

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Reforma péče o duševní zdraví v České republice

Reform of mental healthcare in Czech Republic

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Monika Válková

Autor: Bc. Andrea Šilhanová

Praha 2019

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní. PhDr. Monice Válkové za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Tereze Palánové za pomoc při výběru tématu diplomové práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Reforma péče o duševní zdraví v České republice“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3. 5. 2019

Bc. Andrea Šilhanová

Anotace

V současné době neexistuje komplexní péče o pacienta po propuštění z hospitalizace. Na začátku charakterizuji aktuální stav sítě zdravotních a sociálních služeb, které působí v oblasti duševního zdraví. Cílem práce je zjistit spokojenost klientů s poskytovanými službami v oblasti zdravotní a sociální péče. Dalším z cílů práce je zjištění potřeby Center duševního zdraví. V několika evropských zemích již reforma duševního zdraví proběhla. V diplomové práci popíšu tyto příklady, které pro nás mohou být motivací.

Klíčová slova

duševní zdraví, centrum duševního zdraví, reforma, transformace, lůžková péče, ambulantní péče, psychiatrie, kvalita péče, onemocnění

Annotation

At present there is no complex care of the patient who was released from hospitalisation. In the beginning I characterise current status of healthcare and social services network, which operate in the field of mental health. The purpose of the paper is to find satisfaction of the clients with services in the area of healthcare and social services. Next purpose is to find the necessity of centres of mental health. In several European countries reform of the mental health has already taken place. In the thesis I will describe those examples, which can be motivational for us.

Keywords

Mental health, centre of mental health, reform, transformation, inpatient care, ambulant care, psychiatry, quality of care, illnesses

Obsah

Seznam zkratek.....	7
Seznam tabulek.....	8
Seznam grafů.....	10
Úvod	11
1. Psychiatrie v České republice	13
2. Instituce a jejich zhodnocení, příspěvky, klasifikace duševních onemocnění	23
2.1. Instituce a péče o pacienty s duševním onemocněním	23
2.2. Příspěvky.....	28
2.3. Klasifikace duševních onemocnění	29
3. Vybrané příklady transformace psychiatrické péče v zemích Evropské unie	41
4. Průzkum.....	46
5. Diskuse	95
Závěr	100

Seznam zkratk

CDZ – Centrum duševního zdraví

EU – Evropská unie

JIP – jednotka intenzivní péče

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Rozdělení respondentů dle kraje, str. 50
- Tabulka č. 2 Rozdělení respondentů dle pohlaví, str. 51
- Tabulka č. 3 Věk respondentů, str. 52
- Tabulka č. 4 Dosažené vzdělání respondentů, str. 52
- Tabulka č. 5 Rodinný stav respondentů, str. 53
- Tabulka č. 6 Soužití v domácnosti, str. 54
- Tabulka č. 7 Znalost diagnózy, str. 55
- Tabulka č. 8 Diagnóza respondentů, str. 56
- Tabulka č. 9 Doba onemocnění, str. 57
- Tabulka č. 10 Zájem o dění v psychiatrické reformě, str.58
- Tabulka č. 11 Účast lidí s duševním onemocněním v rozhodování týkajících se systému psychiatrické péče, str. 59
- Tabulka č. 12 Rozhodování o systému péče o duševní zdraví, str. 60
- Tabulka č. 13 Pobyt v psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrickém oddělení, str. 51
- Tabulka č. 15 Četnost čerpání služeb denního stacionáře, str.61
- Tabulka č. 16 Četnost čerpání sociálních služeb, str.62
- Tabulka č. 17 Zkušenost z pobytu v nemocnici, str.63
- Tabulka č. 18 Zkušenosti z docházení do denního stacionáře, str. 64
- Tabulka č. 19 Hodnocení služeb ambulantního psychiatra, str. 67
- Tabulka č. 20 Zkušenosti se službami psychologa, str. 68
- Tabulka č. 21 Čerpání služeb praktického lékaře, str. 69
- Tabulka č. 22 Četnost čerpání služeb praktického lékaře, str.70
- Tabulka č. 23 Čerpání služeb jiného ambulantního specialisty, str. 70
- Tabulka č. 24 Četnost čerpání služeb jiného ambulantního specialisty, str. 71

- Tabulka č. 25 Zkušenosti se službami praktického lékaře nebo jiného specialisty, str. 72
- Tabulka č. 26 Čerpání služeb komunitního terénního týmu, str. 73
- Tabulka č. 27 Četnost čerpání služeb komunitního terénního týmu, str. 73
- Tabulka č. 28 Zkušenosti s využitím služeb komunitního terénního týmu, str. 74
- Tabulka č. 29 Čerpání služeb krizového centra, str. 74
- Tabulka č. 30 Pravidelnost čerpání služeb, str. 75
- Tabulka č. 31 Čerpání nevyjmenovaných služeb, str. 75
- Tabulka č. 32 Způsob čerpání nevyjmenovaných služeb, str. 75
- Tabulka č. 33 Hodnocení dostupnosti služeb pro lidi s duševním onemocněním, str. 76
- Tabulka č. 34 Hodnocení kvality psychiatrických služeb, str. 77
- Tabulka č. 35 Hodnocení komunitních/sociálních služeb pro lidi s duš. one., str. 77
- Tabulka č. 36 Hodnocení dostupnosti služeb v posledních 3 letech, str. 77
- Tabulka č. 37 Vliv onemocnění na vztah k rodině a přátelům, str. 79
- Tabulka č. 38 Hodnocení pomoci zdravotních nebo soc. služeb na vztah s rodinou, str. 79
- Tabulka č. 39 Hodnocení pomoci zdravotních nebo soci. služeb na vztah s přáteli, strana 79
- Tabulka č. 40 Potřeba služeb sociálního pracovníka, str. 80
- Tabulka č. 41 Zájem o typ bydlení, str. 80
- Tabulka č. 42 Využívané bydlení, str. 81
- Tabulka č. 43 Změna finanční situace vlivem onemocnění, str. 82
- Tabulka č. 44 Čistý měsíční příjem lidí s duševním onemocněním, str. 83
- Tabulka č. 45 Problematika zaměstnání, str. 84
- Tabulka č. 46 Potřeba zaměstnání pacientů, str. 85
- Tabulka č. 47 Míra pomoci podporovaného zaměstnání v nalezení zaměstnání, str. 86
- Tabulka č. 48 Pracovní zařazení, str. 86
- Tabulka č. 49 Druh pracovního zařazení, str. 88

Tabulka č. 50 Velikost společnosti zaměstnavatele, str. 89

Tabulka č. 51 Míra pobírání peněžitých dávek, str. 89

Tabulka č. 52 Typ pobíraných peněžitých dávek, str. 90

Tabulka č. 53 ISMI škála, str. 91

Tabulka č. 54 Škála WHODAS, str. 93

Seznam grafů

Graf č.1 Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních na schizofrenie a neurotické poruchy, str 37

Graf č. 2 Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních pro poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami, str. 38

Graf č. 3 Využívání služeb v kraji, str. 51

Graf č. 4 Poměr mužů a žen, str. 51

Graf č. 5 Věk respondentů, str. 52

Graf č. 6 Dosažené vzdělání respondentů, str. 53

Graf č. 7 Rodinný stav respondentů, str. 54

Graf č. 8 Soužití v domácnosti, str. 55

Graf č. 9 Znalost diagnózy, str. 56

Graf č. 10 Diagnóza respondentů, str.57

Graf č. 11 Doba onemocnění, str. 58

Graf č. 12 Zájem o dění v psychiatrické reformě, str.58

Graf č. 13 Zájem o typy bydlení, str. 81

Graf č. 14 Využívané bydlení, str. 82

Graf č. 15 Vliv onemocnění na finanční situaci, str. 83

Graf č. 16 Čistý měsíční příjem pacientů, str. 84

Graf č. 17 Potřeba zaměstnání pacientů, str. 85

Graf č. 18 Pracovní zařazení, str.

Úvod

Diplomová práce se zabývá současným stavem a plánovanou reformou péče o duševní zdraví v České republice. Transformace psychiatrické péče v České republice na rozdíl od některých severních a západních zemí ještě neproběhla. Současným trendem je přiblížit péči klientům do jejich domovů a zjednodušit orientaci v nabízených službách.

Důvody pro výběr daného tématu mám tři. Ve svém životě jsem se setkala s přáteli, kteří duševním onemocněním trpí. Všichni mají plnou podporu své rodiny a podle svých výpovědí by svou situaci bez podpory rodiny a přátel zvládli velmi špatně. Rodina je jim oporou finanční i psychickou. U zaměstnavatelů se setkali s negativní diskriminací. Veřejnost není informována, a proto přistupují k těmto pacientům s předsudky. Pacienti, kteří léčbu dodržují jsou schopni se do společnosti úspěšně zapojit. Další motivací je neexistence publikace, která by zahrnovala současně aktuální stav v České republice, stav zemí, kde transformace proběhla a přehled příprav reformy. V současné chvíli probíhá na Ministerstvu zdravotnictví výzkum, který se zabývá právě touto problematikou. Věřím, že práce může být pro tento výzkum přínosem.

Práce je členěna do pěti kapitol. První kapitola se bude věnovat současnému stavu legislativního rámce péče o duševní zdraví a institucím, které tuto péči klientům poskytují. Ve druhé kapitole popíšu proces transformace a její výsledky v zemích, kde již úspěšně proběhla. V této kapitole se budu věnovat i odlišností principů, na kterých byla transformace v různých zemích založena. Stejně tak jako byly použity některé prvky ze zahraničí při transformaci sociálních služeb se domnívám, že bude možné využít již použité principy v tomto případě. Třetí kapitola bude věnována aktuálním přípravám reformy o duševním zdraví v České republice. Vlastní průzkumná činnost bude situována do páté kapitoly. Průzkumná činnost bude navazovat na výzkum prováděný Ministerstvem zdravotnictví.

Dnes je psychiatrická péče koncentrována do institucí. Chybí zde centra, která by zajišťovala péči po propuštění z hospitalizace. Nefunguje provázanost mezi zdravotními, sociálními a dalšími službami. Důsledkem celé škály těchto problémů je propuštění klienta do domácí péče. Jestliže klient nemá zajištěnou pomoc od rodiny, musí se postarat sám o sebe. Vzhledem k neprovázanosti služeb je nucen si potřebné služby zajistit v několika různých institucích.

Potřebnost vybudování Center duševního zdraví (CDZ) vnímám i v neznalosti klienta sítě sociálních služeb v místě bydliště. Ke zdravotním diagnóze bývají připojeny i sociální problémy v podobě nezaměstnanosti a s tím spojené nemožnosti placení výdajů a zadluženosti. Člověk, který se v takovéto tísnivé situaci nachází nemá zákonem danou povinnost navštěvovat například finanční poradenství, psychologickou poradnu a v domácím prostředí není ani pod intenzivním lékařským dohledem. To může vést k nedodržení doporučené medikace. Klient se tak dostává do začarovaného kruhu, ze kterého se není schopen bez pomoci dostat ven. Dále zamezíme propuštění z hospitalizace do domácího prostředí bez dohledu. Často vnímám, že na lidi s duševním onemocněním je nahlíženo negativně, jsou tak vystaveni nejen negativní diskriminaci, ale i ohrožení sociální izolací. Proto po propuštění z příslušné instituce potřebují pomoc při integraci zpátky do společnosti.

Výše zmiňované problémy mě vedou k přesvědčení, že transformace psychiatrické péče je nutná. Myslím si, že klient bude lépe motivován, pokud potřebné služby budou na jednom místě. Bude šetřit tak čas i finance spojené s dojížděním. Provázáním služeb a meziresortní spoluprací předejdeme neznalosti služeb, jelikož je klient bude mít možnost navštívit najednou.

Prvním cílem diplomové práce je popsat současný legislativní a institucionální rámec současné psychiatrické péče. Druhým je popsat transformaci psychiatrické péče v zemích, ve kterých již úspěšně proběhla. Třetím cílem je zmapovat aktuální přípravy reformy o duševním zdraví v České republice. Cílem praktické části je zjistit potřebnost reformy u lidí postižených duševním onemocněním.

1. Psychiatrie v České republice

V České republice neexistuje zákon, který by upravoval psychiatrickou péči. V současné době můžeme čerpat ze zákona o sociálních službách a ze zákona o zdravotních službách. Strategickými dokumenty jsou také standardy kvality, Úmluva o lidských právech a Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.

„Hlavními orgány, které tvoří strukturu zdravotnických zařízení v České republice, jsou Ministerstvo zdravotnictví, Všeobecná zdravotní pojišťovna, ostatní zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení.“¹

Zdravotní péče je definována Zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. Psychiatrické péče se týká především hlava I – druhy a formy zdravotní péče. Konkrétně § 7 o ambulantní péči:

„(1) Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

(2) Ambulantní péče je poskytována jako

a) primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel,

b) specializovaná ambulantní péče, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče podle § 4 odst. 4,

c) stacionární péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

(3) Součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba.“²

¹HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988, str. 28.

²<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Další služba, která se dotýká psychiatrické péče a je zákonem upravená je péče lůžková, která je popsána § 9:

„1) Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.

(2) Lůžkovou péčí je

a) akutní lůžková péče intenzivní, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,

b) akutní lůžková péče standardní, která je poskytována pacientovi

1. s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo

2. za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně;

v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,

c) následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,

d) dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.“³

Okrajově se dotýká psychiatrické péče také § 10, který obsahuje zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta. V tomto případě bychom ale mohli mluvit pouze o péči domácí, tedy péči ošetrovatelské.

Pilotní průzkum Ministerstva zdravotnictví obsahuje otázky týkající se zdravotní dokumentace. A to především v dostupnosti pro pacienta ve zdravotnických i sociálních

³<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

zařízeních. Zdravotní dokumentace je přesně ukotvena v tomto zákonu hlavou II. Nahlížení do zdravotní dokumentace potom najdeme v § 65:

„(1) Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie

a) pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta; do záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta nahlížet nebo si pořizovat výpisy nebo kopie pouze v rozsahu záznamu popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

b) osoby určené pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba; v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky se postupuje podle písmene a),

c) osoby blízké zemřelému pacientovi v rozsahu stanoveném v § 33 odst. 4;

postupy podle písmene a), b) nebo c) nesmí narušit poskytování zdravotních služeb.“⁴

Z výše uvedeného lze jednoznačně říci, že pacient, případně jím pověřená osoba nebo zákonný zástupce má jednoznačně právo nahlížet do zdravotní dokumentace. Je pochopitelné, že nahlížení se týká pouze diagnózy, která je u daného lékaře vyšetřována a léčena, tak aby nedošlo ke zneužití informací. Informace jsou dnes chráněny také nařízením Evropské unie o GPDR. Byť o jeho efektivitě a implementaci do našeho právního systému můžeme diskutovat je ošetřeno, že nikdo nemůže, jakkoliv nakládat s osobními informacemi pacienta bez jeho písemného souhlasu. Česká republika navíc nepřijala prováděcí zákon, na základě, kterého by si sama mohla implementovat nařízení do svého právního systému. Proto budeme muset přijmout nejtvrďší variantu tohoto nařízení. Co to přináší našim pacientům? Jednoznačně větší vymahatelnost v případě, že s jejich osobními údaji je nakládáno bez jejich souhlasu. Na druhou stranu také větší byrokratickou zátěž pro obě dvě zúčastněné strany.

Neznalost legislativy poskytovatele zdravotních služeb neomlouvá, nedodržení zákona je považováno za přestupek. I tyto přestupky a konkrétní postihy jsou zákonem ustanoveny.

⁴<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Dotknu se také přílohy k zákonu č. 372/2011 Sb. O Národních zdravotních registrech. V těchto registrech bych ráda upozornila na druhý odstavec týkající se registru hospitalizovaných osob. Zde jsou informace i o pacientech, kteří se nachází na lůžkovém oddělení psychiatrické nemocnice.

Dalším ze strategických dokumentů je Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva byla přijata 13. prosince 2006 Valným shromážděním. Jednoznačně se domnívám, že psychiatrie je jednou z oblastí, kvůli které by Česká republika měla vůči OSN posilovat své závazky. Česká republika tento dokument podepsala 30. března 2007 v sídle OSN, kterým je New York. U nás byla Úmluva několikrát ratifikována. Součástí Úmluvy je Opční protokol, který ratifikován nebyl. Co je obsahem úmluvy?

Základními principy, na kterých je založená a na základě, kterých by měla být dle mého názoru založena i práce sociálního pracovníka jsou:

- *„respekt k lidské důstojnosti a nezávislosti,*
- *zákaz diskriminace,*
- *plné zapojení do společnosti,*
- *rovnost příležitostí,*
- *přístupnost,*
- *rovnost žen a mužů,*
- *respekt k vyvíjejícím se schopnostem dětí a jejich právu na zachování identity“⁵*

Když jsem se ptala několika svých kolegů sociálních pracovníků, jakou hodnotu považují za klíčovou v sociální práci, tak mi odpověděli právě lidskou důstojnost. Jsem tedy ráda, že tento základní princip propojuje sociální a zdravotní péči. Zdá se mi, že diskriminace je zbytečně rozdělena do tří bodů „zákaz diskriminace“, „rovnost příležitostí“ a „rovnost mužů a žen“. Předpokládám, že pro tyto tři principy by stačil jediný a to „zákaz diskriminace“. Poslední princip, který stojí na posledním místě považuji za správný. Setkala jsem se s dětmi, které byly právě kvůli svému handicapu šikanovány. Je tedy na místě je bránit. Právům dítěte se zdravotním postižením se věnuje celý článek č. 8.

V návaznosti na pilotní průzkum Ministerstva zdravotnictví, který jsem prováděla bych ráda zdůraznila článek č. 21, který se věnuje mimo jiné přístupu k informacím. Zákon

⁵<https://www.mpsv.cz/cs/28419>

uvádí, že každý občan musí mít přístup ke své zdravotní dokumentaci. Úmluva dodává, že i tyto informace má pacient právo získat v podobě, které rozumí.

Společně s Úmluvou byl přijat i Opční protokol, jak jsem již výše zmiňovala, tento text prozatím neprošel žádnou změnou. Protokol dává legitimitu Výboru pro práva osob se zdravotním postižením. Výbor přijímá stížnosti občanů, kteří se domnívají, že byla porušena jejich práva deklarovaná v Úmluvě. Po smluvním státu může žádat vysvětlení a nápravu situace. Oba dva dokumenty se vztahují pouze k občanům těch států, které se k dodržování těchto práv zavázaly podpisem listin.

Za důležitý považuji vnitrostátní nástroj vypracovaný Ministerstvem zdravotnictví „Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb“. Hodnocení v České republice je opět zakotveno v zákonu o sociálních službách. Nicméně i na tomto poli se ukázalo jakým způsobem může být Evropská unie užitečná a mezinárodní spolupráce všestranně výhodná. Pokud se podíváme detailněji, zjistíme, že již v roce 1997 Rada Evropy doporučila členským státům, aby zavedly efektivní nástroj, který hodnotí péči. Rada EU ve spolupráci s WHO a OECD formulovala „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“⁶. Nutno dodat, že Rada EU dokument přijala ve chvíli, kdy tomuto orgánu předsedala Česká republika. „Byl schválený na zasedání Rady pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele (EPSCO) dne 9. června 2009 v Lucemburku všemi ministry zdravotnictví EU.“⁷ Je skvělé, že jsou všechny státy schopné zasednout k jednomu stolu a domluvit se na tak důležitém tématu jako je zdravotnictví.

