstala. Předpokladem kvalitního poskytování komunitních služeb je dobrá spolupráce zdravotnických zařízení a komunitních zdrojů. Výsledkem bude rostoucí kvalita poskytovaných služeb.

Role multidisciplinárního týmu, který tyto služby poskytuje, je založena již na jeho samotné multidisciplinarity, která předpokládá spolupráci různých profesí v procesu zvýšení kvality života cílové skupiny klientů a jejich úspěšnou integraci do vlastního sociálního prostředí. Z perspektivy členů těchto týmů je spolupráce pracovníků různých profesí v péči o klienty zásadní. Výhody spočívají převážně ve vzájemném profesním obohacení vzhledem k jejich různým odborným založením. V péči o klienty to představuje možnost získat od kolegů cenné rady a užitečný náhled na danou situaci z jiné perspektivy. Obzvláště užitečná je spolupráce pracovníků různých profesí při krizových intervencích.

Rozvoj CDZ a jejich implementace do systému péče tak představuje velký krok ve snaze o zkvalitnění poskytovaných služeb. V systému péče o duševně nemocné jsou Centra duševního zdraví spojnicí mezi ambulantní a lůžkovou péčí. Centra duševního zdraví by měla pomáhat osobám s vážným duševním onemocněním k návratu do společnosti a pomáhat je ochránit před opakovanými pobyty v psychiatrických zařízeních.

Centra duševního zdraví jakožto jeden z pilířů Reformy péče o duševní zdraví mají přiblížit psychiatrickou péči klientům. Jejich funkce spočívá v poskytování nízkoprahové péče, která je klientům dostupná v jejich přirozeném prostředí. Vznik CDZ je vlastně snaha o rozšíření sítě služeb, které jsou osobám s duševním onemocněním poskytovány, a jde zejména o přesun péče více do komunitní oblasti. Komunitní péče není prozatím v České republice dostatečně rozvinuta a klienti jsou tak stále podle spádovosti území umisťováni do velkých psychiatrických nemocnic.

Bez deinstitucionalizace není možné provést transformaci psychiatrické péče, protože ji v procesu změny začne nahrazovat humanizace psychiatrické péče. To znamená, že se bude investovat do budov psychiatrických nemocnic, opraví se střechy a vnitřky psychiatrických zařízení, ale celková koncepce péče a její kvalita se vlastně nezmění.

Pokud budeme vycházet z různých mezinárodních zkušeností s transformací služeb pro osoby s duševním onemocněním, můžeme konstatovat, že klíčovou službou je multidisciplinární tým poskytující zdravotní a sociální služby. Popisují, že takovýto tým má „základnu“ v komunitním centru (například CDZ), přičemž 50–75 % jeho činností je poskytováno v terénu, případně ambulantně.

Široká rehabilitační spolupráce se obtížně organizuje, když relevantní osoby pracují v různých institucích (službách) s odlišně nastavenými pravidly a kompetencemi. Optimálním řešením jsou tzv. multidisciplinární týmy, ve kterých konsensuálně a koordinovaně působí jednotliví specialisté. Nejčastěji bývají v týmech zastoupeny profese psychiatra, sociálního pracovníka, psychiatrické zdravotní sestry, psychologa a ergoterapeuta. Vedoucím týmu může být pracovník jakékoliv uvedené profese, není podmínkou, že by to musel být zrovna psychiatr.

Dominantními jsou dle svého počtu sociální pracovníci a všeobecné (psychiatrické) sestry. Celkově by se nicméně dal tým shrnout na dvě složky, a to na složku sociální a složku zdravotnickou. Jedním ze specifíků multidisciplinárního týmu CDZ je to, že tyto dvě pečující složky v českém prostředí příliš do stejných pracovních týmů zahrnovány nejsou. V oblasti komunitní a mobilní péče, která je jedním z pilířů CDZ, pracují v České republice převážně týmy složené ze sociálních pracovníků. Zdravotničtí pracovníci v našem prostředí operují spíše v medicínském prostředí v ambulantní či pobytové péči. Nutnost sladění pracovních stylů a filozofie obou těchto složek dohromady tak představuje jeden z klíčových kamenů pro úspěšné fungování

multidisciplinárního týmu. Zcela jasnou výhodou týmu složeného z pracovníků různých profesí je komplexnost péče, která může být klientovi poskytnuta. Klientovi je celá širší péče poskytována na jednom místě jedním týmem pracovníků, kteří se navzájem o jeho potřebách informují a efektivně naplňují.

Za důležitý a základní prvek v poskytování komplexní psychiatrické péče můžeme považovat multidisciplinární tým. Pokud jsme ochotni uznat, že duševní porucha není způsobena pouze fyziologickými změnami, ale že jde o onemocnění mezioborové, musíme stejným způsobem přistupovat k její léčbě. Vyléčení z nemoci nemůže nastat, pokud na nemocného budou působit stejné vlivy, které onemocnění způsobily, popřípadě další problémy, které vlivem nemoci vyvstaly. Komplexní pomoc nastává ve chvíli, kdy je nemocný v rukou mnoha odborníků, kteří se společně snaží odstranit veškeré překážky, se kterými se nemocný potýká a kteří spolu úzce spolupracují.

Zásadním principem pro poskytování kvalitní multidisciplinární péče je orientace na podporu léčení jedince v jeho přirozeném prostředí. Musí se klást důraz na jeho silné stránky a podporu v jeho sociálních rolích. Nedílnou součástí je zapojování méně iniciativních klientů do péče.

Je potřeba, aby systém poskytovaných služeb byl dostatečně pružný a reagoval na potřeby klienta s tím, že ve chvíli zhoršení jeho stavu dokáže poskytnout intenzivní podporu, třeba formou krizové intervence, a to 24 hodin denně. Takto nastavený multidisciplinární tým je schopen poskytnout kvalitní a komplexní psychiatrickou péči v komunitních podmínkách, za pomoci formálních i neformálních zdrojů podpory klienta. Tento tým je nejen multiprofesní, ale též multiresortní. Vyplývá z něj jasná spolupráce zdravotní a sociální složky.

Vždy záleží, jaké profesionály potřebuje nemocná osoba k nápomoci s úzdravou. Zastoupení profesionálů se bude lišit dle potřeb dané komunity. Předpokládaná kapacita týmů (vycházející ze zahraničních zkušeností) okolo 500 klientů ročně. Pro tento počet klientů, při spádovosti 80 - 100 tisíc obyvatel, je zapotřebí tým se 30 úvazky se zastoupením profesí:

- psychiatr
- psycholog
- terénní psychiatrická sestra
- sociální pracovník
- pracovní konzultant
- peer pracovník (pracovník se zkušeností s duševním onemocněním)
- specialista na závislosti

Počet úvazků v týmu, např. v nově vznikajících CDZ, bude odpovídat potřebám v komunitě, přičemž největší podíl úvazků bude pro psychiatrické sestry a sociální pracovníky. Další profese

budou zastoupeny minimálně jedním pracovníkem s jedním celým úvazkem, dle potřeb a možností týmu.

Pozice peer pracovníka se dá přirovnat k vrstevníkovi, resp. osobě stejného stavu, jako je pacient/klient. Upřesňující informace o peer pracovníkovi jsou v části 7 - Model ACT a FACT.

V podmínkách péče o duševní zdraví je peer pracovníkem míněna osoba, která má svoji stěžejní roli ve vlastním prožitku nemoci a zároveň nepřísluší k žádnému profesionálovi z týmu. Peer pracovník je na základě této zkušenosti na „stejně úrovni“, jako je klient, kterému poskytuje podporu a lepší pochopení toho, co klient prožívá.

Peer pracovník prochází vzdělávacím kurzem na pozici peer konzultanta ještě předtím, než se zapojí do multidisciplinárního týmu. Takto vyškolený pracovník má pak v týmu nezastupitelnou roli a doplňuje služby centra o další specifické aktivity. Peer konzultanta by psychiatr měl vnímat partnersky. Respondent referuje o možném přínosu peerů v týmu, ve kterém se přiklání k názoru, aby počet peerů byl v týmu navýšen. Vhodným řešením by dle jeho názoru bylo posílit složku peerů z řad klientů, kteří by měli jednoho zástupce, který by se účastnil porad týmu, a tak se zapojil do rozhodování na klientské úrovni.

Standard péče udává rovněž minimální materiální a prostorové vybavení, které by CDZ mělo mít. Pro výkon krizových služeb by mělo CDZ disponovat příjmem/ambulantní částí, dále pak lůžkovou částí, která představuje minimálně dva pokoje vybavené maximálně dvěma lůžky a denní místnost, která ovšem může být zároveň centrem denních aktivit a denního stacionáře. V rámci terénních služeb je požadavek na minimálně jednu konzultační místnost a jednu kancelář, denní služby zahrnují jednu místnost pro skupinovou terapii a následně ještě minimálně jednu místnost, která může být využívána i v rámci krizových služeb, jak už jsem zmiňoval výše, tak jako místnost pro schůzky týmu. Další nutnou prostorovou částí CDZ jsou ordinace psychiatra, ordinace klinického psychologa a psychoterapeuta a kancelář managementu. Pro klienty pak koupelna, kuchyně, WC, čekárna. Technické vybavení je stanoveno dle platné vyhlášky 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče jako např. osobní vůz, počítače, mobilní telefony, zdravotnické vybavení atd.<sup>176</sup>

Dle organizačních kritérií CDZ je vyžadováno, aby mělo CDZ definována pravidla stanovující, cílovou skupinu, spádovou oblast, postup přijímání klientů do péče a propouštění z ní, způsob předávání informací mezi pracovníky CDZ, kompetence a způsobilosti pracovníků a způsob spolupráce s dalšími subjekty v dané oblasti (např. nemocnice, ambulantní psychiatři atd.). Tato spolupráce je s relevantními subjekty iniciována CDZ. Za kontrolu kvality poskytovaných služeb

---

<sup>176</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2016)

a jejich vyhodnocování odpovídá část managementu CDZ. Z pohledu platné legislativy musí mít CDZ oprávnění k poskytování zdravotních služeb a registraci služeb sociální rehabilitace a případných dalších sociálních služeb. Oprávnění zdravotních služeb je definováno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a registrace sociálních služeb je stanovena dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.<sup>177</sup>

Vzhledem k tomu, že do cílové skupiny CDZ patří lidé, u kterých duševní nemoc teprve začíná (nejčastější výskyt schizofrenie je cca 17–24 let), tak cílem intervencí jsou i jejich blízcí. Podpora celé rodiny může zlepšit adaptaci člověka s duševním onemocněním na novou situaci, snížit riziko zvýšeného stresu u něj i jeho blízkých a zlepšit tak průběh duševního onemocnění. Pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách to bude klást nároky na vzdělávání, např. z hlediska specifických způsobů práce – case management, orientace v psychiatrických diagnózách, práce s rodinou. Reforma psychiatrické péče přináší změny do organizace systému péče jak ve zdravotních, tak i sociálních službách. Sociální pracovníci budou rovnocennými partnery zdravotnických služeb, naučí se týmově a koordinovaně pracovat v multidisciplinárním týmu a pracovat jak s klienty, tak s jejich rodinnými příslušníky v jejich běžném prostředí. Zlepší se kvalita poskytované péče a zvýší se šance na lepší perspektivu do budoucna pro tisíce lidí s duševním onemocněním. CDZ bude spolupracovat se všemi subjekty psychiatrické péče na daném území i s dalšími sociálními službami. Podpora CDZ by se měla soustředit na terénní práci – zmapování nepříznivé sociální situace, podporu při trénování dovedností potřebných pro zvládnutí domácnosti, péče o sebe, podporu kontaktu s okolím a samozřejmě podporu při udržení nebo získání práce. Velkou výhodou bude spolupráce se zdravotnickými profesionály. Psychiatrické sestry budou mapovat zdravotní stav – psychický i fyzický, řešit jeho případné zhoršení, spolupracovat s psychiatrem, praktickým lékařem a pomáhat předcházet hospitalizaci nebo ji snižovat.