Dokument apeluje na přenos informací mezi jednotlivými odborníky a na jejich spolupráci: „*prosazování konzistentních preventivních a kontrolních opatření a předávání informací o nich mezi poskytovateli zdravotní péče, kteří léčí určitého pacienta nebo zajišťují péči o něj*“.⁸ V dotazníku, prostřednictvím kterého zjišťuji aktuální stav psychiatrické péče, se objeví dotazy na bezpečí. I o něm najdeme zmínku: „*spolupráce s organizacemi, které se podílejí na zdravotnickém vzdělávání, aby bylo zajištěno, že bezpečnost pacientů bude náležitě zohledněna v učebních plánech vysokoškolského vzdělávání a při dalším vzdělávání a odborné přípravě zdravotníků, včetně rozvoje dovedností potřebných k dosažení a zajištění změn chování nezbytných ke zlepšení bezpečnosti pacientů prostřednictvím systémové změny*“.⁹ Jak můžeme vidět, za velmi důležitý je považováno vzdělávání pracovníků

⁶http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html

⁷http://www.mzcr.cz/obsah/doporuceni-rady-eu_2837_29.html

⁸[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)

⁹[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)

zdravotnických zařízení. Jestliže pracovníci nebudou informováni, jak mají bezpečí zajistit, předpokládám, že se situace nijak nepohne.

Nemůžeme tvrdit, že bez doporučení EU by Česká republika zaspala. Vláda sama začala konat. V roce 2007, zde si povšimněme, že od prvního doporučení Rady EU uběhlo deset let, vydalo Ministerstvo zdravotnictví dokument pod názvem „Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví“. Obsahem je postupné zvyšování zmiňovaného bezpečí ve zdravotnictví.

Je zde doporučováno splnění čtyř předpokladů:

- *„posílení účasti a informovanosti občanů a pacientů,*
- *zřízení nerepresivního systému hlášení nežádoucích událostí,*
- *podpora vzdělávání a odborné přípravy zdravotnických pracovníků,*
- *sdílení znalostí, zkušeností a osvědčených postupů v oblasti bezpečnosti pacientů,*
- *určení koordinačního orgánu bezpečnosti pacientů na území ČR“¹⁰*

Jak by předpoklady mohly být splněny? Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012. Plán je vnímán jako nástroj, přes, který předpoklady měly být splňovány. Akční plán konkrétně určil:

- *„Zavádění a rozvoj národních politik a programů pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče*
- *Posílení účasti a informovanosti občanů a pacientů*
- *Zavedení nebo posílení nerepresivních systémů podávání zpráv a informací o nežádoucích událostech*
- *Vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků*
- *Zajištění klasifikace a měření bezpečnosti pacientů*
- *Rozvoj a prosazování výzkumu v oblasti bezpečnosti pacientů*
- *Sdílení znalostí, zkušeností a osvědčených postupů na úrovni EU*
- *Implementaci strategie prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních, včetně infekcí spojených se zdravotní péčí“¹¹*

¹⁰ <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=17016&typ=application/msword&nazev=Cesta%20ke%20kvalitn%C3%ADmu%20a%20bezpe%C4%8Dn%C4%9Bj%C5%A1%C3%ADmu%20zdravotnictv%C3%AD.doc>

¹¹ <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=17016&typ=application/msword&nazev=Cesta%20ke%20kvalitn%C3%ADmu%20a%20bezpe%C4%8Dn%C4%9Bj%C5%A1%C3%ADmu%20zdravotnictv%C3%AD.doc>

Dalším podstatným mezníkem pro zlepšení kvality byl vstup České republiky mezi země OECD. Stalo se tomu tak 21. 12. 1995. OECD je považována za mezinárodní organizaci, která svým členským státům poskytuje analýzu v různých oblastech.¹² Česká republika má stále mise při OECD, které sídlí ve Francii. OECD vydává indikátory kvality služeb. Jednou za dva roky vydává publikaci „Health at a Glance“, ve které můžeme najít srovnání zdravotnických systémů jednotlivých zemí.¹³

Vyvíjí také ukazatele a indikátory pro duševní péči. Pro mezinárodní srovnání péče o duševní zdraví je aktuálně dle OECD stěžejní:

- *„Sebevraždy u pacientů s diagnózou duševní poruchy*
- *Sebevraždy u pacientů s diagnózou schizofrenie nebo bipolární poruchy*
- *Úmrtí po propuštění ze sebevraždy u lidí s diagnózou duševní poruchy*
- *Úmrtí po propuštění ze sebevraždy u lidí s diagnózou schizofrenie nebo bipolární poruchy*
- *Nadměrná úmrtnost u pacientů se schizofrenií“¹⁴*

To tedy k historickým zásahům Ministerstva zdravotnictví v historii. Prvního dubna 2019, ve velmi nedávné době, proběhla společná tisková konference Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva sociálních věcí a práce. Ministerstvo zdravotnictví zastupoval pan ministr Adam Vojtěch (ANO) a Ministerstvo práce a sociálních věcí Jana Maláčová (ČSSD). Tisková konference byla nazvána „Společně v oblacích“, provazolezci, kteří lezli po lanech mezi těmito dvěma ministerstvy demonstrovali důležitost propojení těchto dvou resortů právě ve věci připravované reformy o duševním zdraví. Na konferenci představili dokument „Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 až 2030“.

Proč ministerstva považují tento dokument za klíčový? *Dle zdroje ČTK: „V současné době je v 21 psychiatrických nemocnicích v Česku více než 8000 lůžek. Do roku 2022 by mělo být zrušeno 1200 z nich. Komunitní centra by pacienti měli mít blíže domovu a pravidelně by do nich docházeli, bydleli by ale samostatně a mohli by i pracovat. Velkou část péče o tyto lidi zajišťují terénní týmy složené z psychiatrů, psychologů, sester a sociálních pracovníků. Letos se počítá s přesunem asi 300 pacientů do jejich péče mimo nemocnice.“¹⁵*

¹²https://www.mzv.cz/oecd/paris/cz/zakladni_informace_o_oecd/index.html

¹³<https://www.uzis.cz/nas/mezinarodni-spoluprace/spoluprace-oecd>

¹⁴<http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-mental-health-care.htm>

¹⁵<https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/ministr-psychiatricke-nemocnice-do-2030-opusti-tretina-pacientu/1739890>

Na tiskové konferenci vystoupil předseda výkonného výboru Strategie reformy psychiatrické péče Ivan Duškov se slovy: „*Chceme realizovat aktivity, které povedou ke včasné intervenci u dětí a dorostu, protože valná většina duševních chorob, která se projeví v populaci, vzniká v dětství. A když se neidentifikuje včas, tak to má fatální následky pro člověka a jeho rodinu*“.¹⁶

Adam Vojtěch komentoval akční plán a psychiatrickou reformu slovy: „*Strategických cílů reformy psychiatrie, resp. reformy péče o duševní zdraví není možné dosáhnout pouze naplňováním opatření ze strany Ministerstva zdravotnictví, jako jejího gestora. Reforma zasahuje nejen oblast zdravotnictví, ale z velké části oblast sociální. Musíme například zajistit bydlení pro deinstitutionalizované osoby s duševním onemocněním v komunitě, rozvíjet sociální služby, legislativně a finančně ošetřit zdravotně-sociální pomezí, změnit systém poskytování péče o děti v riziku nebo s již rozvinutými duševními obtížemi, uzpůsobit trh práce a umožnit lidem s duševní nemocí se začlenit zpět do pracovního procesu a také definovat systém péče o potenciálně nebezpečné pacienty a pacienty v ochranné léčbě. Proto je bezpochyby na místě přenést zodpovědnost za plnění opatření a cílů v této oblasti na úroveň vlády, kde Ministerstvo zdravotnictví sice bude mít nadále vedoucí koordinační roli, ale musí být podpořeno rovnocenným a plnohodnotným zapojením ostatních resortů a subjektů*“.¹⁷

Ministryně Jana Maláčová na závěr dodala: „*Jediným rizikem, kdy bychom nemohli spolupracovat tak, jak bychom chtěli, je nedostatek finančních prostředků. A věřím, že i tuto překážku se podaří překonat*“.¹⁸

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 až 2030 bude brzy projednán Vládou České republiky.

Ještě bych ráda zmínila dokument, který se duševního zdraví týká a tím je „Národní strategie Zdraví 2020“. Byl podpořen v Poslanecké sněmovně roku 2014.¹⁹

Dokument je velmi rozsáhlý, jako zásadní považuji očekávané výsledky:

¹⁶<https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2776091-psychiatricke-nemocnice-opusti-tretina-pacientu-kvalita-pece-neni-dobra-uedl-ministr>

¹⁷<https://www.parlamentnilisty.cz/politika/politici-volicum/Ministr-Vojtech-Reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-narodni-akcni-plan-576124>

¹⁸<https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2776091-psychiatricke-nemocnice-opusti-tretina-pacientu-kvalita-pece-neni-dobra-uedl-ministr>

¹⁹http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html

- „Systematicky (s ohledem na regionální potřebnost) zavádí Centra duševního zdraví – **komunitní pilíř péče**, který kombinuje **zdravotně-sociální péči** a napomáhá pacientům jak k integraci zpět do kontextu majoritní společnosti, tak zajišťuje péči v jejich přirozeném prostředí (je i **bezpečnější**, protože terénní tým se duševně nemocnému aktivně věnuje v rámci četných životních událostí, nejen těch, které spadají do domény zdravotní péče);
- Komunitní péče dále snižuje riziko četných **pracovních absencí** u duševně nemocných, **redukuje i přiznání trvalých invalidních důchodů** (za posledních 10 let se opět zvýšilo procento nově přiznaných invalidních důchodů (z 15 % na 20 % podíl z celkového koláče invalidity), přičemž důchody z důvodu novotvarů či somatických poruch stagnují, resp. klesají);
- Dále stírá dluh České republiky, která se několikrát zavázala plnit **mezinárodní úmluvy o zajištění lidských práv duševně nemocných**;
- Zvedá možnost zavedení samostatného zákona o duševním zdraví (ČR je jednou z cca 10 zemí evropského kontinentu, která tuto právní normu nemá);
- Zavádí dlouhodobé **preventivní programy**, které v ČR téměř dosud neexistovaly;
- Aktivita obsažená ve strategii máji ambici stírat vysokou míru **stigmatizace** duševně nemocných a psychiatrie jako lékařského oboru obecně. Současný mediální diskurz stigmatizaci duševně nemocných prohlubuje, duševně nemocná osoba je pak veřejností vnímána a priori negativně, jako osoba potenciálně vysoce nebezpečná, před kterou musíme „majoritní“ společnost chránit tím, že duševně nemocné zavřeme, izolujeme a z majoritní společnosti ostrakizujeme;
- Výzvou a v podstatě i nutností je rozvíjet komunitní typ služeb i pro ostatní cílové skupiny, nejen pro osoby s diagnostickým okruhem SMI (Severe Mental Illnesses). Tím máme na mysli jak neurodegenerativní poruchy mozku (zejména Alzheimerova demence), tak adiktologické diagnózy (zde je nutné zdůraznit, že osoby trpící SMI mají cca v 51 % taktéž nějakou závislost – duální diagnózy, komorbidity), ale i děti a dorost. „²⁰

V literatuře najdeme i zmínky o psychiatrické péči například v Africe nebo Asii. „Hlavním ohniskem této knihy je nízký příjem v Africe, Latinské Americe, Asii a Pacifiku. Problém duševního zdraví a související problémy sdílí všechny společnosti (...).“²¹(vlastní překlad)

V této kapitole jsme si ukázali, že existují vnitrostátní i mezinárodní pravidla, která musíme dodržovat. Zároveň, že nedodržování těchto pravidel občany trápí a existuje zde

²⁰http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf

²¹DESJARLAIS, Robert. World Mental Health: Problems and Priorities in Low-income Countries. Oxford University Press, 1995, ISBN 978-0-19-511311-2, str. 8.

poptávka, u nás, ale i v dalších státech po reformě péče. Nejsme v tom sami, mezinárodní a neziskové organizace, o kterých jsem psala nám nabízí podporu, země, ve kterých reforma proběhla zase nabízí zkušenosti.

2. Instituce a jejich zhodnocení, příspěvky, klasifikace duševních onemocnění

Ve druhé kapitole se budu věnovat formám péče v institucích, jejich výhodám a nevýhodám.

2.1. Instituce a péče o pacienty s duševním onemocněním

Duševní onemocnění je specifické tím, že nás nebolí a není vidět. Když nás bolí v krku jdeme k lékaři a ten vidí angínu v krku. Když si zlomíme sádku, jdeme na chirurgii a tam vidí zlomeninu na snímku. Nemusíme lékaře ani zdravotní sestry přesvědčovat o bolesti, protože prokazatelně vidí příčinu. U duševně nemocných lidí příčinu nevidíme a nemoc můžeme soudit dle vyslovených symptomů či dlouhodobě změněného chování. I přesto by se zdravotní personál měl chovat k pacientům s respektem a s důrazem na lidskou důstojnost. Léčbu dle mého soudu více než kdy jindy ovlivňuje prostředí, ve kterém je pacient léčen a lidí, se kterými se setkává. Pojdme se podívat, jaké instituce jsou zapojeny do procesu léčby duševního onemocnění.

„Lůžkovou péči v oboru psychiatrie můžeme rozdělit následujícím způsobem:

- *psychiatrická oddělní nemocnic,*
- *psychiatrické kliniky fakulních nemocnic,*
- *psychiatrické léčebny,*
- *gerontopsychiatrická oddělení a oddělení poruch paměti (lůžka v nemocnici),*
- *sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí,*
- *oddělení pro poruchy paměti,*
- *lázeňská psychiatrická zařízení.*²²

Abychom si uměli představit, o kterých zařízeních se výše zmiňuji, uvedu nyní příklady konkrétních zařízení, především těch, na které byli tázáni respondenti. Poznamenala bych. Že označení „psychiatrické léčebny“ zaniklo v roce 20013. Psychiatrická oddělení najdeme například v nemocnici České Budějovice nebo v Ústřední vojenské nemocnici Praha. Velmi se mi líbí tým expertů právě v Ústřední vojenské nemocnici Praha. Jak vypadá? *„Psychiatrické oddělení se skládá z ambulantní části, lůžkového oddělení, denního stacionáře a terénního psychiatrického týmu. Poskytuje komplexní spektrum psychiatrických služeb. Psychiatrické oddělení se především zaměřuje na diagnostiku, léčbu, rehabilitaci a posuzování duševních poruch v jejich akutní fázi. V rámci oddělení jsou poskytované*

²²BABIÁKOVÁ, Mira, MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 978-80-247-6658-4, str. 41.

krátkodobé hospitalizace určené k rychlé stabilizaci zdravotního stavu. Tým lékařů, psychologů, terapeutů a všeobecných sester je připraven poskytovat kvalitní a bezpečnou péči na vysoké úrovni. ²³ Nemocnice nabízí nejen lékařskou péči, ale také denní stacionář a terénní psychiatrický tým. Chybí mi zde sociální pracovníci, kteří jsou naprosto nepostradatelní. Tady konkrétně vidíme, proč je reforma naprosto nepostradatelná. Lékařská péče spolu se sociální péčí musí jít ruku v ruce. Teorie nám říká o lůžkové péči na psychiatrických oddělení, že: *„Vzhledem k praktické absenci komplexních služeb v komunitě se dostáváme do situace, kdy je nízká lokální dostupnost lůžkové psychiatrické péče a ambulantní servis je ve své funkci výrazně omezen limitací plateb. Tím je podmíněna i dlouhá průměrná ošetrovací doba v psychiatrických nemocnicích, která v roce 2012 činila 83,8 dne.* ²⁴

Samozřejmě k deinstitucionalizaci by mělo dojít i v oblastech jako například péče o seniory, kterým se v důsledku ústavní péče může duševní porucha objevit. *„Častěji pozorujeme poruchy právě u seniorů v zařízeních, protože klesá jejich schopnost žít bez podpory okolí.* ²⁵

Jak je řízena jednotka intenzivní psychiatrické péče? *„JIPP představuje prostředí neustálých a rychlých změn, s vysokou mírou podnětů personálu i pacientů. Vedení zajišťuje, aby stres na pracovišti nevedl k ústupkům ze základních principů péče a z nutných bezpečnostních opatření.* ²⁶

Komunitní služby, zde nezačnu příliš pozitivně. *„V ČR chybí zejména denní stacionáře, krizová centra, chráněná bydlení a další služby, které můžeme vnímat jako součást komunitní péče. V roce 2012 dle ÚZIS byla poskytnuta péče v krizových centrech a psychoterapeutických stacionářích cca 5000 pacientů.* ²⁷ Jednou z nejznámějších komunitních služeb, které působí v České republice a jsou zaměřeny na péči o duševně nemocné lidi je FOCUS ČR. Mezi jejich hlavní principy patří:

²³<https://www.uvn.cz/cs/psychiatrie>

²⁴HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988, str. 30.

²⁵VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-6497-9, str. 18.

²⁶BEER, M. Dominic, PATON, Carol, STEPHEN, M. Pereira. Intenzivní péče v psychiatrii. Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-0363-7, str. 249.

²⁷HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988, str. 30.

- „Terénnost a mobilita služeb
- *Multidisciplinarita týmů tedy propojení sociální a zdravotní složky*
- *Dostupnost, péče dostupná 24hodin po 7 dní v týdnu*
- *Územní odpovědnost za konkrétní lokalitu*
- *Návaznost a koordinace služeb a neformálních zdrojů v komunitě*
- *Využití přirozených zdrojů z okolí klienta*
- *Respekt a nestigmatizující přístup*“²⁸

Líbí se mi, že přímo na webových stránkách této komunitní služby najdeme vyslovené přání vzniku Center duševního zdraví. Hned na úvodní straně je také možnost přejít k informacím o transformaci psychiatrické péče.