Základním přístupem v péči o duševně nemocné by měl být multidisciplinární přístup, čímž se rozumí koordinovaná spolupráce více profesí ze zdravotní a sociální oblasti, jejímž účelem je zabezpečení komplexní péče. Vyznačuje se úzkou spoluprací multidisciplinárního týmu za účelem flexibilní koordinace činnosti jednotlivých profesí v zájmu uživatele služby a komplexním plánováním dlouhodobé péče s definováním konkrétních úkolů jednotlivých profesí. Pro realizaci tak zásadních změn celého systému péče je důležitým předpokladem u řady profesionálů změna myšlení, postojů a přístupů k péči i klientům. Proto je většina aktivit reformy zaměřena tímto směrem.

---

<sup>177</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2016)

Multidisciplinarita pracovního týmu ovšem představuje v některých případech dle pracovníků obou vybraných CDZ i nevýhody. Ty se vztahují na ně samotné a práci v takto složeném týmu. Stejně jako uvádí Dudová (2017) ve své práci, která byla zaměřena na multidisciplinární tým CDZ Prahy 8, nesourodost pracovníků v jejich teoretických zaměřeních a hodnoceních situací může být někdy rovněž aspektem, který vede k neshodám. Najít společné řešení se proto stává náročnější. Dudová (2017) rovněž upozorňuje na to, že pro spolupráci v multidisciplinárním týmu je ztěžujícím faktorem, pokud před jeho vznikem pracovali jeho členové jako dva samostatné týmy. Tyto sloučené týmy pak mají tendenci integrovat své vlastní postupy, metody a hodnoty do práce druhého týmu.

Vedle žádoucího sjednocení obou částí multidisciplinárních týmů jak z hlediska zaměstnavatele, tak z hlediska administrativy a pracovních nároků, vyjádřili pracovníci obou CDZ obavu ohledně budoucího financování CDZ. V této otázce se současná ministryně práce a sociálních věcí Jana Maláčová a současný ministr zdravotnictví Adam Vojtěch shodují na tom, že pro zajištění financí a úspěšné pokračování Reformy péče o duševní zdraví po ukončení jejího financování z Evropských fondů je nutná spolupráce obou resortů.<sup>178</sup> Někteří pracovníci tedy vyjadřují obavy, jak bude provoz CDZ financován v budoucnu po ukončení finanční podpory Evropské unie a zda bude dostatek financí pro plánované další rozšiřování sítě CDZ.

Služby CDZ mají být poskytovány cílové skupině klientů s vážným duševním onemocněním (SMI – Serious Mental Illness) - nejčastěji se jedná o osoby s onemocněním v diagnostických okruzích F2 (osoby se schizofrenními poruchami), F3 (osoby s afektivními poruchami), případně pak F42 (osoby s obsedantně-kompulzivními poruchami) a F6 (osoby se specifickými poruchami osobnosti a chování). Diagnostické kódy jsou užívány dle platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Dále je vážné duševní onemocnění charakterizováno svým trváním – déle než 2 roky a funkčním narušením dle klinického nástroje pro aktuální posouzení neschopnosti GAF (skóre GAF  $\leq$  70). Další skupinou osob, pro kterou je péče CDZ určena, jsou osoby s potřebou včasné intervence (potřeba včasné diagnostiky onemocnění a rychlého započetí léčby), u kterých je riziko rozvinutí vážného duševního onemocnění. Pro CDZ-K je cílová skupina klientů rozšířena ještě o osoby v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi, kteří ovšem nevyžadují hospitalizaci. Výjimku tvoří případy osob s akutní intoxikací. Cílem služby pro tuto cílovou skupinu je nutná krátkodobá intervence a předání do další odpovídající péče.<sup>179</sup>

---

<sup>178</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2019)

<sup>179</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (2016)



## 11. Diskuze

Organizace věnující se duševní stránce obyvatelstva, pomáhají zlepšovat duševní zdraví populace. Ve světě existuje mnoho organizací. Mezi nejvýznamnější patří Světová federace pro duševní zdraví a Mental Health Europe, o kterých se v této podkapitole zmiňuji. Také v České republice postupně vznikly organizace věnující se této problematice, uvádím například Fokus – Sdružení pro péči o duševně nemocné a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

V moderním přístupu v psychiatrii se snažíme u našich nemocných v rámci léčby nejen dosáhnout vymizení příznaků onemocnění, jako jsou bludy či halucinace, ale snažíme se především dosáhnout jejich údravy, která představuje začlenění nemocného do běžné společnosti, posílení jeho schopnosti obstat v běžném životě, podporu jeho autonomie. Koncept léčby nemoci se přesouvá od paternalistického pojetí k principu spolupráce v léčbě a péči. Uživatel péče by měl být aktivním „hráčem“, jeho vztah s odborníky by měl být co nejméně nátlakový, měl by se účastnit plánování léčby, být podporován v zapojení do volnočasových aktivit a měla by být posilována jeho nezávislost.<sup>180</sup>

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví lidí ovlivňováno z více než 50 % sociálními vlivy. Při WHO byla zřízena komise pro Sociální determinanty zdraví, v jejímž čele stojí profesor sir M. Marmot. Jejím úkolem je odpovědět na otázky o zdravotním stavu obyvatel, pomoci vyřešit otázky a důvod (determinanty) zdravotní rozdílnosti a najít metody, kterými by se rozdílnosti vyřešily. Práce by mohla přispět porozumění sociálním determinantám zdraví a apelovat na jejich ovlivňování prostředím sociálních pedagogů, protože sociální determinanty zdraví, jak popisuje Wilkinson a Marmot (2003) mají vliv na způsob a kvalitu života člověka po celý život, což je téma určené sociálním pedagogům.

Česká zdravotní politika je dlouhodobě redukována na bio-medicínské paradigma a opomíjí psychosociální paradigma, což má zásadní význam v přístupech k léčbě ve vztahu k jednotlivým pacientům. V oblasti samotné psychiatrie jsme svědky obdobného jevu. Ačkoliv české učebnice psychiatrie formulují význam psychoterapeutické podpůrné léčby<sup>181</sup>, v realitě je zjevně pro řadu psychiatrů snadnější předepisovat psychofarmaka i přes jejich zatěžující vedlejší účinky. V praxi psychiatrické péče v ČR existují zjevně variace v přístupu k pacientům a k samotné léčbě. Jistě ne všichni poskytovatelé psychiatrické péče postupují v rozporu s doporučenými postupy strategie WHO. Problém takových variací je obecně známým fenoménem zdravotnických systémů.