Další nedílnou součástí péče jsou psychiatrické ambulance. Jak to s tímto typem péče vypadalo v roce 2012? „Z analýzy údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny a jejich extrapolace na všechny pojišťovny vyplynula průměrná vytiženost ambulantních psychiatrů více než 170 % oproti základní ordinační době. Regulace ze strany pojišťoven ani při této vytiženosti nedovolují strávit s pacientem v průměru více než 2,6 hodiny ročně.“²⁹ Je to naprosto otřesná realita dnešní doby, pokud bychom počítali, že pacient dochází jednou měsíčně, vyšel by čas jednoho sezení asi na 13 minut. Za tuto dobu nestihne pacient pospat ani své symptomy. Jen pro představu, jak na tom jsou psychologické ambulance: „Celorepublikově v roce 2012 bylo 552 psychologických ambulancí se smlouvou s pojišťovnou, celkem bylo nasmlouváno 581,7 úvazků, což je průměr 1,05 na jednu ambulanci. Jedna ambulance průměrně ošetřila 240 pacientů (unicitních).“³⁰

Přesto, že služby krizového centra využil pouze jeden z našich dotazovaných pacientů. Cítím, že je důležité pozastavit se i u této služby. „Krizová centra jsou zařízení prvního kontaktu, která jsou pro klienty volně přístupná bez objednacích termínů často i 24 hodin denně. Nabízejí psychoterapeutickou, psychiatrickou péči, zaměřují se na prevenci a léčbu závislosti a pomoc osobám, které se ocitly v tíživé životní situaci. Některá krizová centra poskytují péči osobám s duševní poruchou a tím omezují konzumaci lůžkových psychiatrických služeb.“³¹ Role pracovníka je vymezená a je kladen důraz na dodržování

²⁸<https://www.fokus-cr.cz/index.php/komunitni-sluzby>

²⁹HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988, str. 29.

³⁰HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988, str. 29.

³¹BABIÁKOVÁ, Mira, MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 978-80-247-6658-4, str. 44.

vzdálenosti mezi klientem a pracovníkem: „*Přiměřená vzdálenost, která nevylučuje zájem o člověka, umožňuje výkon role a naopak.*“³² Zde bych zmínila konkrétní organizaci, která poskytuje krizovou intervenci – krizové centrum RIAPS. Komu své služby nabízí?

- „*lidem vyrovnávajícím se se ztrátou blízké osoby,*
- *lidem vystaveným závažným událostem – obětem trestných činů, hromadných neštěstí aj.*
- *lidem s akutním rozvojem úzkostných či depresivních potíží,*
- *lidem, kteří řeší akutní partnerské či osobní problémy,*
- *lidem s akutním zhoršením stávající psychické poruchy,*
- *lidem s rozvíjejícími se příznaky duševní poruchy, kterým zajišťujeme prvotní péči a kontakty na následnou péči“*³³

Dnešním trendem, a i jedním z cílů reformy je deinstitucionalizace. Jednou z forem péče je péče domácí. Komu je určena, jaké jsou její výhody a nevýhody? „*Domácí péče je určena osobám s duševní poruchou v jejich domácím prostředí, kteří potřebují pomoc a podporu, zdravotní, ošetrovatelskou a sociální péči. Prostřednictvím této péče lze poskytovat farmakoterapii, ošetrovatelskou péči, podpůrnou psychoterapii, pracovat s rodinou apod. Domácí péče může být součástí psychiatrického zařízení nebo může být vykonávána v rámci agentur domácí péče. Domácí péči ordinuje praktický lékař.*“³⁴ Bohužel si dnes nemůže moc rodinných příslušníků dovolit pečovat celý den o nemocnou osobu. Pro pečujícího to znamená sociální izolaci, chudobu v produktivním i důchodovém věku a dále například stagnaci pracovní kariéry. Má pracovní dobu dvacet čtyři hodin denně a prakticky žádné volno. Není na čase legislativu upravit ve prospěch pečujících, jestliže chceme posílit trend deinstitucionalizace?

Psychiatři jsou stejně jako jiní lékaři vázáni etickým kodexem. „*Psychiatři sdílejí stejné základní etické ideály s ostatními lékaři (soucit, věrnost, dobročinnost,*

³²BAŠTECKÁ, Bohumila. Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 978-80-247-6715-4, str. 76.

³³<https://www.csspraha.cz/24829-krizove-centrum-riaps>

³⁴BABIAKOVÁ, Míra, MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 978-80-247-6658-4, str. 47.

důvěryhodnost, čestnost, integrita, vědecká a klinická dokonalost, společenská odpovědnost a úcta k člověku).“³⁵

Mezikrokem k centrům péče duševního zdraví jsou dle mého soudu meziresortní zařízení. „*Meziresortní zařízení jsou taková, která poskytují zdravotnickou, sociální, právní a jinou pomoc, např. centra denních sociálních služeb a denních aktivit. Umožňují klientům trávit smysluplně volný čas, navazovat společenské vztahy, zdokonalovat se v pracovních, praktických a sociálních dovednostech. Poskytují právní informace. Ve formě klubů mohou organizovat informační, osvětové a rekreační programy.*“³⁶ Možná bychom si nyní mohli říct, že tedy žádná Centra duševního zdraví nepotřebujeme. CDZ mají mnoho odlišností.

„*Jsou to zařízení, která systémově rozšíří péči o chybějící služby a funkce. Jejich masivním rozšířením – cca 1 CDZ na 100 000 obyvatel – se změní charakteristika systému péče o duševně nemocné směrem k vyvážené péči. Ta je charakterizována tím, že:*

- *služby reflektují priority uživatelů a těch, kteří o ně pečují;*
- *existuje vyvážený poměr mezi komunitními a nemocničními službami;*
- *služby jsou poskytovány blízko bydliště;*
- *existuje vyvážený poměr mezi stacionárními a mobilními službami;*
- *intervence se zaměřují jak na symptomy (medicínský model), tak na funkční postižení (rehabilitační koncept).*“³⁷

V mých očích je potřeba více dětských psychiatrů, kterých je nedostatek, a to především ambulantních, protože ne každá situace si žádá hospitalizaci. Naopak převoz na lůžkové oddělení může u dítěte vyvolat vysoké množství stresu. „*Závidí nyní na tom, zda budou ministerstva zdravotnictví a školství ochotna přijmout opatření vyplývající z nové koncepce dětské a dorostové psychiatrie, aby se zlepšila dostupnost ambulantní psychiatrie (1 – 2 dětské a dorostové psychiatři na 100 000 obyvatel) a dětská psychiatrie byla dostupná alespoň tak, jako jsou jiné lékařské obory.*“³⁸

Tuto část kapitoly shrnu pár větami. Potřebujeme více ambulantních psychologů. Nejen proto, aby ambulance byly časově i vzdálenostně dostupné. Ale především proto, aby

³⁵PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-7267-7. str. 133.

³⁶BABIAKOVÁ, Mira, MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 978-80-247-6658-4, str. 47.

³⁷HOSÁK, Ladislav, HRDLÍČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988, str. 33.

³⁸BARTŮNĚK, Petr, PTÁČEK, Radek a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-9597-3, str. 252.

lékař měl na pacienta více než deset minut. CZM potřebujeme především kvůli provázanosti, komplexnosti a návaznosti zdravotních a sociálních služeb. Pro zvýšení kvality služeb se zavedly modely kvality služeb. Podle některých názorů ale nemohou fungovat stejně jako v ziskovém sektoru. „*Kritické názory na kvalitu a její řízení v sociální práci jsou různého charakteru. Patří k nim obava z obecné nevhodnosti pro interpersonální služby (...).*“³⁹

2.2. Příspěvky

Pokud občan není dostatečně informován sociálním pracovníkem o možnosti zažádat stát o dávky, může si návod najít na internetových stránkách. Sama jsem při psaní této práce hledala a mohu doporučit. Najdeme zde přesný postup rozepsaný v jednotlivých bodech:

1. *Vyzvednout žádost o příspěvek na sociálním odboru obce z rozšířenou působností – též magistrát velkých měst a se žadatelem (u nás osoba s duševní poruchou) projdeme úkony uvedené v § 9 Zákona a poznamenejme, které nezvládá, nebo zvládá jen z části*
2. *Při šetření sociálního pracovníka žádáme aby postupoval podle pořadí úkonů, jak jsou uvedeny v § 9 a vysvětlujeme podle poznámek dle I. které úkony nezvládá, nebo zvládá jen z části za trvalého dohledu – dále § 8 Zákona. Požadujeme nahlédnutí do zápisu, který soc. pracovník po šetření učiní až v kanceláři.*
3. *Seznámíme ambulantního psychiatra a praktického lékaře s výsledkem šetření. Dohodneme s amb. psychiatrem aby poslal nález podle § 25 odst. 3. Zákona ošetřujícímu lékaři s vyplněním všech úkonů, které DN nezvládá, nebo zvládá jen z části.⁴⁰*

Příspěvky jsou definovány zákonem č. 108/2006 Sb. Kromě příspěvků je zde také popsán přesně proces, který k úspěšnému schválení vede.

Zajímavá je informace, která ukazuje úměru mezi pacienty s duševním onemocněním a příspěvků. *Skutečnost, že duševní onemocnění představují třetí nejčastější příčinu nově přiznaných příspěvků na péči, si žádá zvýšenou pozornost v rámci celého systému sociálního zabezpečení.⁴¹*

³⁹MALÍK HOLASOVÁ, Věra. Kvalita v sociální práci a sociálních službách. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-9102-9, str. 130.

⁴⁰<https://www.psychiatrie.cz/index.php/uzivatele-aktualni-temata/491-postup-jak-ziskat-prispevek-na-peci>

⁴¹https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-dusevni-onemocneni_prispevek-na-peci.pdf

Na příspěvky v této oblasti by měl být kladen zvláštní důraz kvůli četnosti pacientů. „V České republice jsou poruchy duševní a poruchy chování čtvrtou nejčastější příčinou invalidizace osob v produktivním věku.“⁴²

Duševně nemocný člověk si může zažádat o sociální příspěvek, o příspěvek v hmotné nouzi, příspěvek na bydlení, příspěvek na péči. Když opět nahlédneme do výsledků průzkumu, zjistíme, že u většiny pacientů se finanční situace zhoršila. Proto jsou dávky velmi důležité. Mohou alespoň částečně kompenzovat nepřítomnost zaměstnání v důsledku onemocnění. Bohužel jsem přesvědčena, že příspěvek na péči není úměrný k práci, kterou pečující odvádí,

2.3. Klasifikace duševních onemocnění

Pro pochopení pilotního průzkumu se v následujícím textu budu věnovat duševním onemocněním. Vynechám onemocnění, která se v dotazníku neobjevila. Dále institucím a institutům, prostřednictvím kterých je péče vykonávána. Detailněji pohlédneme na psychiatrická oddělení v nemocnicích a na analýzy, které hodnotí péči vykonávanou v tomto zařízení. Poslední částí kapitoly budou příspěvky. Příspěvky ovlivňují kvalitu života pacientů. Výše příspěvků také určuje, zda zůstane v domácí péči nebo je zapotřebí hospitalizace. Bohužel pokud se podíváme na výši dnešních příspěvků pro osoby, které zůstávají doma, aby se o osobu blízkou mohli starat, zjistíme, že částka je nízká. Pokud půjdeme trendem domácí péče, bude třeba zohlednit výši příspěvků. Není možné, aby se člověk, který pečuje, pohyboval v aktivním a později důchodovém věku na hranici chudoby.

Léčbou duševního onemocnění se zabývá lékařský obor psychiatrie. Psychiatrie je definována jako: „lékařský obor, který se zabývá studiem, diagnózou, prevencí a léčbou duševních poruch jako jsou neurózy, psychózy, psychopatie aj.“⁴³ Dále se duševními onemocněními zabývá obor speciální psychopatologie: „Oproti obecné psychopatologii, která se zabývá chorobnými projevy duševního života člověka na úrovni poznávacích, citových a snahových duševních jevů, speciální psychopatologie zkoumá okolnosti vzniku, průběh, příčiny a následky konkrétních duševních onemocnění.“⁴⁴

⁴²ZVONÍKOVÁ, Alena, ČELEDOVÁ Libuše, ČEVELA, Rostislav. Základy posuzování invalidity. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3535-1, str.89.

⁴³<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/psychiatrie>

⁴⁴KLIMENTOVÁ, Eva. Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5434-4, str. 80.

První zmínky o duševních onemocněních můžeme hledat již daleko v historii. „První zmínky o duševních poruchách a jejich léčení se nacházejí v nejstarších písemných památkách starověku, např. ve staroegyptských papyrech, na starobabylonských klínopisných tabulkách, v řecké mytologii, ve Starém zákoně aj.“⁴⁵

Duševní poruchy mohou vzniknout již v dětství a vznik může ovlivnit i rodina dítěte. „Podobně jako vznikají závažné poruchy z celkového nedostatku výživy, z karence bílkovin, vitamínů, kyslíku apod., mohou vznikat i závažné poruchy z nedostatku psychického – z nedostatku lásky, stimulace, sociálního styku (...).“⁴⁶

Dle výzkumu, který provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR se v roce 2017 zvedl počet ošetřovaných pacientů v ambulantních zařízeních o celé 1%. Zde můžeme vnímat vzrůstající tendenci duševních onemocnění. Přičemž: „Nejčastějšími diagnózami, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích, byly stejně jako v předešlých letech neurotické poruchy (46 % z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (20 %). Dalšími častými poruchami, které byly u pacientů diagnostikovány, byly organické duševní poruchy (13 %), schizofrenie (10 %) a poruchy vyvolané návykovými látkami (8 %).“⁴⁷

Obávám se, že některá duševní onemocnění se stávají civilizační chorobou. Samozřejmě bez statistik a čísel můžeme pouze spekulovat nad příčinami některých chorob. Nicméně si dovoluji tvrdit, že například deprese je „dnešní“ dobou opravdu zapříčiněna. Na jedince jsou kladeny vyšší společenské nároky především v profesním životě. Na druhou stranu se člověk ocitá sám, doba a s ní i vztahy se digitalizují. Díky vysokým profesním nárokům mladí lidé nezakládají rodiny. Člověk se ocitá v izolaci. A tento fakt jistě může být jedním z mnoha faktorů pro vznik depresí.

Obecně se duševní poruchy klasifikují do tří základních skupin:

- „kvantitativní porucha ve smyslu plus, tj. psychická funkce je chorobně zvýšena;
- kvantitativní choroba ve smyslu minus tj. psychická funkce je chorobně snížena;
- kvalitativní porucha tj. psychiatrická funkce je chorobně změněna“⁴⁸

⁴⁵JURÍČKOVÁ, Lubica, IVANOVÁ, Kateřina, FILKA, Jaroslav. Opatrovnictví osob s duševní poruchou. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-8899-9, str. 17.

⁴⁶MATĚJČEK, Zdeněk, LANGMAIER, Josef. Psychická deprivace v dětství. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5, str. 25.

⁴⁷

⁴⁸HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988, str. 56.

Pro diagnostiku jsou podstatné následující pojmy:

- „*Symptom je jednoduchý příznak (např. neklid nebo nespavost), který nám nic neřekne o tom, v rámci které duševní choroby se vyskytuje a jaká je jeho prognóza.*
- *Syndrom je skupina příznaků, které se typicky navzájem kombinují. Například chorobně veselá nálada a současně zrychlené myšlení a zvýšené psychomotorické tempo vytváří manický syndrom.*
- *Nozologická jednotka, tj. lékařská diagnóza duševní poruchy, je kromě vyskytujících se syndromů také jejich etiopatogenezi a průběhem.*“⁴⁹

Diagnostikovat duševní chorobu není jednoduché: „*Spolehlivé určení charakteru onemocnění vyžaduje delší čas. Zpravidla není možné, aby ošetřující lékař sdělil rodinným příslušníkům diagnózu hned po zahájení léčby. V případě závažných psychických poruch, které se podle okolností mohou vyvíjet velmi rozdílným způsobem, by předčasné stanovení nepříznivé diagnózy bylo závažnou chybou.*“⁵⁰

Otázku diagnostiky onemocnění jsem konzultovala s psychiatrem, který mi byl nápomocen při pilotním projektu. Dle jeho mínění důležitou roli sehrává rodina a nejbližší okolí. Sám pacient mnohdy nedokáže rozeznat či vyjádřit své pocity a možné symptomy. V několika případech si situaci, ve kterých se onemocnění projevuje ani nepamatuje. Proto je důležitý subjektivní pohled pacienta v kombinaci s objektivním pohledem blízkého okolí.

Nyní přejdu k samotné klasifikaci duševních onemocnění, jejich definici, projevům a léčbě. Budu se snažit připojit i empirické poznatky, pokud byly v rámci výzkumů a průzkumů zjišťovány, tak aby práce byla propojena s aktuálními daty.

Seznam duševních onemocnění najdeme v seznamu Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR.

Základně onemocnění dělíme:

- „*F00 - F09 - Organické duševní poruchy včetně symptomatických*
- *F10 - F19 - Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*
- *F20 - F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*

⁴⁹HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988, str. 56.

⁵⁰<https://www.bohnice.cz/lecba/diagnostika/>

- *F30 - F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady)*
- *F40 - F48 - Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*
- *F50 - F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*
- *F60 - F69 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých*
- *F70 - F79 - Mentální retardace*
- *F80 - F89 - Poruchy psychického vývoje*
- *F90 - F99 - Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci; nespecifikovaná⁵¹*

F00 - F09 - Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Onemocnění jsou seřazeny dle původu onemocnění a dle společných příznaků (symptomů).

- *„F00 - Demence u Alzheimerovy nemoci*
- *F01 - Vaskulární demence*
- *F02 - Demence u chorob zařazených jinde*
- *F04 - Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami*
- *F05 - Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými drogami*
- *F06 - Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí*
- *F07 - Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku*
- *F09 - Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha onemocnění jsou systematicky seřazena dle původu (etiologie) a dle společných symptomů.⁵²*

⁵¹<http://www.cmhd.cz/stopstigma/o-dusevnych-nemocech/seznam-dusevnych-nemoci/>

⁵²<http://www.cmhd.cz/stopstigma/o-dusevnych-nemocech/seznam-dusevnych-nemoci/f00-f09-organicke-dusevni-poruchy-vcetne-sympt/>

F10 - F19 - Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Je zapotřebí si uvědomit, že do této skupiny patří i látky, které může předepsat sám lékař.

- „F10. - *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu*
- *F11. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů*
- *F12. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů*
- *F13. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik*
- *F14. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu*
- *F15. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu*
- *F16. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním vyvolané halucinogenů*
- *F17. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku*
- *F18. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel*
- *F19. - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek*⁵³

F20 - F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Právě to je typ onemocnění, o kterém jsem psala při obtíži diagnostiky. Pacient se přestává orientovat ve svých vlastních pocitech. Může být obtížné orientovat se v okolním prostředí. Naprosto typickým onemocněním je schizofrenie.

- „F20 - *Schizofrenie*
- *F21 - Schizotypální porucha*
- *F22 - Poruchy s trvalými bludy*
- *F23 - Akutní a přechodná psychotická porucha*
- *F24 - Indukovaná porucha s bludy*

⁵³<http://www.cmhd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f10-f19-poruchy-dusevni-a-poruchy-chovani-vyvo/>

- *F25 - Schizoafektivní poruchy*
- *F28 - Jiné neorganické psychotické poruchy*
- *F29 - Neurčené neorganické psychózy*⁵⁴

F30 - F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady)

- *„F30 - Manická fáze*
- *F31 - Bipolární afektivní porucha*
- *F32 - Depresivní fáze*
- *F33 - Periodická depresivní porucha*
- *F34 - Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)*
- *F38 - Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)*
- *F39 - Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)*⁵⁵

F40 - F48 - Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

- *„F40 - Fobické úzkostné poruchy*
- *F41 - Jiné anxiózní poruchy*
- *F42 - Obsedantně-nutková porucha*
- *F43 - Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení*
- *F44 - Disociativní (konverzní) poruchy*
- *F45 - Somatoformní poruchy*
- *F48 - Jiné neurotické poruchy*⁵⁶

F50 - F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- *„F50 - Poruchy příjmu potravy*

⁵⁴<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f20-f29-schizofrenie-poruchy-schizotypalni-a/>

⁵⁵<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f30-f39-afektivni-poruchy-poruchy-nalady/>

⁵⁶<http://www.cmhcd.cz/Stopstigma/O-dusevnich-nemocech/Seznam-dusevnich-nemoci/F40-F48-Neuroticke-steresove-a-somatoformni-p/>

- *F51 - Neorganické poruchy spánku*
- *F52 - Sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí*
- *F53 - Duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělím, nezařazené jindy*
- *F54 - Psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami, zařazenými jinde*
- *F55 - Abúzus - zneužívání - látek nezpůsobující závislost*
- *F59 - Neurčené poruchy chování v souvislosti s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*⁵⁷

F60 - F69 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých

- *„F60 - Specifické poruchy osobnosti*
- *F61 - Smíšené a jiné poruchy osobnosti*
- *F62 - Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku*
- *F63 - Nutkavé a impulzivní poruchy*
- *F64 - Poruchy pohlavní identity*
- *F65 - Porucha sexuální preference*
- *F66 - Poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací*
- *F68 - Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých*
- *F69 - Neurčená porucha osobnosti a chování u dospělých*⁵⁸

F70 - F79 - Mentální retardace

- *„F70 - Lehká mentální retardace*
- *F71 - Střední mentální retardace*
- *F72 - Těžká mentální retardace*
- *F73 - Hluboká mentální retardace*

⁵⁷<http://www.cmhd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f50-f59-syndromy-poruch-chovani-spojene-s-fyz/>

⁵⁸<http://www.cmhd.cz/Stopstigma/O-dusevnich-nemocech/Seznam-dusevnich-nemoci/F60-F69-Poruchy-osobnosti-a-chovani-u-dospelych/>

- *F78 - Jiná mentální retardace*
- *F79 - Neurčená mentální retardace*⁵⁹

F80 - F89 - Poruchy psychického vývoje

- *„F80 - Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka*
- *F81 - Specifické vývojové poruchy školních dovedností*
- *F82 - Specifická vývojová porucha motorických funkcí*
- *F83 - Smíšené specifické vývojové poruchy*
- *F84 - Pervazivní vývojové poruchy*
- *F88 - Jiné poruchy psychického vývoje*
- *F89 Neurčená porucha psychického vývoje*⁶⁰

F90 - F99 - Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci; nespecifikovaná

- *„F90 - Hyperkinetické poruchy*
- *F91 - Poruchy chování*
- *F92 - Smíšené poruchy chování a emocí*
- *F93 - Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství*
- *F94 - Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání*
- *F95 - Tiky*
- *F98 - Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospělosti*
- *F99 - Neurčená duševní porucha*⁶¹

V pilotním průzkumu, který jsem prováděla, nejčastěji respondenti uvedli, že trpí: psychotickým onemocněním, jinou afektivní poruchou, neurotickou poruchou a závislostí.

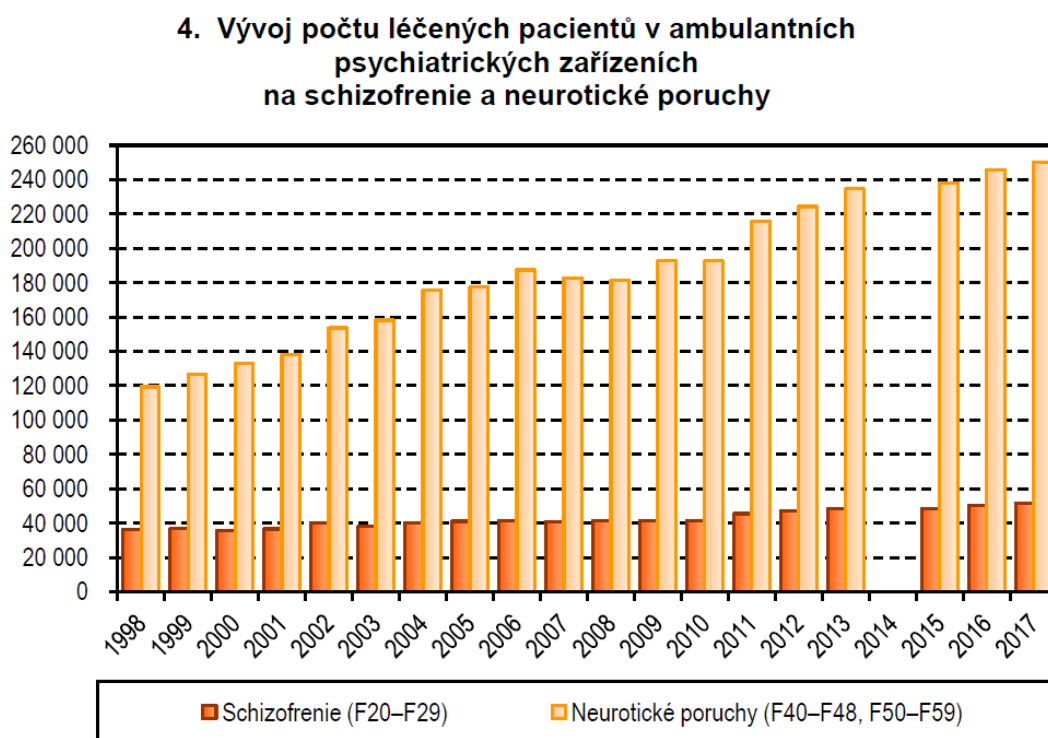
⁵⁹<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f70-f79-mentalni-retardace/>

⁶⁰<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f80-f89-poruchy-psychickeho-vyvoje/>

⁶¹<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f90-f99-poruchy-chovani-a-emoci-se-zacatkem-ob/>

Ze statistik, které vychází z výzkumu, který prováděl Ústav zdravotnických informací a statistik ČR, vychází, že od roku 1998 do roku 2017 se zvýšil počet pacientů se schizofrenií a neurotickými poruchami z čísla asi sto šedesát tisíc na číslo tři sta dvacet tisíc. Vidíme, že počet pacientů se za deset let prakticky dvakrát zvýšil.⁶²

Graf č. 1 Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních na schizofrenie a neurotické poruchy



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Při pohledu na vývoj závislosti nárůst pacientů není tak markantní jako vidíme u předchozích diagnostik. Stejně tak jako výše na grafu vidíme, že přibývá nemocných žen, je tomu stejně tak u závislosti. Počet mužů se víceméně za posledních deset let nezměnil. U žen uvidíme mírný nárůst.

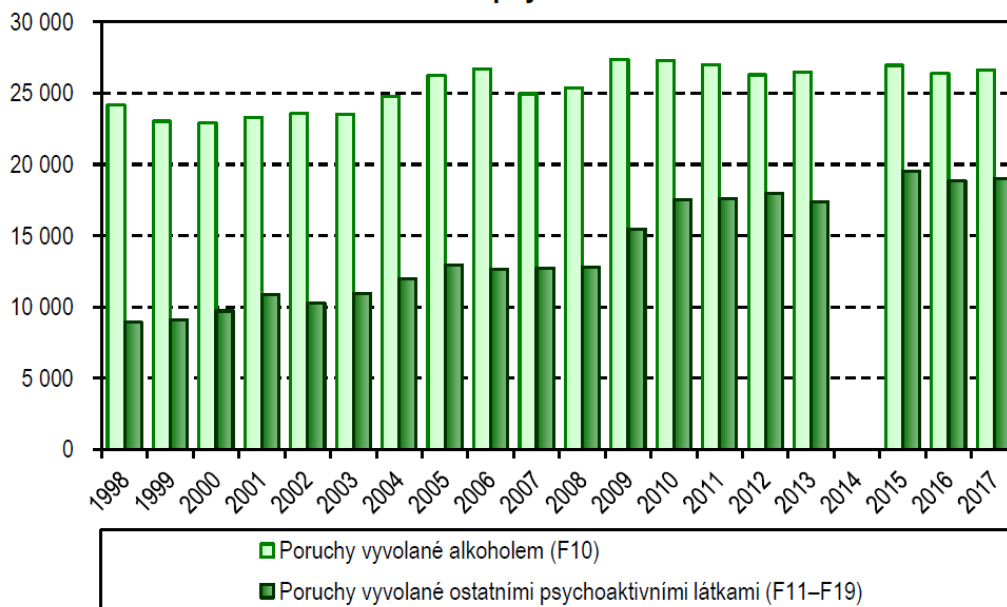
Kučerová píše, že: „Deprese již není poruchou myšlení, ale motivy a sice je to porucha nálady.“⁶³

⁶²JANN, Jan, KUDRNA, Karel, NECHANSKÁ, Blanka, NOVÁKOVÁ, Zdeňka, PAŠINGEROVÁ, Renáta, SLÁBOVÁ, Vladimíra. Psychiatrická péče 2017. ÚZIS ČR, 2018. ISBN: 978-80-7472-178-6, str. 27

⁶³KUČEROVÁ, Helena. Psychiatrické minimum. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-47330, str. 23.

Graf č. 2 Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních pro poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami

5. Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních pro poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami



Pozn. Data za rok 2014 nebyla z důvodu technologických a organizačních změn způsobu sběru získána od zpravodajských jednotek v dostatečně a kompletní podobě, nelze je tedy považovat za validní a není možné je publikovat.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Pro lepší porozumění dotazníku se podíváme na nemoci, které se v průzkumu nejčastěji objevily. Tři pacienti odpověděli, že mají psychotické poruchy. Jak je charakterizujeme? *Psychotické poruchy jsou charakterizovány závažnými poruchami v oblasti vnímání (halucinace), myšlení (bludy), emocí (omezená schopnost prožívání) a projevů chování, dále narušením iniciativy, aktivity i vůle a ztrátou zájmu o okolí. Psychotické příznaky mohou mít různé formy a jejich výskyt ještě nutně neznamená, že se u člověka rozvíjí schizofrenie, která je nejzávažnějším onemocněním z této skupiny poruch. Psychotické poruchy se odlišují závažností, charakterem, délkou trvání příznaků a mají jasně definovaná diagnostická kritéria (např. u schizofrenie je minimální délka trvání příznaků více než jeden měsíc).*⁶⁴

Definice potvrzuje tvrzení psychiatra, se kterým jsem vedla rozhovor. Není možné provést závěr, pokud symptomy nepozorujeme delší dobu. Pokud bychom se podívali

⁶⁴<http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/1-poruchy-autistickeho-spektra-a-vybrana-psychicka-onemocneni/1-2-vybrana-psychicka-onemocneni/1-2-6-schizofrenie-a-psychoticke-poruchy/>

například na poruchy příjmu potravy, tak i zde je jistá časová délka, kterou je potřeba sledovat.

V textu byly zmíněné bludy, ty jsou typické. Pacient je přesvědčen, že slyší a vidí věci, domnívá se, že hlasy nebo postavy jsou reálné. Jsou to ale pouze vidiny, které neexistují. Prostředí se tak stává pro takto nemocné lidi nebezpečným.

Tento pacient musí dodržovat medikaci. Pokud je stav vážný, je nutná hospitalizace.⁶⁵

Afektivní poruchu mají tři naši respondenti. Tedy stejný počet jako u psychotických poruch. Spadá sem i deprese, o které jsem svůj názor psala v úvodu kapitoly. *„U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů jsou buď sekundární k změnám nálady a aktivity, nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Nástup individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací.“*⁶⁶

Neurotické poruchy jsou charakterizovány jako: *„Skupina poruch, kde je úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmito situacím vyhýbá, a pokud tak neučiní, trpí v nich strachem. Zájem pacienta se soustředí na jednotlivé příznaky, jako je palpitace nebo pocit na omdlení, a často jsou spojeny s druhotným strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešlání. Myšlenky na účast ve „fobické“ situaci vzbuzují u pacienta anticipační úzkost. Fobická úzkost a deprese často existují vedle sebe. Zda jsou nutné obě diagnózy, fobická úzkost a depresivní epizoda nebo pouze jedna z nich, je určeno časovým průběhem obou poruch a terapeutickou úvahou při lékařské konzultaci.“*⁶⁷

Posledním onemocněním, kterým také trpěli tři pacienti, jsou závislosti. *„Mezinárodní klasifikace nemocí říká, že při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Jako ústřední charakteristiku onemocnění označuje touhu (často silnou, přemáhající) užívat psychoaktivní látku nebo látky (drogy včetně alkoholu, tabáku a někdy i třeba relativně bezpečně vnímané kávy). Odpovídajícím pro označení síly touhy by mohlo být slovo žádostivost nebo chtíč. Touhu užívat drogy si*

⁶⁵<http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/1-poruchy-autistickeho-spektra-a-vybrana-psychicka-onemocneni/1-2-vybrana-psychicka-onemocneni/1-2-6-schizofrenie-a-psychoticke-poruchy/>

⁶⁶<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

⁶⁷<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>

jedinec uvědomuje (i když ji nemusí přiznávat) a snaží se často užívání kontrolovat, nebo i zastavit; často však neúspěšně. ⁶⁸

V dotazníku se také budeme dotazovat respondentů na to, jak vnímají kvalitu svého života a přínos společnosti. Jak kvalitu života můžeme definovat? „*V odborném jazyce se termín kvalita života používá na popis pozitivních i negativních aspektů života.*“ ⁶⁹

V kontextu s výše zmiňovanou klasifikací nemocí se můžeme bavit i souvislosti s nezaměstnaností. „*Je nutno předeslat, že otázka následku faktu nezaměstnanosti na duševní zdraví zůstává nadále z části nezodpovězena, ačkoli souvislost mezi přesunem do nového zaměstnání (re-employment) a zlepšením duševního zdraví (i zde vycházejí doklady z relativně malého množství spolehlivých studií) je zřejmě evidentní.*“ ⁷⁰

Veřejnost bohužel žije ve světě mnoha dogmat o duševních poruchách. Literatura popisuje vliv informovanosti rodiny o nemoci, konkrétně schizofrenii, na mezilidské vztahy. „*Také se ukázalo, že programy zaměřené pouze na poskytování informací, všeobecné poskytování podpory a krizovou intervenci jsou daleko méně účinné, stejně jako individuální terapie pouze s pacienty nebo poradenská práce pouze s příbuznými.*“ ⁷¹

Můžeme tedy doufat, že i informovanost přispěje k destigmatizaci společnosti.

⁶⁸<http://www.nicm.cz/definice-zavislosti>

⁶⁹GURKOVA, Elena. Hodnocení kvality života. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-7357-5, str. 22.

⁷⁰BUCHTOVÁ, Božena, ŠMAJS, Josef, BOLELOUCKÝ, Zdeněk. Nezaměstnanost: 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-8585-1, str.111.

⁷¹OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-9905-6, str. 69.

3. Vybrané příklady transformace psychiatrické péče v zemích Evropské unie

V poslední kapitole se pokusím charakterizovat transformace v zemích, kde již reforma proběhla. Mluvím především o naší sousední zemi jako je Rakousko, dále o Itálii, tento model pro nás je důležitý, protože se jím inspirovala Česká republika. Podrobněji se také podíváme na Velkou Británii. Upozorňuji, že v období psaní diplomové práce ještě je Velká Británie součástí Evropské unie.

Rakousko

Na začátek uvedu konkrétní příklad rakouských Korutan. Musíme si uvědomit, jaké je kulturní prostředí, ve kterém reformu provádíme. Pokud se podíváme na tuto část Rakouska, zjistíme, že: *„Korutany jsou nejjihnější částí Rakouska a jejich region Spittal je spíše izolovaný. Jde o alpský region s dlouhými a odlehlými údolími a s celkem složitými sociálními strukturami. Lidé zde pracují buď v turistické infrastruktuře, nebo dojíždějí za prací do Německa či Švýcarska a na víkendy se vracejí ke svým rodinám. Ženy zůstávají doma s dětmi a pracují většinou v zemědělství.“*⁷² Zárodky Centra duševního zdraví můžeme pozorovat v Itálii. Pokus o jedno z prvních center zde inicioval již kolem roku 1986 lékař Thomas: *„Inspirován italským příkladem Centro di Salute Mentale našel pro to nový název Centrum pro duševní zdraví. Snížil počet lůžek ze čtyř set na dnešní dvě stovky, zmodernizoval plány léčby, zlepšil personální situaci, přivedl psychology, psychoterapeuty a pracovní terapeuty. Otevřel devět z deseti oddělení, uzavřené zůstalo pouze jedno s forenzními a velmi akutními pacienty. Promíchal muže a ženy a stal se vedoucím soukromé neziskové organizace, která zakládala ambulantní zařízení po celých Korutanech.“*⁷³ Jak můžeme vidět proběhla zde velmi ranná transformace. Již zde můžeme pozorovat pokus o multidisciplinární spolupráci na jednom místě. Také si cením založení neziskové organizace. Pokud bych provedla porovnání ve věci vnímání neziskových organizací v Rakousku a České republice, došla bych k závěru, že u nás v republice jsou nyní neziskové organizace veřejností i politiky vnímány pouze jako sběrači dotací. V Akčním plánu, o kterém jsem psala v minulé kapitole je bod, který se týká prevence na základních školách formou povinné půlroční výuky. Otázkou je zda školy mají ještě kapacitu na další takový specializovaný předmět, který si žádá dalšího profesionála na plný úvazek. Dle mého názoru by zde měly

⁷²MEZZINA, Roberto, TORESINI, Lorenzo. Za zdmí. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5, str. 134.

⁷³MEZZINA, Roberto, TORESINI, Lorenzo. Za zdmí. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5, str. 135.

pro primární prevenci fungovat neziskové organizace, které by nabízely programy financované státem. Školy by se tak mohly dobrovolně zapojit, nebyla by jim nařizována další povinnost a o prevenci by se starali odborníci se zkušenostmi.

O své zkušenosti v Rakousku mluvila také psycholožka Kerstin Felderer: „*Úvodem chci krátce pohovořit o našem léčebném plánu založeném na komunitě v okrese Spittal an der Drau. V našem okrese máme hodně zařízení a institucí – centrum denní péče, psychiatrickou následnou péči, služby pracovní rehabilitace, vzdělávání v oblasti zdravotní péče a pro mladé dívky také zařízení terapeutického bydlení.*“⁷⁴ Zde vidím jako zajímavou myšlenku odděleného zařízení pro dívky. Byl by zajímavý výzkum právě na téma odlišnosti vzniku, průběhu a léčby duševního onemocnění.

Jaké je dle paní Felderer zhodnocení zavádění domácí péče? „*Srovnání domácí péče a krizové intervence je velmi zajímavé. Zjistili jsme, že čím více domácí péče poskytujeme, tím méně krizové intervence je zapotřebí – což je logické. Totéž říkají i statistiky. Dalším zajímavým faktorem je to, že pět minut od našeho ambulantního zařízení je krizový dům, kam mohou klienti přijít v případě, že se nedaří jejich problém řešit doma nebo když potřebují trochu oddechu.*“⁷⁵ Tvrzení paní psycholožky nám potvrzuje, že jedním z fungujících řešení je především dostupnost zařízení.