---

<sup>180</sup> Jiří Raboch, Barbora Wenigová (2012)

<sup>181</sup> Ján Praško (2011)



Duševní nemoc nelze zcela jednoznačně definovat. Vymezení tohoto pojmu mnohdy bývá v opozici k pojmu duševní zdraví či normalitě. Dalo by se tedy říci, že duševně nemocný je ten, který není duševně zdravý či duševně nemocný je ten, jehož chování se vychyluje od normy. Problém ale nastává v nejasné formulaci, co je zdraví či co je normální. Rozdílné názory o normalitě panují díky odlišným historickým a sociokulturním podmínkám. Definování duševního onemocnění je velmi obtížné.<sup>182</sup>

Zbavení negativní nálepky osob s duševním onemocněním by zajisté mělo dalekosáhlé důsledky. Především na kvalitě života každého, kterého se problém s psychickým zdravím týká. K lepšímu postavení duševně nemocných může velkou měrou přispět uskutečnění plánů z reformy psychiatrické péče. Ministerstvo zdravotnictví však na péči o duševně nemocné musí vyhradit dostatečný podíl peněz, aby mohla být uskutečněna v celé své šíři.<sup>183</sup>

Duševně nemocný člověk by měl dostat co nejvíce informací, kam se má obrátit po hospitalizaci, jakou využít ambulantní péči. Pacientovi by měla být nabídnuta okamžitá spolupráce, poskytnout mu základní pocit jistoty, někdo mu naslouchá – a to by mělo už nastat při hospitalizaci v nemocnici. Pacient se mnohdy vrací do rodiny, která mu „nerozumí“ – odpovídající služba by měla přijít za ním.

Klient nemá finanční prostředky, má kombinovanou diagnózu – je duševně nemocný a má k tomu závislost – klienti vypadávají ze služeb – poskytovatelé nejsou schopni je tam udržet. Příklad – kdy pacientka byla hospitalizovaná a neřešila se její závislost, ale jen duševní onemocnění.

Problémem psychiatrického pacienta je v mnoha případech izolování od okolního světa, nedokáže ani sám vyjít z bytu a tady by měl pro něho být terénní tým, který by ho navštívil v jeho prostředí.

Duševně nemocný člověk často nemůže sehnat práci – má stigma – velmi často nechtějí, aby to zaměstnavatel věděl. Stigma ale mají, to je realita – v zaměstnání mnohdy selhávají – je to i součástí minulosti – dělali špatné věci rodině, zaměstnavateli atd. – je prostě potřeba přijmout minulost. Realitou ale je, že firmy mnohdy neví, že je zaměstnanec duševně nemocný.

Největším přínosem bude zajisté dostupnost kvalitní psychiatrické péče zaměřené individuálně na klienta. Péče by měla být poskytována co nejvíce v přirozeném prostředí, což by mohlo být nápomocné v zamezení stigmatizace díky nepotřebnosti či zkrácení hospitalizace v psychiatrických zařízeních. Ke snížení diskriminace také přispějí technické změny psychiatrických nemocnic a léčeben směřující k lepším podmínkám pro pacienty. Péče o osoby s duševním onemocněním by v budoucnu měla být podobná jako péče o pacienty s jinými obtížemi.

---

<sup>182</sup> Eva Češková, Hana Kučerová, Mojmír Svoboda (2006)

<sup>183</sup> Magdalena Vaněčková (2018)

Předpokládám, že zlepšením poskytování péče o duševně nemocné se sníží potřeba veřejnosti se od těchto osob distancovat a vytěšňovat je ze společenského života.<sup>184</sup>

Za stěžejní element v poskytování komplexní psychiatrické péče lze tedy považovat multidisciplinární tým. Pokud bereme na vědomí, že duševní porucha není způsobena pouze fyziologickými změnami, ale že jde o onemocnění mnohofaktorové, musíme stejným způsobem přistupovat k její léčbě. Úzdava z nemoci nemůže nastat, pokud na nemocného budou působit stejné vlivy, které onemocnění způsobily, popřípadě další problémy, které vlivem nemoci vyvstaly. Komplexní pomoc nastává ve chvíli, kdy je nemocný v rukou mnoha odborníků, kteří se společně snaží odstranit veškeré překážky, se kterými se nemocný potýká a kteří spolu úzce spolupracují.

Systém poskytovaných služeb musí být pružný a musí reagovat na potřeby klienta s tím, že ve chvíli zhoršení jeho stavu dokáže poskytnout intenzivní podporu (např. skrz krizovou intervenci), a to 24 hodin denně. Takto nastavený multidisciplinární tým je schopen poskytnout kvalitní a komplexní psychiatrickou péči v komunitních podmínkách, za pomoci formálních i neformálních zdrojů podpory klienta. Tento tým je nejen multiprofesní, ale též multiresortní; resorty působící v oblasti zdravotnictví a sociálních věcí.<sup>185</sup>

Z dotazníkového šetření mezi 125 respondenty s vážným duševním onemocněním v rámci projektu „Informační aktivity“ realizovaného spolkem Dobré místo v letech 2015 a 2016 vyplynulo, že 40 % lidí není spokojeno s tím, jakým způsobem jim lékaři vycházeli vstříc při hledání optimální medikace. Téměř polovina respondentů (42 %) uvedla, že mají pocit, že jim užívání léků příliš nepomohlo a že léčba pomocí léků není dostatečně účinná. Respondenti hodnotili také zkušenosti s pobytem v psychiatrické léčebně. Pro 44 % respondentů představoval pobyt negativní zkušenost. Zřejmě největší problém byl spatřován v tom, že na ně psychiatr měl málo času (42 %). Přibližně třetina respondentů (35 %) si stěžovala na fakt, že personál nerespektoval jejich důstojnost. Respondenti také uváděli jako hlavní problém nedostatek informací.<sup>186</sup>

Různé odchylky mentálního zdraví mohou zapříčinit vznik mnoha psychických onemocnění, jako jsou neurózy nebo psychózy, a tyto odchylky také oslabují obranu proti náročným životním situacím. V průběhu psaní této práce jsem si potvrdil, že na naše duševní zdraví neustále působí různé faktory. Jednak je to dědičnost, dále rodinný faktor a bezesporu na nás má obrovský vliv sociální prostředí, ve kterém se nacházíme celý život. Samozřejmě nelze opomenout ekonomický faktor, který má v dnešní době na nás značný vliv. Také jsem zjistil, jak velký význam

---

<sup>184</sup> Magdalena Vaněčková (2018)

<sup>185</sup> Fokus ČR (2013)

<sup>186</sup> Josef Gabriel et al. (2016)

má péče o duševní zdraví na omezování vlivu civilizačních chorob, přičemž nesmíme zapomínat na nepostradatelnost prevence. Musíme si však uvědomit, že problematika duševního zdraví má svou historii. Tímto tématem se zabývali lidé již před tisíci lety a my můžeme dodnes čerpat z jejich poznatku zejména o potřebě harmonie různých složek naší duše.