Tato část Rakouska by se dala považovat za dobrý příklad transformace pro ostatní země. Poučit bychom se měli především z multidisciplinarity, kterou jistě není problém zajistit, pokud se to podařilo již kolem roku 1985. Samozřejmě u nás nesmíme opomenout éru komunismu, v rámci, které bylo mnoho humanitních věd zničeno, případně došlo k pozastavení jejich vývoje. V současné chvíli jsem přesvědčena o tom, že bude stačit, aby si k jednomu stolu sedli ministři, kteří mají v gesci zdravotnictví, sociální práce a školství.

Itálie

Kdy můžeme hledat počátky deinstitucionalizace v Itálii. V porovnání s Rakouskem ještě o deset let dříve: „*Pojmenovaný po psychiatru Francu Basagliovi, začal v Itálii 13. května 1978 platit překvapivý a převratný zákon 180 – vymezoval se vůči stávajícímu systému péče o duševní zdraví, požadoval zrušení psychiatrických léčeben, konec segregace a sociálního vyloučení nemocných. Den před Štědrým večerem se pak tento revoluční zákon*

⁷⁴MEZZINA, Roberto, TORESINI, Lorenzo. Za zdmí. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5, str. 137.

⁷⁵MEZZINA, Roberto, TORESINI, Lorenzo. Za zdmí. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5, str. 139.

začlenil s drobnými úpravami do širšího italského práva. Na jeho základě zavřely své brány početné psychiatrické nemocnice po celé zemi a zcela zásadním způsobem se proměnila péče o pacienty.“⁷⁶

Pojďme se podívat na konkrétní příklad v jižní Itálii, který popisuje psychiatrička Giovanna Del Giudice. „Na našem území se v letech 2002 až 2004 udály významné změny, které ovlivnily síť služeb duševního zdraví a rovněž transformovaly kulturní vnímání duševní nemoci. Nastaly v širších souvislostech akce zacílené na přenastavení a modernizaci systému veřejné zdravotní péče a na zavedení praktik sociální komunitní péče. Tento proces změn se odehrál v kontextu s místní komunitou – prostřednictvím navázaných vztahů s rodinami, nevládním sektorem, sociálními družstvy a neformálními komunitními sítěmi, pomocí nových vazeb mezi institucemi a jednotlivci a na pozadí různorodých vlivů odlišných kultur.“⁷⁷ Všimněme si jaký důraz paní doktorka klade na komunitu jako základního hybatele. Dovolím si říct, že u nás komunitní plánování funguje špatně. Tvrdím to na základě rozhovory s několika koordinátory komunitního plánování na městských úřadech, kteří tvrdí, že jen výjimečně se na jednání dostaví všechny strany. S Del Giudice v jejím tvrzení souhlasím, pokud chceme efektivní reformu je zapotřebí, aby se plánování služeb věnovaly všechny zapojené subjekty. Při pohledu na můj pilotní průzkum je vidět, že většina respondentů se o vývoj psychiatrické reformy nezajímá, protože o ní neví, že nemají přátele, a že se nezapojují ani do tvorby místní sítě služeb.

Za úspěšný příklad je také považován italský Terst: „Už více než 30 let město Terst (240 000 obyvatel) nemá žádný druh psychiatrické léčebny. Ústav byl nahrazen 40 různými strukturami s různými funkcemi a úkoly, jako je například domácí péče o pacienty. Výsledky ukazují, že nové metody psychiatrické pomoci také snížily výdaje v tomto sektoru. Navíc na konci roku 1971 rozpočet na vedení psychiatrické nemocnice činil přibližně 55 milionů eur; v roce 2010 místo toho správa všech komunitních služeb stála asi 18 milionů eur. Počet zaměstnanců se snížil z 524 v roce 1971 na 225 v roce 2010. Z 1182 nemocničních lůžek v roce 1971 se stalo 140 lůžek rozložených po celé oblasti. Podíl osob zapojených do těchto služeb se každý rok blíží dvaceti na tisíc lidí.“⁷⁸

⁷⁶<https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/2645309-ten-kdo-zrusil-lecebny-basaglia-pred-40-lety-prosadir-reformu-italske-psychiatrie>

⁷⁷MEZZINA, Roberto, TORESINI, Lorenzo. Za zdmí. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5, str. 188.

⁷⁸<http://zapsychiatrii.blogspot.com/2015/05/transformace-psychiatricke-pece-v.html>

Nyní shrnu italskou transformaci do několika principů, ze kterých by se mohla Česká republika inspirovat. Jedním z principů bude delegace práce s klienty na komunitní centra. Bohužel se domnívám, že by Česká republika měla zvýšit počet stacionářů, aby bylo klienty kam delegovat. Dalším principem je přenos péče do domácího prostředí. To opět nepůjde bez zvýšení příspěvku na péči a bez vyjednání lepších podmínek pro pečující.

Velká Británie

Příklad Velké Británie je můj nejoblíbenější. Již asi před dvaceti lety zde začala působit královstvím financovaná informační kampaň. Od této doby se počet pacientů snížil, ale hlavně také mínění veřejnosti o pacientech, kteří mají duševní onemocnění. U nás získal Národní ústav duševního zdraví devadesát milionů. Bohužel jsem si žádné informační kampaně nevšimla. Zhruba před pěti lety si vzali duševní zdraví do své gesce princ William a jeho žena Kate. Království spustilo webový informační portál pro základní školy, kde najdou informace ředitelé škol, učitelé, ale i samotní studenti. Nabízí také vzdělávací programy, do kterých se školy mohou dobrovolně zapojit a jsou hrazeny ze státního rozpočtu.⁷⁹ Domnívám se, že tomuto se dá říkat v pravém slova smyslu primární prevence. Nejčastěji se první příznaky duševního onemocnění objeví v mladším školním věku. U nás jsou dle zákona povinní psychologičtí poradci až na vysokých školách, to je tedy velmi pozdě.

Jednou z velmi důležitých osob, které se podílely na transformaci v italském Tesrtu, ale právě i ve Velké Británii je psychiatr, který pochází z Indie – Sashi Sashidharan. Popisuje svou zkušenost ze severního Irsku. *„Moje zkušenost pramení z vytváření modelu komunitních služeb péče o duševní zdraví v Birminghamu a z jeho úspěšné implementace během posledních deseti let. Model, který jsme zde zavedli, pokračoval a nakonec měl v Anglii celostátní dopad. Zkušenosti z Birminghamu vyústily v to, že vláda přijala podobný model komunitní péče o duševní zdraví pro celostátní implementaci.“*⁸⁰

A jak že Birminghamský model vypadal? *„V posledních dvaceti letech převzali roli klíčových aktérů nově také uživatelé a pečující osoby a jejich hlas byl při reformě péče o*

⁷⁹Neveřejná debata Youth, speak up!. Pracovní skupina pro duševní zdraví. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, 18. 4, 2019, 16 hod.

⁸⁰MEZZINA, Roberto, TORESINI, Lorenzo. Za zdmí. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5, str. 83.

duševní zdraví vlivný a významný.“⁸¹ Povšimněme si stejně jako v Itálii, že je kladen důraz na komunitu jako základ celé změny.

Co se tedy v Birminghamu stalo: „V posledních deseti letech jsme byli svědky uzavření tří tamních velkých ústavů a zrodu Trustu pro duševní zdraví, který vznikl jako součást NHS (National Health System – Systém státního zdravotnictví ve Velké Británii) a zavázal se ke spolupráci s dalšími komunitními agenturami a klíčovými aktéry o duševní zdraví. Vytvořili jsme službu, která pokrývala polovinu území města. To bylo možné jen díky dostupnosti dalšího financování duševního zdraví.“⁸²

Na britském příkladu pozoruji, jak je velmi důležité, aby se spojil neziskový sektor se státem. Nezbytné je také financování ze strany státu a politická vůle ke změně. Měli bychom si stejně jako ve Velké Británii uvědomit důležitost dětské psychiatrie.

Aktuální forma reformy u nás opomíjí dětskou psychiatrii, ale také například dlouhodobou péči. „Zde je třeba uvést, že tento plán naprosto vynechal problematiku dlouhodobé péče (...).“⁸³

Všechny tři země, o kterých jsem psala, nám mohou být v určitých ohledech příkladem. Jaké ohledy to jsou. Zaprvé větší informovanost samotných pacientů o možnosti zapojit se do tvorby reformy o duševním zdraví. V druhé řadě bychom měli více komunitně plánovat a na tyto výstupy brát zřetel při tvorbě reformy, stejně jako tomu je v Itálii. Británie nám zase přináší poučení v tom, že stát musí být jednoznačně finančním podporovatelem, ale měl by spolupracovat s neziskovými organizacemi. Více pozornosti bychom také měli věnovat dětské psychiatrii a primární prevenci v pravém slova smyslu již od mladšího školního věku.

⁸¹ MEZZINA, Roberto, TORESINI, Lorenzo. Za zdmi. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5, str. 84.

⁸² MEZZINA, Roberto, TORESINI, Lorenzo. Za zdmi. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5, str. 84.

⁸³ HOLMEROVÁ Iva a kol. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5923-4, str. 24.

4. Průzkum

Pilotní průzkum byl proveden na vybraném pracovišti soukromé psychiatrické ordinace v Praze. Nyní průzkum analyzuji a interpretuji jeho výsledky. Průzkum byl prováděn v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“ Ministerstva zdravotnictví. Gestorem tohoto projektu je MUDr. Dita Protopopová, Ph.D., gestorem klíčové aktivity Mgr. Tereza Palánová a nezávislým konzultantem PhDr. Monika Válková.

Cíl průzkumu a hypotézy:

Cílem průzkumu je zjistit jaká je hierarchie bariér v péči o pacienty a klienty s duševními poruchami. Očekávanými výsledky by mělo být zjištění bariér v rámci poskytování zdravotní a sociální péče. Očekávaným přínosem průzkumu je implementace kvality péče o osoby s duševním onemocněním v rámci zdravotního a sociálního systému.

Vedlejší průzkumné otázky:

Jaké potřeby jsou na straně uživatelů a jak jsou v současné době naplněny?

Jak kvalitu péče vnímají uživatelé služeb?

Hlavní průzkumná otázka:

Jaká je hierarchie bariér v péči o pacienty a klienty s duševními poruchami?

Metoda výzkumu:

Průzkum byl proveden prostřednictvím kvalifikovaného dotazníkového šetření. Dotazník bylo možné vyplnit i formou online. Respondenti měli možnost využít asistence tazatele. Pro účely dotazování byl sestaven dotazník obsahující 26 otázek. Otázky jsou otevřené, kdy jsou nabízeny dichotomní otázky (ano/ ne) nebo předepsané odpovědi. Druhým typem otázek jsou otázky škálové. Respondent vybírá sílu odpovědi na pevně stanovené škále (viz Lickertova škála - určitě ne, spíše ne, neví, spíše ano, určitě ano. Dále také odpovědi ano, spíše ano, spíše ne, ne.

Proces tvorby dotazníku:

Otázky vznikaly na základě zasedání „kulatých stolů“, u kterých probíhala debata mezi zástupci regionálních sociálních a zdravotních poskytovatelů služeb pro osoby s duševním onemocněním, sociálními pracovníky, zástupci krajských regionálních sociálních a

zdravotních služeb odpovědných za plánování, dostupnost a financování, zástupci uživatelů, zástupci neformální péče/ svépomocné skupiny a regionálním odborným garantem. Procesu tvorby dotazníku se budu podrobněji věnovat v následující kapitole „Diskuse“.

Výzkumný problém:

Existují nedostatky a bariéry v péči o duševně nemocné z pohledu poskytované zdravotní péče/ služeb?

Existují nedostatky a bariéry v péči o duševně nemocné z pohledu poskytované sociální péče/ služeb?

Cílová skupina:

Cílovou skupinou jsou duševně nemocní klienti, uživatelé služeb a jejich rodinní příslušníci.

Okruhy pro průzkumné otázky:

- Jak uživatelé a jejich rodinní příslušníci vnímají účinnost a efektivitu léčby.
- Jak hodnotí přístup personálu (empatie, respekt, důstojnost).
- Jakou mají zkušenost s principem aktivního zapojování do rozhodování a podporou v self-managementu.
- Jak hodnotí vztah a vazbu s profesionály, kontinuitu péče.
- Jak vnímají – že se pracuje s jejich osobní zkušeností při zlepšování péče (pro ně a systémově).
- Jaká je zkušenost s dostupností péče a služeb v oblasti duševního zdraví.
- Uživatelé se zkušeností s duševním onemocněním – jakou zkušenost mají s porozuměním fází léčby - diagnostiky, akutní léčby, plánování další léčby?
- Jaké jsou zkušenosti s vypracováváním plánů léčby, srozumitelností, formou sdělení a dokumentování?
- Jaká je zkušenost s řešením krizí a plánováním krizového plánu?
- Uživatelé se zkušeností s psychickou krizí – jakou mají zkušenost s krizovými službami, intervencemi, kompetencí krizových pracovníků?
- Zkušenosti se stigmatizací – při léčbě v komunitě, ambulanci, jednotlivých službách.
- Vnímání potřeby nezávislosti, sebeřízení, samostatnosti, začlenění do společnosti.
- Vnímání komunitních sociálních a zdravotních služeb.
- Očekávání od kom. služeb po propuštění.
- Očekávání spolupráce komunitních týmů s ambulantním lékařem.

- Vnímání klienta dostupnosti služeb, koordinace s lůžkovým sektorem.
- V rámci dotazníkové šetření využití domény kvality života: sociální vztahy, uplatňování, práv, volný čas, vzdělávání, zdraví, krize, bydlení, finance, práce, rodina.

Základní východiska při konstrukci dotazníku:

- Participace; Zda zdravotníci a nezdravotnický pracovníci začleňují, informují klienty o plánované léčbě a péči
- Jak vnímají klienti dostupnost služeb – spádovost, čekací lhůty, cesty doporučení, nízkoprahovost, povědomí o možnostech odeslání, chráněné bydlení, podpora v zaměstnávání, denní centra, provázení sociálními dávkami a další.
- Jak vnímají klienti kontinuitu péče – mezi lůžkovou a ambulantní péčí; co očekávají a potřebují po propuštění z lůžka; jak vnímají rozdíl v přístupu na lůžku, v ambulanci, ve stacionáři. Co potřebují v akutní léčbě, co v následné a rehabilitační. Jak si představují zapojení rodiny v následné péči.
- Jaké mají klienti zkušenosti s individuálním plánováním zotavování; využití kompetencí, empowerment principy.
- Jak vnímají klienti funkci a užitečnost průvodce – peer podpora a svépomocné skupiny
- Jak klienti hodnotí provázanost jednotlivých služeb; komunikaci a předávání informací, soulad nebo protichůdná doporučení...atd.
- Zkušenosti klientů na okolnosti přijetí, přístup personálu, vnímání prostředí, vnímání kvality informací, začleňování do rozhodování o léčbě.
- Vnímání klientů v naplnění potřeb – bezpečí, respekt, informace-edukace, soukromí, důstojnost, naděje a další.
- Vnímání klientů délky pobytu, plánování propuštění, spolupráce s rodinou a ambulantními, komunitními službami.
- Vnímání klientů spolupráce a koordinace služeb – výhody a nevýhody lůžkové péče, vyšetření somatickými lékaři, služby na jednom místě, návštěvy a koordinace informací, aktivit

Oblasti zjišťovaných nedostatků:

- Socio-demografické otázky
- Účast lidí s duševním onemocněním v rozhodování týkajícího se systému psychiatrické péče (systému péče o duševní zdraví)

- Čerpání zdravotních a sociálních služeb během posledních 3 let.
- Časovou a místní dostupnost následujících služeb pro lidi s duševním onemocněním v kraji za poslední 3 roky.
- Vnímání kvality péče o lidi s duševním onemocněním a naplnění jejich potřeb (naplnění potřeb bezpečí a jistoty ve zdravotních a sociálních službách)
- Služby v oblasti somatické medicíny, jejich kvality, dostupnost.
- Začleňování do společenského prostředí (práce, rodina, bydlení, vztahy, finance, samostatnost)
- ISMI škála (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale), která hodnotí míru sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou.
- Sebehodnotící škála WHODAS – tyto dotazy směrem k respondentovi jsou o jeho potížích, které lidé mají v důsledku svého zdravotního stavu. Slovem zdravotní stav myslíme nemoci fyzické i duševní, jakož i další zdravotní potíže, krátkodobé či dlouhodobějšího charakteru.

Realizace výzkumu:

Sběr probíhal v měsíci leden a únor roku 2019 v psychiatrické ordinaci. Pro zajištění naprosté anonymity respondenti odevzdávali vyplněné archy do krabice, nikoliv do rukou lékaře. Respondenti dotazník vyplňovali v čekárně, lékař nebyl přítomen a nemohl tak ovlivňovat odpovědi. Vyplnění dotazníku trvalo mezi 30 – 45 minutami.

Výzkumný vzorek:

Dotazování byli pacienti psychiatrické ambulantní péče ve věku 18 až 66 a více let trpící duševním onemocněním. Celkem se výzkumu zúčastnilo 22 pacientů. Výzkum byl prováděn v hlavním městě Praha. Spolupráce s psychiatrem byla velmi vstřícná.

Popis výsledků:

Při prezentaci výsledků dotazníkového šetření se budu držet pořadí, ve kterém byly předkládány respondentům. Četnosti odpovědí budou prezentovány v celých číslech.⁸⁴

⁸⁴ Neveřejný dokument metodiky výzkumu Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Sekce 1

Socio – demografické otázky

1. Kraj: (hodnoťte kraj, kde nejvíce využíváte služby)

Tabulka č. 1 Rozdělení respondentů dle kraje

Pořadí	Kraj	Počet odpovědí
1.	Hlavní město Praha	22
2.	Středočeský kraj	0
3.	Jihočeský	0
4.	Západočeský	0
5.	Karlovarský	0
6.	Ústecký	0
7.	Liberecký	0
8.	Královehradecký	0
9.	Pardubický	0
10.	Vysočina	0
11.	Jihomoravský	0
12.	Zlínský	0
13.	Olomoucký	0
14.	Moravskoslezský	0

Zdroj: Interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 3 Využívání služeb v kraji



Zdroj: autorka práce

Z grafu č. 1 i z tabulky č. 1 vyplývá, že všichni zúčastnění respondenti navštěvují služby v hlavním městě Praha.

2. Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 2 Rozdělení respondentů dle pohlaví

Číslo	Pohlaví	Počet
1.	Muž	13
2.	Žena	9

Zdroj: Interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 4 Poměr mužů a žen



Zdroj: autorka práce

Z tabulky č. 2 a grafu číslo 2 vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo 13 mužů a 9 žen.

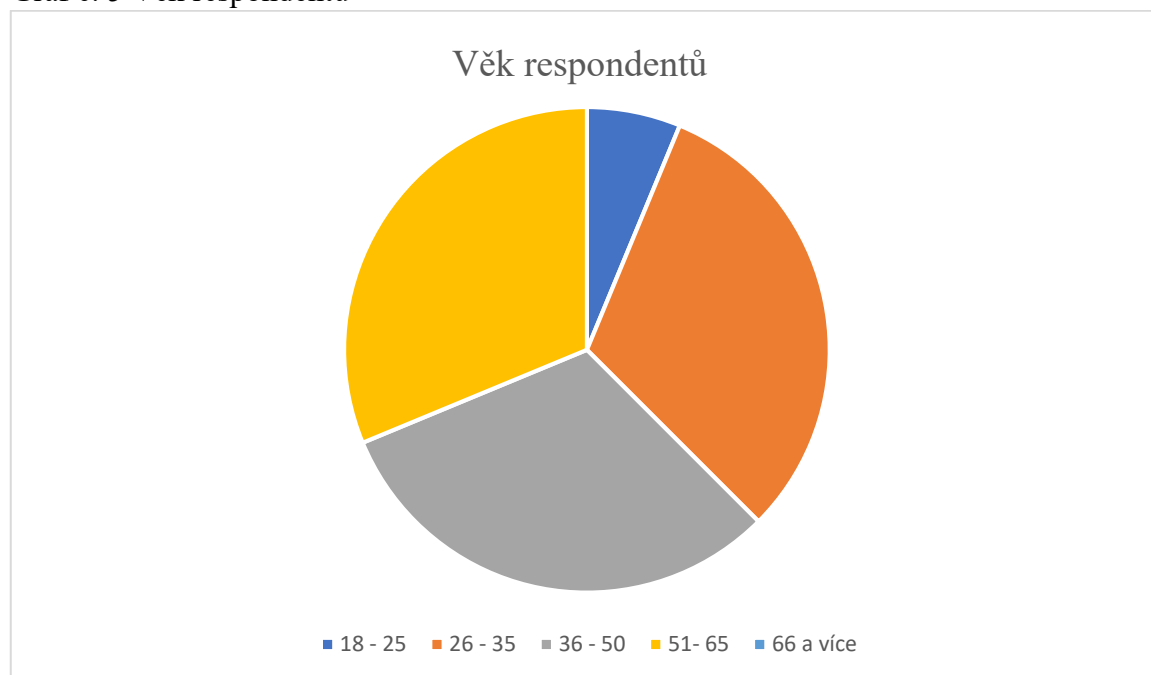
3. Věk

Tabulka č. 3 Věk respondentů

Číslo	Věk	Počet
1.	18 - 25	1
2.	26 - 35	5
3.	36 - 50	5
4.	51 - 65	5
5.	66 a více	6

Zdroj: Interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 5 Věk respondentů



Zdroj: autorka práce

Z tabulky č. 3 a grafu č. 3 vyplývá, že se průzkumu zúčastnil 1 respondent ve věku 18 – 25 let, 5 respondentů ve věku 26 – 35 let, 5 respondentů ve věku 36 – 50 let, 5 respondentů ve věku 51 – 65 let a 6 respondentů ve věku 66 a více let. Můžeme pozorovat vzestupnou tendenci duševních onemocnění se zvyšujícím se věkem.

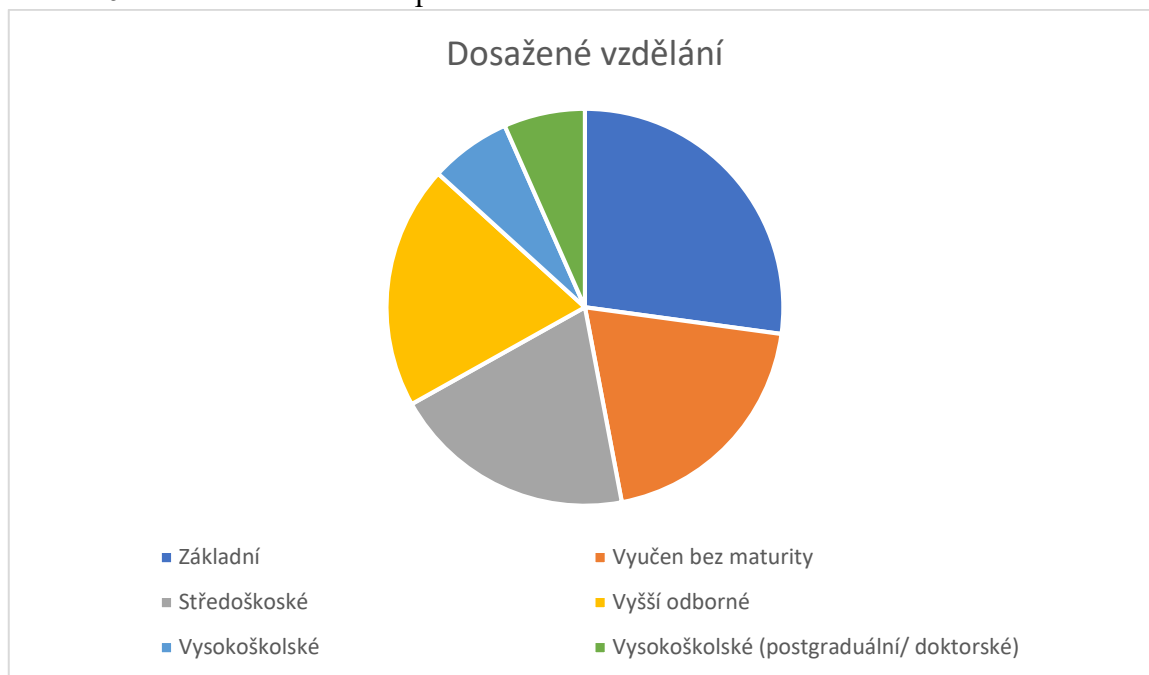
4. Dosažené vzdělání

Tabulka č. 4 Dosažené vzdělání respondentů

Číslo	Dosažené vzdělání	Počet
1.	Základní	0
2.	Vyučen bez maturity	6
3.	Středoškolské	6
4.	Vyšší odborné (Dis.)	6
5.	Vysokoškolské (Bc., Mgr. Ing.)	2
6.	Vysokoškolské (postgraduální/ doktorské)	2

Zdroj: Interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 6 Dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: autorka práce

Neodpovídali žádní respondenti se základním vzděláním, 6 respondentů s vyučením bez maturity, 6 respondentů se středoškolským vzděláním, 6 respondentů s vyšším odborným vzděláním, 2 respondenti s vysokoškolským vzděláním – bakalářské, magisterské nebo inženýrské úrovně a 2 respondenti, kteří absolvovali vysokoškolské – postgraduální nebo doktorské studium.

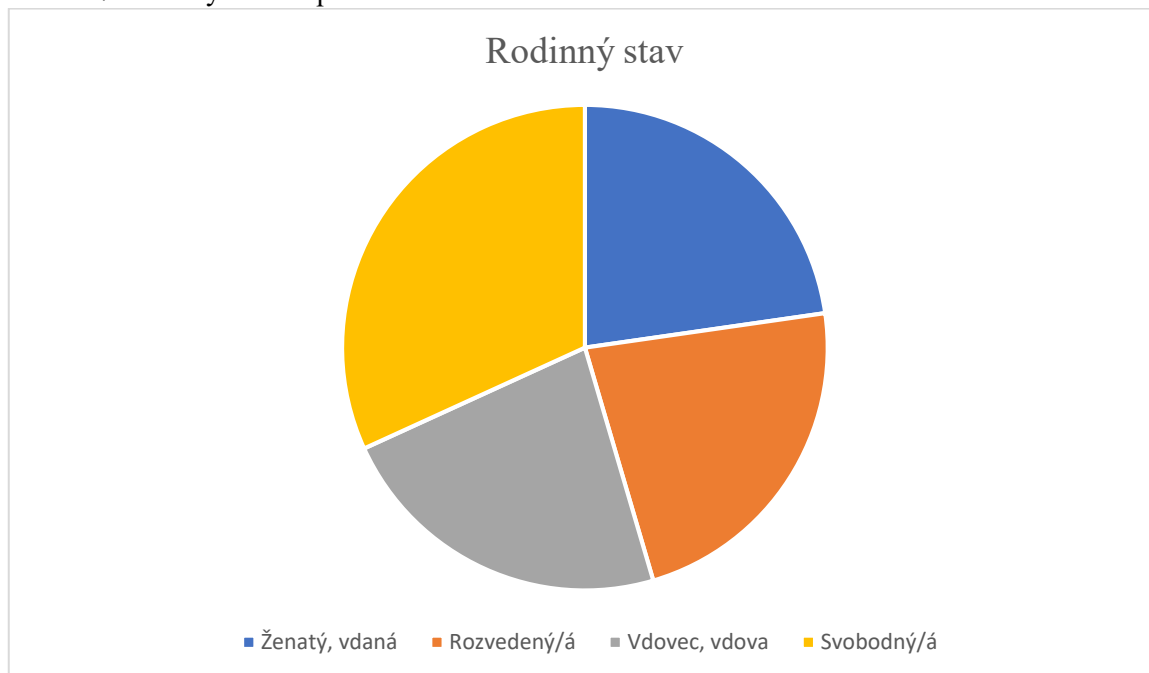
5. Rodinný stav

Tabulka č. 5 Rodinný stav respondentů

Číslo	Rodinný stav	Počet
1.	Ženatý, vdaná	5
2.	Jsem rozvedený/á	5
3.	Vdovec, vdova	5
4.	Svobodný/á	7

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 7 Rodinný stav respondentů



Zdroj: autorka práce

Můžeme si všimnout, že rozložení respondentů v rámci rodinného stavu je prakticky rovnoměrný. Pět respondentů je ženatých/vdaných, pět respondentů je rozvedených nebo rozešlých, pět respondentů ovdovělo a sedm respondentů je svobodných.

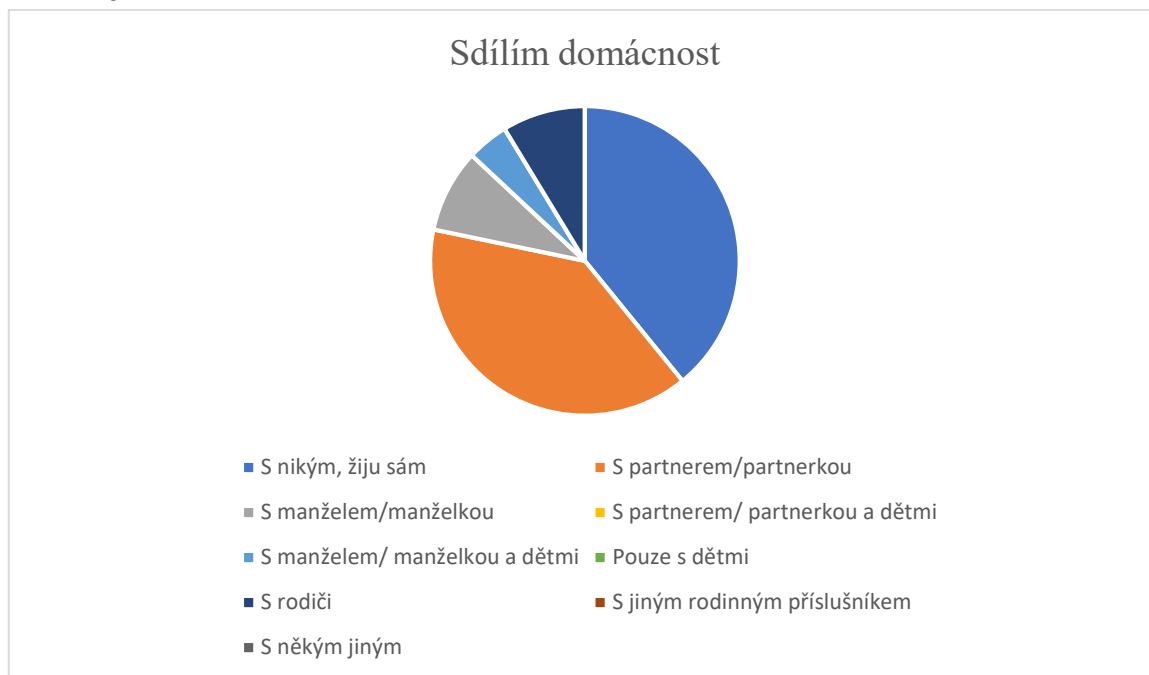
6. Sdílím jednu domácnost:

Tabulka č. 6 Soužití v domácnosti

Číslo	Sdílení domácnosti	Počet
1.	S nikým, žiju sám	9
2.	S partnerem/partnerkou	8
3.	S manželem/manželkou	2
4.	S partnerem/ partnerkou a dětmi	0
5.	S manželem manželkou a dětmi	1
6.	Pouze s dětmi	0
7.	S rodiči	2
8.	S jiným rodinným příslušníkem	0
9.	S někým jiným	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 8 Soužití v domácnosti



Zdroj: autorka práce

Devět respondentů žije v domácnosti bez nikoho, osm žije s partnerem nebo partnerkou, dva žijí s manželem nebo manželkou, ve sňatku a s dětmi žije jeden manželský pár. Dva dotazovaní žijí v domácnosti s rodiči. Žádná respondent nežije pouze s dětmi, s jiným rodinným příslušníkem nebo s někým jiným.

Sekce č. 2

1. Víte jakou diagnózu v oblasti duševního zdraví Vám určil Váš lékař?

Tabulka č. 7 Znalost diagnózy

Číslo	Odpověď	Počet
1.	Ano	16
2.	Ne	2
3.	Nechci odpovědět	4

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 9 Znalost diagnózy



Zdroj: autorka práce

Šestnáct respondentů odpovědělo, že ví jakou diagnózu jim lékař určil, čtyři nevědí a dva odmítli na tuto otázku odpovědět.

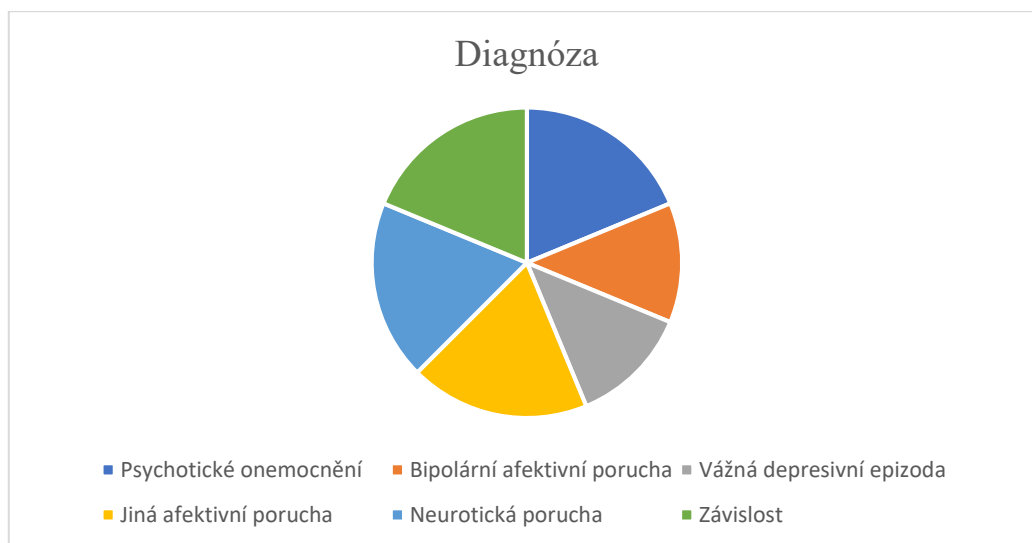
1.1. Pokud ano, jakou?

Tabulka č. 8 Diagnóza respondentů

Číslo	Diagnóza	Počet
1.	Psychotické onemocnění	3
2.	Bipolární afektivní porucha	2
3.	Vážná depresivní epizoda	2
4.	Jiná afektivní porucha	3
5.	Neurotická porucha	3
6.	Závislost	3

Zdroj: interní dokument Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 10 Diagnóza respondentů



Zdroj: autorka práce

Dle grafu č. 8 je viditelné, že diagnóza respondentů je rovnoměrně rozložena. Tři pacienti trpí psychotickým onemocněním, dva bipolární afektivní poruchou, dva vážnou depresivní epizody, tři jinou afektivní poruchou, tři neurotickou poruchou a tři závislostí.

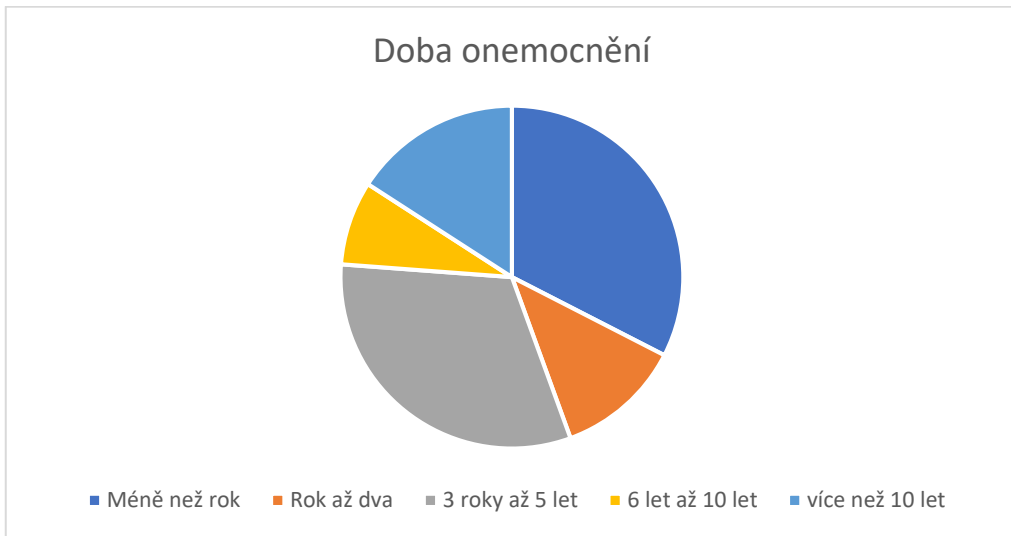
2. S duševním onemocněním se léčím:

Tabulka č. 9 Doba onemocnění

Číslo	Doba léčení	Počet
1.	Méně než rok	3
2.	Rok až dva	3
3.	3 až 5 let	8
4.	6 ž 10 let	2
5.	Více než 10 let	4

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 11 Doba onemocnění



Zdroj: autorka práce

Tři pacienti trpí onemocněním méně než jeden rok, další tři jeden až dva roky, osm respondentů mezi třemi až pěti roky, mezi šesti až deseti roky dva a více jak deset let čtyři respondenti.