S rozvojem psychiatrické péče a s nutností zaměřit se na naplňování lidských práv v širokém měřítku bylo zapotřebí upravit legislativní podmínky, jelikož handicapem nebylo duševní nemocnění samo o sobě, ale překážky, kterým musí nemocní jedinci čelit ve společnosti. Zároveň se začal prosazovat zájem o to, aby všichni jedinci měli možnost žít v přirozeném prostředí mimo ústavní zařízení a měli dostupnou zdravotní péči i v běžných podmínkách. I přes značnou časovou prodlevu se začínáme přibližovat západnímu trendu, přičemž se začíná upouštět od institucionální péče, která je částečně spojená s ubíráním svobody a nenaplňováním práv.<sup>187</sup>

Současně s rozvojem Center duševního zdraví je potřeba se více věnovat lidem s duševní nemocí, neboť z mého profesionálního hlediska pracovníka pohybujícího se v sociálních službách je nutné pomáhat integraci těchto lidí, nikoliv „klientů“, do běžného způsobu života. I tito lidé mají právo na běžný život, i když k tomu potřebují určitý specifický přístup a péči. Tato péče se nám všem vrátí v podobě jejich spokojeného života a zároveň v nižších nákladech na jejich léčbu, která by v budoucnu čerpala stále více finančních prostředků ze státního rozpočtu v případě velkého množství pobytových lůžek než v případě financování Center duševního zdraví.

Proces změn v psychiatrické sféře přinese mnoho dalších požadavků. Pouze praxe ale ukáže, jak péče o duševně nemocné může v těchto podmínkách fungovat. Každý nově vznikající tým bude čelit různorodým podmínkám, na které by se měl brát ohled a dle nich týmy formovat. Zejména záleží na rozsahu spádové oblasti, od čehož se odvíjí zastoupení různých profesionálů v týmu, na počtu fluktuujících a stálých klientů nebo například na osobnostním nastavení každého člena týmu. Pro poskytování kvalitní multidisciplinární péče musí tým cílit k vyváženosti zdravotních a sociálních služeb, za předpokladu dobré koordinace poskytovaných služeb a k asertivnímu přístupu ke klientům na základě vytvořeného profesionálního vztahu s klientem.

Současný ústavní systém je zrušitelný a je potřeba ho změnit. Péče by měla být poskytována tam, kde nemocný člověk žije a v souvislosti s jeho normálním životem. Aby to pro něj bylo co nejpřirozenější a současně, aby tam měl dostupnou celou škálu psychiatrické péče. Někdy člověk potřebuje vypadnout ze svého prostředí, ale to neznamená, že ho odvezeme někam, kde je to i pro zdravého člověka příšerné, protože je tam koncentrace toho problému, ze kterého by se měl dostat. Myslím, že každý člověk by byl zmatený, kdyby ho přivedli do léčebny, kde ho svléknou a kde se

---

<sup>187</sup> Monika Dudová (2017)

s ním nějaká anonymní osoba začne bavit o věcech, do kterých nikomu nic není a které jsou irelevantní, jako třeba kdy měl první sexuální kontakt a podobně. To by se každý našel.<sup>188</sup>

Duševní zdraví je jedním z nejcennějších determinantů jak jedince, tak celé společnosti, přičemž počet duševně nemocných (nebo se zhoršeným duševním zdravím) celosvětově přibývá, výjimkou není ani Česká republika. Je tedy nutné dbát na dodržování mezinárodních úmluv a deklarovaných práv, které přispějí ke zlepšování duševního zdraví na národní úrovni.<sup>189</sup>

Při zavádění nových Center duševního zdraví je nutné sledovat efekt a kvalitu poskytované péče. Na jedné straně jde o pracovníky, kteří péči poskytují – tedy vytvořit určitý rámec poskytovaných služeb integrovaný v legislativě, popsat kompetence jednotlivých profesionálů a standardů poskytované péče, což současně musí doprovázet evaluace ze strany klientů.<sup>190</sup>

---

<sup>188</sup> Jan Pfeiffer (2015)

<sup>189</sup> Monika Dudová (2017)

<sup>190</sup> Monika Dudová (2017)

## 12. Použité zdroje

ANTHONY, W. 1993. *Recovery for mental illness: The guiding vision of the mental Health service systém in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal.

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M., CAGNE, C. 2002. *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation. Trustees of Boston University.

BÄHLER, M., REMMERS van VELDHUIZEN, J. 2013. *Manuál Flexible Assertive Community Treatment*. Vize, model, praxe a organizace. Dostupné na internetu: <[http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT\\_manual\\_CZ\\_final\\_s\\_obalkou.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf)>

BODNÁR, J. 2009. *Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných*. Praha. Diplomová práce.

BOWEN, M. 1976. *Theory in the practice of psychotherapy*. In P. J. Guerin Jr. (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 42–90). New York: Garner Press.