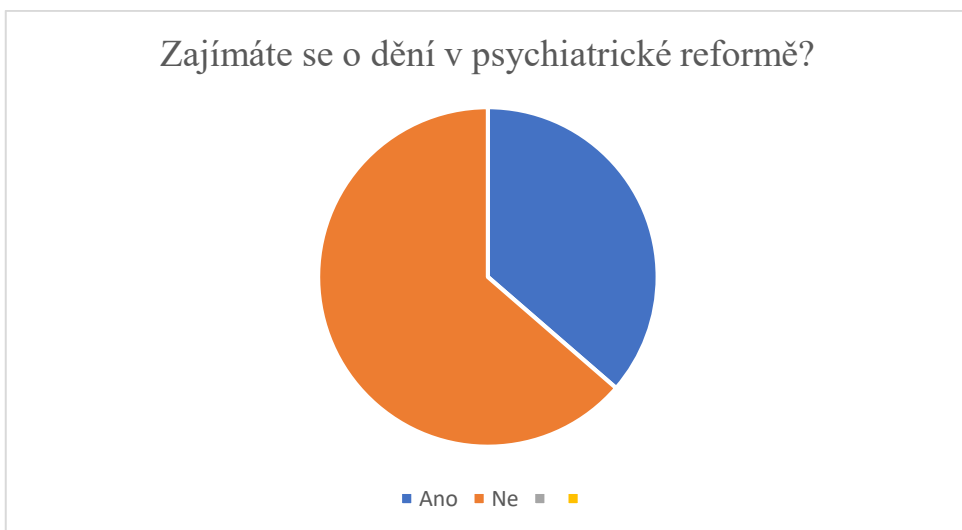
2.1. Zajímáte se o dění v psychiatrické reformě?

Tabulka č. 10 Zájem o dění v psychiatrické reformě

Číslo	Odpověď	Počet
1.	Ano	8
2.	Ne	14

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Graf č. 12 Zájem o dění v psychiatrické reformě



Zdroj: autorka práce

Jak si můžeme všimnout více respondentů se o dění v psychiatrické reformě nezajímá, přesně čtrnáct. O reformu se nezajímá 8 respondentů

3. Účast lidí s duševním onemocněním v rozhodování týkajícího se systému psychiatrické péče (systému péče o duševní zdraví)

Tabulka č. 11 Účast lidí s duševním onemocněním v rozhodování týkajícího se systému psychiatrické péče

	Ano	Spíše Ano	Nevím	Spíše Ne	Ne
3.1 Myslíte si, že jsou lidé s duševním onemocněním dostatečně zapojováni do rozhodování o systému péče o duševní zdraví?	2	2	8	5	6
3.2 Myslíte si, že je zapojování lidí s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků na úrovni systému důležité?	5	9	6	0	2
3.3 Podílíte se na rozhodování o systému péče o duševní zdraví?	0	1	2	11	8
3.4 Pokud se na rozhodování o systému péče o duševní zdraví nepodílíte, měl/a byste o to zájem?	5	3	11	1	2

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Z průzkumu je prokazatelně viditelné, že nadpoloviční většina, si myslí že lidé s duševním onemocněním nejsou dostatečně zapojeni do rozhodování o systému péče o duševní zdraví, zároveň jsou ale přesvědčeni, že zapojení jich samotných a rodinných příslušníků je důležité. Pouze jeden respondent odpověděl, že se podílí na rozhodování o systému. Zajímavá je otázka 3.4., ve které jsme se dotazovali na zájem o zapojení, 11 klientů odpovědělo „nevím“. Tuto reakci přisuzuji především nedostatku informací o transformaci psychiatrické péče.

Tabulka č. 12 Rozhodování o systému péče o duševní zdraví

	Ano	Ne	Nevím
3.5 Jste členem některé organizace sdružující lidi s duševním onemocněním?	3	19	_____
3.6 Znáte nějakého člověka s duševním onemocněním, který je zapojen do rozhodování o systému péče o duševní zdraví?	5	17	_____
3.7 Měl/a jste možnost podílet se na hodnocení kvality péče poskytované lidem s duševním onemocněním?	4	18	_____
3.8 Měl/a jste možnost osobně se podílet na tvorbě sítě služeb pro lidi s duševním onemocněním na regionální (krajské) úrovni?	0	22	_____
3.9 Máte svůj vlastní individuální plán léčby?	17	5	_____
3.10 Pokud Ano, byl jste zapojen do přípravy plánu?	14	8	_____
3.11 Pokud máte svůj individuální plán, obsahuje krizová opatření, která je třeba zohlednit při případné krizi (např. relaps duševního onemocnění)?	14	8	_____
3.12 Měl/a jste možnost hodnotit svůj psychický stav opakovaně (vyplněním dotazníku, který hodnotí např. Vaše fungování, Vaše zotavení, Vaši kvalitu života)?	7	15	0
3.13 Pokud Ano, byl/a jste s těmito výsledky pravidelně seznamována?	5	17	_____
3.14 Považujete znalost svého aktuálního psychického stavu za důležitou?	18	4	_____

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Většina pacientů odpovědělo, že nejsou členy žádné organizace sdružující lidi s duševním onemocněním a také ve svém okolí nemají nikoho kdo by členem byl. Naprosto šokující je pro mě počet pacientů, kteří byli zapojeni do tvorby sítě služeb pro lidi s duševním onemocněním na regionální úrovni. Nikdo z respondentů do tvorby zapojen nebyl. Domnívám se, že pokud do plánování služeb na kterékoliv úrovni nebudou zapojeni přímo klienti, nebudou služby plánovány efektivně na základě reálných potřeb. S tímto bodem je spojená otázka hodnocení kvality služeb, i zde odpověděli pouze 4 lidi, že služby hodnotili.

4. Čerpal/a jste během posledních 3 let lůžkové zdravotní psychiatrické služby?

1. Ano 6 2. Ne 16

Jestliže ANO, kolikrát?

Tabulka č. 13 Pobyť v psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrickém oddělení

	Jednou	Dvakrát	Třikrát	Čtyřikrát	Vícekrát
4.1 Pobyť v psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice)	1	0	2	1	3
4.2 Psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice	2	0	0	0	3

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Šestnáct dotazovaných klientů nečerpal/a za poslední tři roky lůžkové zdravotní psychiatrické péče. Tento výsledek je ovlivněný oslovenou skupinou respondentů, která je v pravidelné péči ambulantního psychiatra. Pravidelná péče eliminuje rizikové faktory, které by mohly vést například ke krizovým situacím.

4.3 Čerpal/a jste během posledních 3 let služby denního stacionáře?

1. Ano 6 2. Ne 16

4.4 Jestliže ANO, kolikrát?

Tabulka č. 14 Čerpání služeb denního stacionáře

Jednou	Dvakrát	Třikrát	Čtyřikrát	Vícekrát
1	0	2	0	3

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

4.5 Čerpal/a jste během posledních 3 let služby ambulantního psychiatra?

1. Ano 20 2. Ne 2

4.6 Jestliže ANO, kolikrát?

Tabulka č. 15 Četnost čerpání služeb denního stacionáře

Nepravidelně	Pravidelně 1 x měsíčně	Pravidelně 1 x za 2 měsíce	Pravidelně 1 x za 3 měsíce	Pravidelně v delším časovém intervalu
5	13	1	0	1

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

4.7 Čerpal/a jste během posledních 3 let psychologické služby?

1. Ano 10 2. Ne 12

Jestliže ANO, kolikrát?

Tabulka č. 16 Četnost čerpání sociálních služeb

	Nepřavidelně	Pravidelně 1 x měsíčně	Pravidelně 1 x za 2 měsíce	Pravidelně 1 x za 3 měsíce	Pravidelně v delším časovém intervalu
4.8 Služba klinického psychologa (hrazeno zdravotními pojišťovnami)	2	7	0	0	1
4.9 Psychoterapeutické poradenství (placeno klientem)	2	0	1	0	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

5. Vzpomeňte si na svůj poslední pobyt v psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Poté zaškrtněte u každé otázky tu možnost, která nejlépe odpovídá Vaší zkušenosti z pobytu v nemocnici

Tabulka č. 17 Zkušenost z pobytu v nemocnici

	Ano	Spíše Ano	Ani ano/ani ne	Spíše Ne	Ne
5.1 Cítil/a jste se během Vašeho pobytu v nemocnici v bezpečí?	0	0	3	2	1
5.2 Cítil/a jste z chování personálu respekt k Vaší osobě?	2	2	1	0	1
5.3 Byla během pobytu v nemocnici narušena Vaše důstojnost?	0	1	2	2	1
5.4 Pociťoval/a jste během pobytu v nemocnici dostatek soukromí?	3	1	1	1	0
5.5 Vzbuzovala ve Vás péče v nemocnici naději do budoucna?	2	1	2	1	0

	Ano	Ne
5.6 Hovořil s Vámi někdo o tom, co mohlo způsobit Vaše onemocnění?	6	0
5.7 Bylo Vám během pobytu v nemocnici sděleno, jaké máte onemocnění?	4	2
5.8 Byl/a jste informována o možných způsobech léčby?	3	3
5.9 Byl/a jste informována o možných vedlejších účincích léků?	4	2
5.10 Bylo pro Vás vysvětlení o účincích léků srozumitelné?	4	2
5.11 Pozorujete nějaké vedlejší účinky léků?	1	5
5.12 Pro svoje zotavení používám spíše alternativní léčbu než medikamentózní.	0	6
5.13 Měl/a jste během pobytu v nemocnici přístup ke své zdravotnické dokumentaci?	6	0

5.14 Slyšel/a jste během pobytu v nemocnici o možnosti zotavení z duševního onemocnění?	2	4
5.15 Byl/a jste při propuštění z nemocnice informován/a o dalších návazných komunitních službách?	4	2
5.16 Byly s Vámi během Vašeho pobytu v nemocnici řešeny Vaše sociální problémy?	2	4
5.17 Využil/a jste služby Peer konzultanta během Vašeho pobytu v nemocnici?	1	5
5.18 Návaznost péče (ambulantní psychiatr, komunitní služby) po propuštění z nemocnice hodnotím pozitivně.	3	3
5.19 By(a) jste někdy v nemocnici hospitalizován/a nedobrovolně?	0	6

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Šest z dvaceti dvou pacientů za poslední tři roky využilo psychiatrické lůžkové péče. Hned u první otázky vyplývá negativní vztah k tomuto oddělení. Tři pacienti odpověděli, že se necítili ani cítili v bezpečí, dva pacienti se spíše v bezpečí necítili a jeden se v bezpečí necítil. Dle pyramidy potřeb Maslowa je bezpečí hned na druhém stupni. V současné chvíli, kdy na odděleních lůžkové psychiatrické péče je na jednom pokoji i více než pět lůžek předpokládám, že bezpečí, které je úzce spjato se soukromím nemůže být zajištěno.

Velmi pozitivní zprávou, kterou průzkum ukazuje je, že klienti pociťovali respekt k jejich osobě a nenarušení osobní důstojnosti, která by měla být v rámci zdravotních a sociálních služeb nedotknutelná u všech lidí bez ohledu na diagnózu a sociální postavení ve společnosti. Otázku naděje do budoucna pacienti hodnotili velmi rovnoměrně.

6. Vzpomeňte si na svoje poslední docházení do denního stacionáře. Poté zaškrtněte u každé otázky tu možnost, která nejlépe odpovídá Vaší zkušenosti z docházení do denního stacionáře.

Tabulka č. 18 Zkušenosti z docházení do denního stacionáře

	Ano	Spíše Ano	Ani ano/ani ne	Spíše Ne	Ne
6.1 Cítil/a jste se během Vašeho pobytu v denním stacionáři v bezpečí?	1	5	1	0	0

6.2 Cítil/a jste z chování personálu respekt k Vaší osobě?	4	2	0	0	0
6.3 Byla během pobytu v denním stacionáři narušena Vaše důstojnost?	0	0	1	2	3
6.4 Pociťoval/a jste během pobytu v denním stacionáři dostatek soukromí?	3	2	1	0	0
6.5 Vzbuzovala ve Vás péče v denním stacionáři naději do budoucna?	3	1	2	0	0
6.6 Splnila návaznost denního stacionáře Vaše očekávání?	2	2	2	0	0

	Ano	Ne
6.7 Hovořil s Vámi někdo o tom, co mohlo způsobit Vaše onemocnění?	6	0
6.8 Byl/a jste dostatečně informována o možných způsobech léčby?	4	2
6.9 Byl/a jste dostatečně informována o možných vedlejších účincích léků?	5	1

6.10 Měl/a jste během pobytu v denním stacionáři přístup ke své zdravotnické dokumentaci?	6	0
6.11 Slyšel/a jste během pobytu v denním stacionáři o možnosti zotavení z duševního onemocnění?	4	2
6.12 Navazovala péče v denním stacionáři na péči v nemocnici?	2	4
6.13 Byl/a jste odeslán/a do denního stacionáře svým ambulantním psychiatrem?	5	1

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Z odpovědí vyplívá, že většina klientů se v denním stacionáři cítilo bezpečně, pouze jeden klient uvedl, že se necítil ani cítil bezpečně. Z průzkumu lze také vyčíst respektování ze strany pracovníků ke klientům. Nebyla narušena ani jejich důstojnost. V otázce soukromí nikdo neodpověděl „spíše ne“ ani „ne“. V pacientech byla vzbuzována naděje do budoucna a návaznost splnila jejich očekávání.

Klienti denního stacionáře odpověděli, že s nimi někdo hovořil o tom, co mohlo způsobit jejich nemoc. Z počtu šesti klientů byli čtyři informováni o možných způsobech léčby. Pět bylo dále informováno i o vedlejších účincích užívaných léků. Všichni měli během pobytu přístup ke své zdravotnické dokumentaci. Pouze dva klienti neslyšeli o možnosti vyléčení z duševního onemocnění. Pozitivně nehodnotím, že u většiny klientů péče nenavazovala na pobyt v nemocnici. Podle mého názoru by tyto služby měly pro co nejvyšší efektivitu navazovat a odborníci by spolu měli spolupracovat. Kromě jednoho pacienta byli do denního stacionáře odesláni svým ambulantním psychiatrem.

7. Zaškrtněte u každé otázky tu možnost, která nejlépe odpovídá Vaší zkušenosti se službami ambulantního psychiatra. Pokud jste během posledních 3 let měnil ambulantního psychiatra, hodnot'te služby poskytované posledním z nich.

Tabulka č. 19 Hodnocení služeb ambulantního psychiatra

	Ano	Spíše Ano	Ani ano/ani ne	Spíše Ne	Ne
7.1 Cítil/a jste se v ordinaci Vašeho ambulantního psychiatra v bezpečí?	5	14	3	0	0
7.2 Cítil/a jste z chování Vašeho ambulantního psychiatra respekt k Vaší osobě?	5	16	1	0	0
7.3 Byla během návštěv ambulantního psychiatra narušena Vaše důstojnost?	0	0	3	1	18
7.4 Vzbuzovala ve Vás péče ambulantního psychiatra naději do budoucna?	15	3	2	1	1

	Ano	Ne
7.5 Hovořil s Vámi Váš ambulantní psychiatr o tom, co mohlo způsobit Vaše onemocnění?	20	0
7.6 Byl/a jste dostatečně informována o možných způsobech léčby?	20	0
7.7 Byl/a jste dostatečně informována o možných vedlejších účincích léků?	18	2
7.8 Měl/a jste během ambulantní péče přístup ke své zdravotnické dokumentaci?	20	0
7.9 Bylo Vám během návštěv ambulantního psychiatra sděleno, jaké máte onemocnění?	16	4
7.10 Slyšel/a jste během návštěv ambulantního psychiatra o možnosti zotavení z duševního onemocnění?	18	2

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Na první pohled lze vidět celkově kladné hodnocení ambulantního psychiatra. Naprostá většina pacientů odpověděla, že se cítila bezpečně, cítili respekt ke své osobě a nebyla narušena jejich důstojnost. Naději do budoucna neviděli dva pacienti. Je to více než v denním stacionáři. To si lze vysvětlit větší časovou zaneprázdněností ambulantních psychiatrů. Psychiatr hovořil se všemi klienty o možných příčinách onemocnění, také o možných způsobech léčby. Dva pacienti nebyli informováni o možných vedlejších účincích užívaných léků. Všichni měli přístup ke své zdravotní dokumentaci. Šestnácti pacientům bylo sděleno, jaké má onemocnění a osmnácti byly sděleny možnosti zotavení.

8. Zaškrtněte u každé otázky tu možnost, která nejlépe odpovídá Vaší zkušenosti se službami Vašeho psychologa/psychoterapeuta.

Tabulka č. 20 Zkušenosti se službami psychologa

	Ano	Spíše Ano	Ani ano/ani ne	Spíše Ne	Ne
8.1 Cítil/a jste se během psychoterapeutických sezení v bezpečí?	6	3	1	0	0
8.2 Cítil/a jste z chování psychoterapeuta respekt k Vaší osobě?	2	5	2	0	1
8.3 Vzbuzovala péče psychoterapeuta ve Vás naději do budoucna?	5	4	1	0	0

	Ano	Ne	Za poslední 3 roky jsem nebyl/a hospitalizován/a	O psychoterapeutické služby jsem neměl/a zájem
8.4 Byla Vám psychoterapeutická pomoc dostupná po propuštění z nemocnice?	5	2	3	0
8.5 Slyšel/a jste během psychoterapeutické péče o možnosti zotavení z duševního onemocnění?	6	4	0	0
8.6 Měl/a jste služby psychoterapeuta hrazeny ze všeobecného zdravotního pojištění?	7	3	0	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Odpovědi na otázky 8.1, 8.2 a 8.3 vychází hůře než odpovědi na ty samé otázky v oblasti ambulantního psychiatra. Jeden klient odpověděl, že necítil respekt ke své osobě, dva si respektem k sobě samotným nebyli jisti. Péče psychoterapeuta v zásadě vzbuzovala naději do budoucna. Ve dvou případech z osmi nebyla psychoterapeutická pomoc dostupná po propuštění z nemocnice. V otázce č. 8.5 není v odpovědích výrazný rozdíl. Šest klientů během psychoterapeutické péče slyšeli o možnosti zotavení z duševního onemocnění a čtyři nikoliv. Sedm pacientů mělo péči hrazenou ze všeobecného zdravotního pojištění, tři pacienti si péči hradili sami.

9. Čerpal/a jste během posledních 3 let služby praktického lékaře?

Tabulka č. 21 Čerpání služeb praktického lékaře

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	19
2	Ne	3

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

9.1 Jestliže ANO, jak a kolikrát?

Tabulka č. 22 Četnost čerpání služeb praktického lékaře

Nepravidelně	Pravidelně 1 x měsíčně	Pravidelně 1 x za 2 měsíce	Pravidelně 1 x za 3 měsíce	Pravidelně v delším časovém intervalu
5	10	3	2	2

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Praktického lékaře navštívilo v posledních třech letech devatenáct pacientů z dvaceti dvou. Z tohoto počtu pět lidí navštěvuje praktického lékaře nepravidelně, deset jedenkrát měsíčně, tři jedenkrát za tři měsíce a dva pravidelně v delším časovém intervalu. Nejvíce pacientů odpovědělo, že lékaře navštěvuje pravidelně jednou za měsíc, přesto je to méně než jedna polovina z celkového počtu dotazovaných.