BRACKEN, P; et al. 2012. *Psychiatry beyond the current paradigm*. The British Journal of Psychiatry. United Kingdom, 201, 6, 430-434, Dec. 1, 2012. ISSN: 0007-1250

BURNS, T. 2006. *Psychiatry: a very short introduction*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-019-2807-274

CARe Česká republika. 2017. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2019-07-15]. Dostupné na internetu: <<http://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>>

CARLING, P. J. (1995): Promoting social integration, In: Weeghel, J. (2002): *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness*. GIP, Hilversum, Utrecht

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE A DUŠEVNÍ ZRAVÍ (CMHCD). 2012. *Politika péče o duševní zdraví v ČR: Zpráva o současném stavu*. [online]. [cit. 27-01-2016]. Dostupné na internetu: <[http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf)>

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE A DUŠEVNÍ ZRAVÍ (CMHCD). 2017. *Politika péče o duševní zdraví: zpráva o současném stavu*. Www.cmhcd.cz. [online]. [cit. 2017-04-18]. Dostupné na internetu:

<[http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf)>

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE A DUŠEVNÍ ZRAVÍ (CMHCD). 2017a. *Stopstigma*. Www.cmhcd.cz [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>>

CORRIGAN, P. W. 2004. *How stigma interferes with mental healthcare*. American Psychologist, 59, s 614–625.

ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H., SVOBODA, M. 2006. ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, ISBN 80–7367–154–9

DEČEVÍČ, M., JANKOVIČ, U., ČEKEREVA, A. 2016. *The social paradigm in psychiatry as a link between social work and psychiatry in theory and practice*. Annual of Social Work. ISSN 18465412

DOBIÁŠOVÁ, K., TUŠKOVÁ, E., HANUŠOVÁ, P., ANGELOVSKÁ, O., JEŽKOVÁ, M. 2016. *The Development of Mental Health Policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989*. Central European Journal of Public Policy. ISSN 1802-4866

DUDOVÁ, M. 2017. *Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné*. Praha. Diplomová práce.

EC (European commission). 2005. *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels.

FARKAS, M., SOYDAN, A. S., CAGNE, C. 2000. *Introduction to Rehabilitation Readiness*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University

FIŠER, B. 2000. *Zdraví 21. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Kodaň: 191 s. ISBN 92-890-1349-4

FOITOVÁ, Z. 2009. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In Pěč, O., Probstová, V. eds. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TRITON.

FOKUS ČR. 2013. *Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním: Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním*. [www.fokus-cz.cz](http://www.fokus-cz.cz) [online]. [cit. 2017-04-09]. Dostupné na internetu: <<http://www.fokusczech.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-dusevnimonemocnenim>>

FOKUS ČR. 2017. *FACT Otevřený dialog: Využitelné zahraniční modely*. Dostupné na internetu: <[https://www.fokus-cr.cz/images/Brozura\\_Terst\\_FACT\\_Otevreny\\_dialo.pdf](https://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Terst_FACT_Otevreny_dialo.pdf)>

GABRIEL, J., KRYLOVÁ, M., MÁLKOVÁ, K. 2016. *Problémy a potřeby lidí s duševním onemocněním* [online]. Praha: Dobré místo, [cit. 2017-05-04]. Dostupné na internetu: <[http://www.lidemezilidmi.cz/pdf/dm\\_reforma.pdf](http://www.lidemezilidmi.cz/pdf/dm_reforma.pdf)>

GASK, L. 2004. *A short introduction to psychiatry*. London: SAGE, 2004. ISBN 07-619-7138-6

HAASOVÁ, K. *Úvod do case managementu* In JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. (eds.). 2008. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-504-1

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0

HEALTH AT A GLANCE. 2015. *How does Australia compare?* [online]. Dostupné na internetu: <<https://www.oecd.org/australia/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-AUSTRALIA.pdf>>

HEJZLAR, P., HALÍŘ, M., FIALA, M. 2010. *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě nemocné*. Psychiatrie. Ročník 14/3.

HEJZLAR, P., STUHLÍK, J., ŘÍČAN, P., ŠTURMA, P., FIALA, M., HODBOŇ, J., SKÁLA, O. 2015. *Sociální část CDZ – podkladové materiály pro MPSV* [online]. [cit. 17. 12. 2016]. Dostupné

na internetu: <[http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/09/CDZ-socialni-cast\\_role\\_kompetence\\_060515.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/09/CDZ-socialni-cast_role_kompetence_060515.pdf)>

HENDERSON, J. 2008. *Biological psychiatry and changing ideas about mental health prevention in Australian psychiatry: Risk and individualism*. Health Sociology Review.

HROMKOVÁ, D., ZAHRADNICKÁ, E. 2019. *Psychiatr přijde až domů. Péče o duševně nemocné se přesouvá z léčeben*. [online]. Dostupné na internetu: <[https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/dusevni-onemocneni-porucha-psychiatr-domaci-leceni-pece-centrum-zdravi-reforma.A190826\\_113240\\_domaci\\_pmk](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/dusevni-onemocneni-porucha-psychiatr-domaci-leceni-pece-centrum-zdravi-reforma.A190826_113240_domaci_pmk)>

JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. 286 s. ISBN 80-7178-535-0

JANOŠKOVÁ, M., WINKLER, P., KÁŽMÉR, L. 2014. *Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v letech 2001 až 2011*. Psychiatrie. s 161-165.

KANIOVÁ, I. 2013. *Case management*. Sborník rozšířených anotací Balíčků odborných kompetencí – 2. díl. Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-354-5

KATZENBACH, J. R., SMITH, J. 1993. *The Wisdom of Teams: Creating the Highperformance Organization*. Harvard Business Press. Dostupné na internetu: <[https://projekty.osu.cz/okapousu/sbornik/sbornik\\_2\\_dil.pdf#page=44](https://projekty.osu.cz/okapousu/sbornik/sbornik_2_dil.pdf#page=44)>

KLEINMAN, A. 2012. *Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen - and soon*. The British Journal of Psychiatry. ISSN 0007-1250.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0

MATOUŠEK, O. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 380 s. ISBN 80-7178-548-2

MARSHALL, M., GRAY, A., LOCKWOOD, A., GREEN, R. 2000. *Case management for people with severe mental disorders*. Cochrane Database syst rev 2000



MARSHALL, M., LOCKWOOD, A. 2011. *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [online]. [cit. 2017-04-12]. Dostupné na internetu: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796415>>

McDAID, D., THORNICROFT, G. 2005. *Policy Brief: Mental Health II: Balancing institutional and community-based care* [online]. [cit. 27-01-2017]. Dostupné na internetu: <<http://www.euro.who.int/en/aboutus/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/mental-health-ii-balancinginstitutional-and-community-based-care>>

MEAD, S., HILTON, D., CURTIS, L. 2001. *Peer Support: A Theoretical Perspective*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné na internetu: <[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36125828/Mead\\_Hilto\\_Curtis\\_peer\\_support\\_theoretical\\_perspective.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1491812420&Signature=NVVGsKMDWXykFEkyzIDgzKLIkt4%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DPeer\\_Support\\_A\\_Theoretical\\_Perspective.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36125828/Mead_Hilto_Curtis_peer_support_theoretical_perspective.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1491812420&Signature=NVVGsKMDWXykFEkyzIDgzKLIkt4%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DPeer_Support_A_Theoretical_Perspective.pdf)>

MINISTERTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2016-2025*, 2016

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 29-01-2017]. Dostupné na internetu: <[http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ)*. 2016. In: *Věstník MZ ČR*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, ročník 2016, částka 5. Dostupné také na internetu: <[https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016\\_11835\\_3442\\_11.htmlR](https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016_11835_3442_11.htmlR)>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2017. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*. [online]. [cit. 05-05-2017]. Dostupné na internetu: <<http://www.reformapsychiatrie.cz/wpcontent/uploads/2016/12/170206-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ.pdf>>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2018. *Prvních pět center duševního zdraví se otevřelo pacientům*. [online]. [cit. 20-09-2018]. Dostupné na internetu: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrela-pacientum\\_16025\\_3801\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrela-pacientum_16025_3801_1.html)>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Malý průvodce CDZ*, 2018a

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Metodika programu podpory Center duševního zdraví*, 2018b

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Metodika programu podpory Center duševního zdraví II*, 2018c

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví vybralo dalších 15 Center duševního zdraví, spustit by se měla do července* [online]. 2019, 15. 1. [cit. 2019-07-22]. Dostupné na internetu: <[https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravispustit-b\\_16665\\_8.html](https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravispustit-b_16665_8.html)>

MLČOCH, Z. 2017. *Hospitalismus*. Wwww.scs.abz.cz [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné na internetu: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/hospitalismus>>

MONCRIEFF, J. 1997. P: *The medicalisation of modern living* [online]. Critical psychiatry network [cit. 29-01-2017]. Dostupné na internetu: <<https://www.academyanalyticarts.org/moncrieff-psychiatric-imperialism>>

MORGAN, C., BHUGRA, D. 2010. *Principles of social psychiatry*. Hoboken, NJ. ISBN 978-0-470-69713-9

MUESER, K. T., BOND, G. R., DRAKE, R.E. 2001. *Community based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes*. Medscape General Medicine.

MURRAY, H. 2014. *My place was set at the terrible feast*. The journal of american culture. 2014, s. 37-51

NA ROVINU [online]. NUDZ, 2017 [cit. 2019-07-29]. Dostupné na internetu: <<http://narovinu.net>>

NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020-2030. 2020. Úřad vlády České republiky. [online]. Dostupné na internetu: < [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi\\_4114\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html)>

PARIS, J. 2010. *The use and misuse of psychiatric drugs: an evidence-based critique*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell

PATEL, V. 2012. *Global Mental Health: From Science to Action*. *Harvard Review of Psychiatry*. ISSN 1067-3229

PÁV, M., PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, J., ŠTASTNÁ, J. 2017. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. *Psychiatrie pro praxi*. s. 69-47.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., ALBRICH, B. E. 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3

PĚČ, O., 2019. *Destigmatizace*. [online]. cit. 2019-08-13]. Dostupné na internetu: <<https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>>

PFEIFFER, J., 2015. Transformace musí mít jasně stanovený cíl. [online]. cit. 2015-03-01]. Dostupné na internetu: <[http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/zajimavosti-z-oboru/Transformace-musi-mit-jasne-stanovy-cil\\_\\_s629x7517.html](http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/zajimavosti-z-oboru/Transformace-musi-mit-jasne-stanovy-cil__s629x7517.html)>

PRAŠKO, J. ed. 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris. 514 s. ISBN 978-80-87323-00-7

PRINCE, M., PATEL, V., SAXENA, S., MAJ, M., MASELKO, J., PHILLIPS, M., RAHMAN, A. 2012. *No health without mental health*. *The Lancet*. ISSN 01406736

PROBSTOVÁ, V., ŠELEPOVÁ, P., DRAGOMIRECKÁ, E., KALVODA, H., SOCHOROVÁ, G., PĚČ, O. 2006. *CAN: Camberwellské šetření potřeb: Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných*. Praha: STRATOS. ISBN 80-239-8056-4

PROTOPOPOVÁ, D. 2018. Aktuální stav reformy psychiatrické péče. *Zdravotnické noviny: Odborná příloha* [online]. cit. 2019-07-28]. Dostupné na internetu: <[http://www.reformapsychiatrie.cz/wpcontent/uploads/2018/03/ZNPL\\_09\\_magazinA\\_N6.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wpcontent/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.pdf)>

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén. 15 str. Dostupné na internetu: <[http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)>

RABOCH, J. 2012. *Zahájení a úvod: psychiatrie a společnost* [přednáška k předmětu Psychiatrie, obor Všeobecné lékařství, 1. lékařská Univerzita Karlova]. Praha. 1.10.2012. Dostupné na internetu: <[https://el.lf1.cuni.cz/p5\\_uvod](https://el.lf1.cuni.cz/p5_uvod)>

RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. 224 s. PRAHA: Česká psychiatrická společnost o.s.

REIL, J. C. 2010. *The Dictionary of Eighteenth Century German Philosophers*, 3 vols., edited by Manfred Kuehn and Heiner Klemme (London/New York: Continuum). Dostupné na internetu: <<https://users.manchester.edu/FacStaff/SSNaragon/Kant/bio/FullBio/ReilJC.html>>

ŘEZÁČ, J. 1998. *Sociální psychologie*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-48-6.

ŘEZNÍČEK, I. 1994. *Metody sociální práce*. Praha: Slon. ISBN 80-85850-00-1

SARACENO, B., VAN OMMEREN, M., BATNIJI, R., COHEN, A., GUREJE, O., MAHONEY, J., SRIDHAR, D., UNDERHILL, D. 2007. *Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries*. The Lancet. ISSN 01406736

SAXENA, S., THORNICROFT, G., KNAPP, M., WHITEFORD, H. 2007. *Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency*. The Lancet. ISSN 01406736

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE, 2013. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Verze 1.0. [online] Dostupné na internetu: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)

STUHLÍK, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books. [online] [citace 05-06-2013] Dostupné na internetu: <<http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>. >

STUHLÍK, J. 2009. *Case management*. In: Pěč, O., Probstová, V. (eds.). *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha/Kroměříž: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3

STUHLÍK, J. 2013. Česká cesta ke case managementu [prezentace]. Seminář Case Management v ČR. [online] Dostupné na internetu: <<http://ies.podaneruce.cz/casemanagement/seminar/3-rocnik-2013/>>

STURDY, S., FREEMAN, R., SMITH-MERRY, J. 2013. *Making Knowledge for International Policy: WHO Europe and Mental Health Policy, 1970-2008*. Social History of Medicine. ISSN 0951-631x

ŠUPA, J. 2017. *Odras reformy psychiatrické péče v sociálních službách*. Sociální služby. Dostupné na internetu: <<http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Reforma%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D.pdf>>

TEST, M.A., STEIN, L.L. (eds.) 1978. *Alternatives To Mental Hospital Treatment*. Plenum Press USA.

THOMAS, T. 2005. *A brief history of psychotherapy* [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné na internetu: <[http://works.bepress.com/timothy\\_thomas/25/](http://works.bepress.com/timothy_thomas/25/)>

TRIMBLE, M., GEORGE, M. 2010. *Biological psychiatry*. 3rd ed. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell. ISBN 978-0-470-68894-6

TUŠKOVÁ, E., DOBIÁŠOVÁ, K., DUŠKOV, I. CHAPTER 4. 2019. *An Overview of Mental Health in the Czech Republic*. In Scheffler, R.M., Shumway, M., Chereches, R.M. *Mental Health in*

Central and Eastern Europe: Improving Care and Reducing Stigma – Important Cases for Global Study, World Scientific, 200 s. ISBN 9811205639

TWAMLEY, E.W., JESTE, D., LEHMAN, A.F. 2003. *Vocational Rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders. A literature review and meta-analysis of randomized controlled trial.* The Journal of Nervous and Mental Disease

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Zdravotnictví České republiky 2012 ve statistických údajích, Praha: ÚZIS ČR, 2013. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné na internetu: <<http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-cr-ve-statistickych-udajich>>

VANĚČKOVÁ, M. 2018. *Destigmatizace osob s duševním onemocněním.* Praha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta.

VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky.* 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-496-6

VÁLKOVÁ, H. 2015. *Každý pátý chce invalidní důchod kvůli duševní nemoci, žadatelů přibývá* [online]. Idnes.cz, 19.2.2015 [cit. 04-05-2017] Dostupné na internetu: <[http://zpravy.idnes.cz/invalidni-duchod-dusevni-nemocnudz-db8-/domaci.aspx?c=A150216\\_140450\\_domaci\\_hv](http://zpravy.idnes.cz/invalidni-duchod-dusevni-nemocnudz-db8-/domaci.aspx?c=A150216_140450_domaci_hv)>

VENTRIGLIO, A., GUPTA, S., BHUGRA, D. 2016. *Why do we need a social psychiatry?* The British Journal of Psychiatry. ISSN 0007-1250

VIERECKL, M. 2017. *Reforma psychiatrické péče v ČR.* Sociální služby. Dostupné na internetu: <<http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Reforma%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>>

VÍTKOVÁ, K. 2013. *Lidi s antidepresivou přibývá. Hlavně v bohatých zemích* [online]. Aktualne.cz, 23.11.2013 Dostupné na internetu: <<https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/lidi-s-antidepresivy-pribyva-hlavne-v-bohatych-zemich/r~9a037742541a11e3a080002590604f2e/>>

VIZDOM: *Včasná intervence u závažných duševních onemocnění* [online]. NUDZ, 2018 [cit. 2019-07-29].

WHO (World Health Organization) 2001. *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization Dostupné na internetu: <[http://www.who.int/whr/2001/e/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/e/whr01_en.pdf)>, accessed 21 December 2004.

WHO (World Health Organization) 2001b. *Atlas: Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization. Dostupné na internetu: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/database.htm](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/database.htm)>, accessed 21 December 2004.

WHO (World Health Organization) 2001d. *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, No. 220).

WHO (World Health Organization). 2013. *Mental Health Action Plan 2013-2020* [online]. Dostupné na internetu: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)>

WILKINSON, R. MARMONT, M. 2003. *Sociální determinanty zdraví. Fakta a souvislosti*. Přel. Kučera, Z. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 53 s. ISBN 80-86625-46-X

WILKEN, J. P., HOLLANDER, D. 1999. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly* [online]. [cit. 2019-07-23]. Dostupné na internetu: <<http://www.fokusvysocina.cz/download/odborne-texty>>

WINKLER, P., JANOUŠKOVÁ, M. 2013. *Systémy psychiatrické péče v Evropě I: popis reformních procesů ve 12 zemích EU*. Psychiatrie. s 65-69.

WINKLER, P., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. 2014. *Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace*. Psychiatrie. s 54-59.

## 13. Přílohy

### Příloha A – Obrázky

Obrázek č. 1 Spotřeba antidepresiv v zemích OECD 2000-2013.....	15
Obrázek č. 2 Podíl výdajů na duševní zdraví na celkových výdajích ve zdravotnictví .....	27
Obrázek č. 3 Podíl nákladů VZP ČR v oboru psychiatrie v letech 2000-2009 .....	27
Obrázek č. 4 Počet pacientů léčených v psychiatrických zařízeních v ČR .....	30
Obrázek č. 5 Finance investované do oblasti duševního zdraví v nových zemích EU.....	48
Obrázek č. 6 Roviny Case managementu .....	49
Obrázek č. 7 Sedm „C“ .....	56
Obrázek č. 8 Přehled fungujících CDZ .....	79

### Příloha B – Standard Centrum duševního zdraví -

[http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016\\_11835\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016_11835_11.html)