10. Čerpal/a jste během posledních 3 let služby jiného ambulantního specialisty (z následující tabulky)?

Tabulka č. 23 Čerpání služeb jiného ambulantního speciality

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	14
2	Ne	8

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Jestliže ANO, jak a kolikrát?

Tabulka č. 24 Četnost čerpání služeb jiného ambulantního specialisty

	Nepřavidelně	Pravidelně 1 x měsíčně	Pravidelně 1 x za 2 měsíce	Pravidelně 1 x za 3 měsíce	Pravidelně v delším časovém intervalu
10.1 Služby kardiologa	0	0	0	3	0
10.2 Služby internisty	0	0	0	0	2
10.3 Služby neurologa	0	0	0	0	5
10.4 Služby obezitologa	0	0	0	0	1
10.5 Služby gynekologa	0	0	0	0	9
10.6 Služby diabetologa	0	0	0	0	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Čtrnáct pacientů z dvaceti dvou pacientů navštěvovalo jiného ambulantního specialistu než praktického lékaře. Tři pravidelně za tři měsíce užívalo služby kardiologa, dva v pravidelně delším časovém úseku služby internisty, pět neurologa, jeden obezitologa a devět gynekologa.

Zkušenosti se zdravotní péčí mimo oblast psychiatrie

11. Zaškrtněte u každé otázky tu možnost, která nejlépe odpovídá Vaší zkušenosti se službami praktického lékaře nebo jiného specialisty. Pokud jste během posledních 3 let změnil některého z nich, hodnotte služby poskytované vždy posledním z nich.

Např. péče praktického lékaře, péče personálu zdravotnické záchranné služby, péče na urgentním příjmu všeobecné nemocnice, péče ve všeobecné nemocnici nebo péče v ordinaci ambulantního specialisty jako je např. internista, neurolog, kožní lékař/lékařka, urolog, atd., provedení krevních testů/vyšetření

Tabulka č. 25 Zkušenost se službami praktického lékaře nebo jiného specialisty

	Ano	Ne
11.1 Je Váš zdravotní stav pravidelně sledován praktickým lékařem?	17	3
11.2 Je Váš zdravotní stav pravidelně sledován odborným lékařem specialistou?	3	17
11.3 Byl/a jste v posledních letech na pravidelné komplexní prohlídce?	13	7
11.4 Zažil/a jste, během posledních 3 let, nevhodné jednání ze strany zdravotníků, když jste hledal/a pomoc kvůli fyzickým problémům?	3	17
11.5 Bál/a jste se vyhledat lékařskou pomoc kvůli fyzickému problému z důvodu setkání se s možnými předsudky vůči Vašemu duševnímu onemocnění?	2	18
11.6 Bylo pro Vás těžké se rozhodnout se, zda zdravotníkům sdělit, že máte duševní onemocnění?	3	17
11.7 Byly Vaše fyzické problémy zpochybňovány ošetřujícím lékařským personálem (z důvodu Vašeho duševního onemocnění)?	0	20
11.8 Změnil se přístup zdravotnického personálu poté, co se dozvěděl, že máte duševní onemocnění?	1	19
11.9 Zjistil/a jste na základě toho, jak s Vámi zdravotníci jednali, že je nutné mít s sebou doprovod?	2	18
11.10 Setkal/a jste se u zdravotníků s odmítnutím nebo odsouzením v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo se sebepoškozováním?	0	20
11.11 Byl/a jste informován/a o kontraindikaci léků na fyzické problémy a léků na Vaše duševní onemocnění?	15	5

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Sedmnáct z dvaceti respondentů je sledováno praktickým lékařem, tři jsou pravidelně sledováni odborným specialistou. Třináct odpovědělo, že v posledních třech letech absolvovalo komplexní lékařskou prohlídku, zatímco sedm tuto prohlídku neabsolvovalo. Sedmnáct pacientů nezažilo v posledních třech letech nevhodné chování ze strany zdravotníků, pro stejný počet nebylo těžké sdělit zdravotníkům svůj zdravotní stav. Ještě o jednoho více se nebálo vyhledat lékařskou pomoc z důvodu setkání se s možnými předsudky vůči jejich duševnímu onemocnění. Nikdo si nemyslí, že by lékař zpochybňoval jejich fyzické problémy. Pouze jeden odpověděl, že se po sdělení zdravotních problémů k nim

samotným změnil přístup ze strany personálu. Dva pacienti usoudili, že je důležité mít s sebou doprovod. Nikdo nebyl odsouzen v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo se sebepoškozováním. Pět z dvaceti bylo informováno o kontraindikaci užívaných léků.

12. Čerpali/a jste během posledních 3 let služby komunitního/sociálního terénního týmu?

Tabulka č. 26 Čerpání služeb komunitního terénního týmu

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	13
2	Ne	9

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

12.1 Jestliže ANO, jak a kolikrát?

Tabulka č. 27 Četnost čerpání služeb komunitního terénního týmu

Nepravidelně	Pravidelně 1 x týdně	Pravidelně 1 x za 2 týdny	Pravidelně 1 x za měsíc	Pravidelně v delším časovém intervalu
6	3	0	2	2

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

13. Vzpomeňte si na poslední využití služeb komunitního/sociálního terénního týmu a zvolte takovou možnost, která nejlépe vyhovuje Vaší zkušenosti.

Tabulka č. 28 Zkušenosti s využitím služeb komunitního terénního týmu

	Ano	Spíše Ano	Spíše Ne	Ne
13.1 Cítil/a jste se během návštěvy komunitního/sociálního terénního týmu v bezpečí?	12	1	0	0
13.2 Cítil/a jste z chování profesionálů komunitního/sociálního terénního týmu respekt k Vaší osobě?	13	0	0	0
13.3 Vzbuzovala péče komunitního/sociálního terénního týmu ve Vás naději do budoucna?	9	2	1	0
13.4 Pomohla Vám péče komunitního/sociálního terénního týmu předejít Vaší hospitalizaci?	2	4	4	3

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Třináct z celkového počtu dvaceti dvou respondentů bylo nebo je klienty komunitního terénního centra. Šest tuto službu navštěvuje nepravidelně, tři pravidelně jedenkrát týdně, dva pravidelně jednou za měsíc a dva pravidelně v delším časovém intervalu. Vyplývá, že se všichni uživatelé cítili bezpečně a cítili respekt ke své osobě, pouze v jednom nebyla vzbuzena naděje do budoucna, sedmi nepomohla předejít tato služba hospitalizaci.

14. Čerpal/a jste během posledních 3 let služby krizového centra?

Tabulka č. 29 Čerpání služeb krizového centra

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	1
2	Ne	21

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

14.1 Jestliže ANO, jak?

Tabulka č. 30 Pravidelnost čerpání služeb

Číslo	Odpověď	Počet
1	Pravidelně	21
2	Nepravidelně	1

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

15. Čerpal/a jste během posledních 3 let nějaké jiné služby, které zatím nebyly vyjmenované?

Tabulka č. 31 Čerpání nevyjmenovaných služeb

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	1
2	Ne	21

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Jestliže ANO, jaké a jak?

Tabulka č. 32 Způsob čerpání nevyjmenovaných služeb

Název služby	Nepravidelně	Pravidelně
15.1 Protialkoholní léčba	1	0
15.2		
15.3		
15.4		
15.5		

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

U daného vzorku respondentů pouze jeden využil nepravidelně služby krizového centra jeden jiné služby, konkrétně protialkoholní léčby.

16. Jak byste hodnotil/a časovou dostupnost následujících služeb pro lidi s duševním onemocněním v kraji, ve kterém žijete? Hodnoťte stav za poslední 3 roky.

Tabulka č. 33 Hodnocení dostupnosti služeb pro lidi s duševním onemocněním

	Dostupné (přijetí do služby okamžité až v řádu dní)	Spíše dostupné (přijetí do služby v řádu týdne až 2 týdnů)	Spíše Nedostupné (přijetí do služby v řádu měsíce až dvou)	Nedostupné (přijetí do služby za dobu delší než 2 měsíce)	Neumím posoudit	Službu neznám
16.1 Psychiatrická nemocnice	6	0	0	0	12	6
16.2 Psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice	2	0	0	0	4	3
16.3 Psychiatrická ambulance	4	18	0	0	2	0
16.4 Denní stacionář	4	2	0	0	12	4
16.5 Psycholog/Psychoterapeut	5	3	2	0	11	1
16.6 Komunitní terénní tým	6	8	3	0	4	1
16.7 Krizové centrum	1	0	0	0	6	15
16.8 Chráněné/Podporované bydlení	0	2	1	0	2	17

16.9 Podporované zaměstnávání	0	0	1	0	1	20
16.10 Jiné?	0	0	0	0	0	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Pro všechny je psychiatrická nemocnice a psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice dostupné okamžitě nebo v řádu několika dní. Psychiatrická ambulance a denní stacionář je dostupná okamžitě, maximálně ve lhůtě dvou týdnů. Pro dva pacienty je služba psychologa nebo psychoterapeuta dostupná maximálně ve lhůtě jednoho až dvou měsíců, Komunitní terénní tým je stejně tak dostupný pro tři pacienty. Krizové centrum je dostupné okamžitě, maximálně v řádu několika dnů. Chráněné bydlení není dostupné okamžitě, maximálně však v řádu měsíce až dvou. Podporované zaměstnání využil pouze jeden klient a bylo dostupné v řádu jednoho až dvou měsíců.

16.11 Pokud jste čerpal zdravotní psychiatrické služby pro lidi s duševní onemocněním vnímáte jejich kvalitu jako dostačující?

Tabulka č. 34 Hodnocení kvality psychiatrických služeb

Ano	Spíše Ano	Spíše Ne	Ne
10	4	6	2

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

16.12 Pokud jste čerpal komunitní/sociální služby pro lidi s duševní onemocněním vnímáte jejich kvalitu jako dostačující?

Tabulka č. 35 Hodnocení komunitních/sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním

Ano	Spíše Ano	Spíše Ne	Ne
14	7	1	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Zdravotní služby jsou dostačující nebo spíše dostačující pro čtrnáct pacientů, naopak spíše nejsou dostačující nebo nejsou vůbec dostačující podle osmi respondentů. Lépe jsou hodnoceny podle uživatelů komunitní sociální služby, podle dvaceti jedna uživatelů jsou dostačující nebo spíše dostačující, podle jednoho spíše nedostačující. Nikdo však neuvedl, že by byly naprosto nedostačující.

17. Jak byste hodnotil/a místní dostupnost následujících služeb pro lidi s duševním onemocněním v kraji, ve kterém žijete? Hodnot'te stav za poslední 3 roky.

Tabulka č. 36 Hodnocení dostupnosti služeb v posledních 3 letech

	Dostupné (dojezdová doba do 30 minut autem nebo MHD)	Spíše dostupné (dojezdová doba 31 až 60 minut autem, MHD)	Spíše Nedostupné (dojezdová doba 61 až 90 minut)	Nedostupné (dojezdová doba nad 91 minut)	Ne um ím pos ou dit
17.1 Psychiatrická nemocnice	2	4	0	0	16
17.2 Psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice	1	4	0	0	0
17.3 Psychiatrická ambulance	9	9	4	0	0
17.4 Denní stacionář	1	2	3	0	16
17.5 Psycholog/Psychoterapeut	1	4	1	0	12
17.6 Komunitní/sociální terénní tým	9	3	1	0	9
17.7 Krizové centrum	1	0	0	0	21
17.8 Chráněné/Podporované bydlení	0	0	0	0	22
17.9 Podporované zaměstnávání	0	0	0	0	22
17.10 Jiné?	0	0	0	0	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Nikdo u žádné ze služeb neodpověděl, že je dojezdová doba delší než devadesát minut. Psychiatrická nemocnice a psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice je dosažitelné maximálně v době od třiceti jedna minut do devadesáti minut. Psychiatrická ambulance, denní stacionář, psychoterapeut a komunitní terénní tým v maximální době devadesáti minut. Krizové centrum je dostupné do třiceti minut.

18. Jakým způsobem ovlivnilo Vaše onemocnění vztahy v rodině a k přátelům?

Tabulka č. 37 Vliv onemocnění na vztah k rodině a přátelům

	Vztahy se posílily a zkvalitnily	Vztahy zůstaly stejné	Vztahy se zhoršily, ale jsme v kontaktu	Nejsme v kontaktu v důsledku mého onemocnění
18.1 Vztahy s mou rodinou?	2	12	6	2
18.2 Vztahy s přáteli?	4	15	3	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

18.3 Pomohly Vám zdravotní či sociální služby, které jste čerpal/a zlepšit Vaše vztahy s rodinou?

Tabulka č. 38 Hodnocení pomoci zdravotních nebo sociálních služeb na vztah s rodinou

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	8
2	Ne	14

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

18.4 Pomohly Vám zdravotní či sociální služby, které jste čerpal/a zlepšit Vaše vztahy s přáteli?

Tabulka č. 39 Hodnocení pomoci zdravotních nebo sociálních služeb na vztah s přáteli

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	8
2	Ne	14

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

18.5 Pál byste si, aby Vám zdravotní či sociální služby pomohly zlepšit vztahy s rodinou a přáteli?

Tabulka č. 40 Potřeba služeb sociálního pracovníka

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	5
2	Ne	17

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Ve většině případů zůstaly vztahy s rodinou i s přáteli stejné, dva klienti uvedli, že se jejich vztahy s rodinou naprosto přerušili, nikdo z přátel nepřerušil vztahy s osobou klienta v důsledku zjištění duševního onemocnění. Více než polovina respondentů si myslí, že služby nepomohly zlepšit vztahy s rodinou ani přáteli. Sedmnáct klientů si nepřeje, aby sociální služby pomohly ke zlepšení rodinných a přátelských vazeb.

19.1 Měl/a byste zájem o:

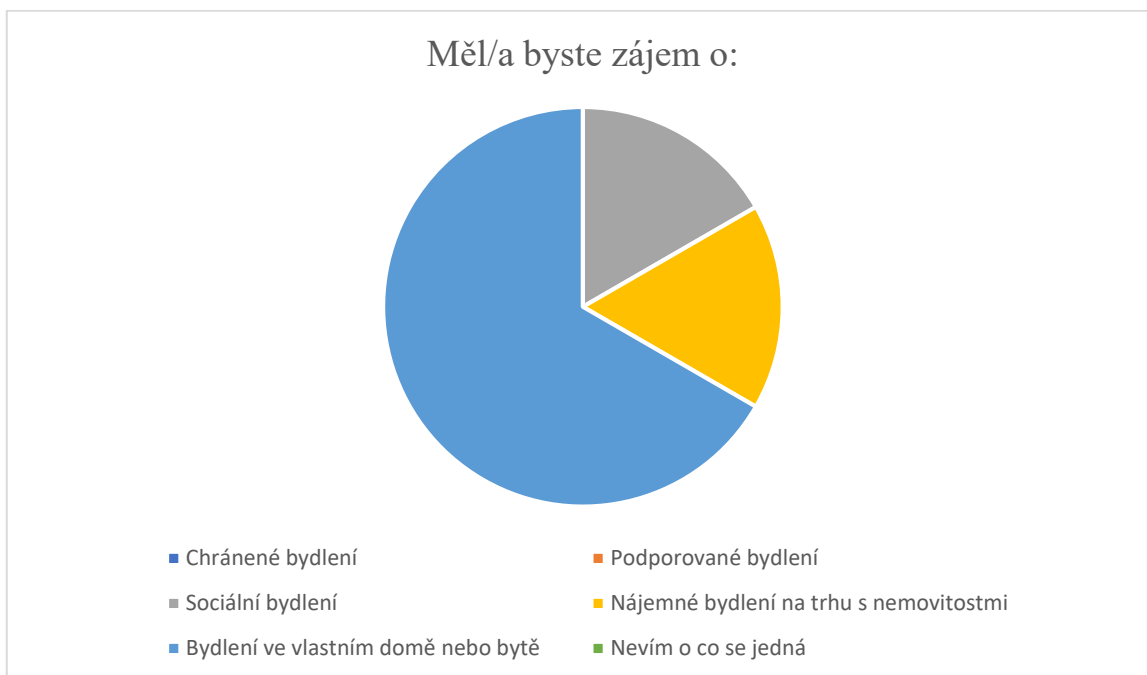
Tabulka č. 41 Zájem o typ bydlení

Chráněné bydlení	Podporované bydlení	Sociální bydlení	Nájemné bydlení na trhu s nemovitostmi	Bydlení ve vlastním bytě/domě	Nevím, o co se jedná
0	0	1	1	4	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Nikdo by neměl zájem o chráněné ani podporované bydlení, jeden klient by měl zájem sociální bydlení a nájemné bydlení na trhu s nemovitostmi, čtyři o bydlení ve vlastním bytě nebo domě.

Graf č. 13 Zájem o typy bydlení



Zdroj: autorka práce

19.1 V současné době využívám toto ubytování:

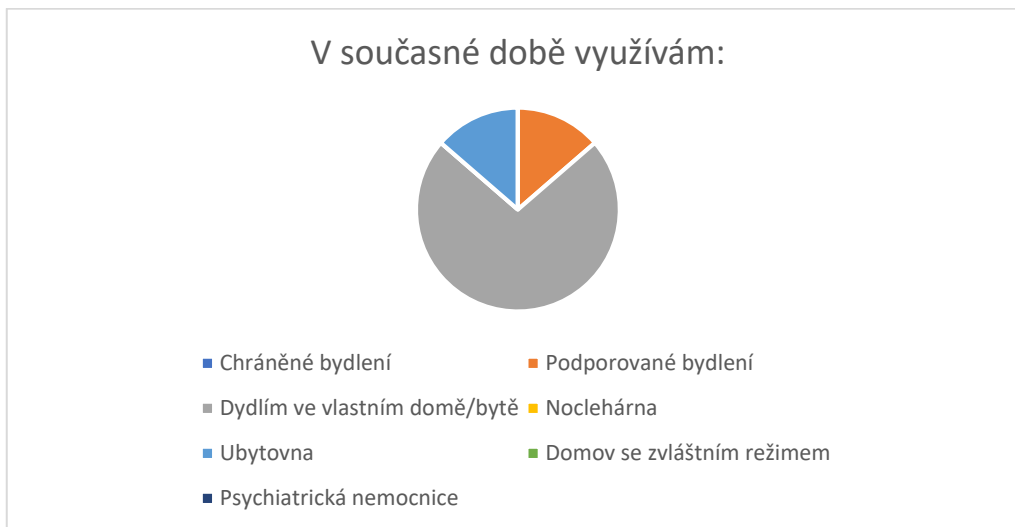
Tabulka č. 42 Využívané bydlení

Chráněné bydlení	Podporované bydlení	Bydlím ve vlastním bytě/domě	Noclehárna	Ubytovna	Domov se zvláštním režimem	Psychiatrická nemocnice
0	3	16	0	3	0	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Tři pacienti využívají podporované bydlení, šestnáct bydlí ve vlastním domě a tři na ubytovně.

Graf č. 14 Využívané bydlení



Zdroj: autorka práce

20.1 Změnila se po Vašem onemocnění Vaše finanční situace?

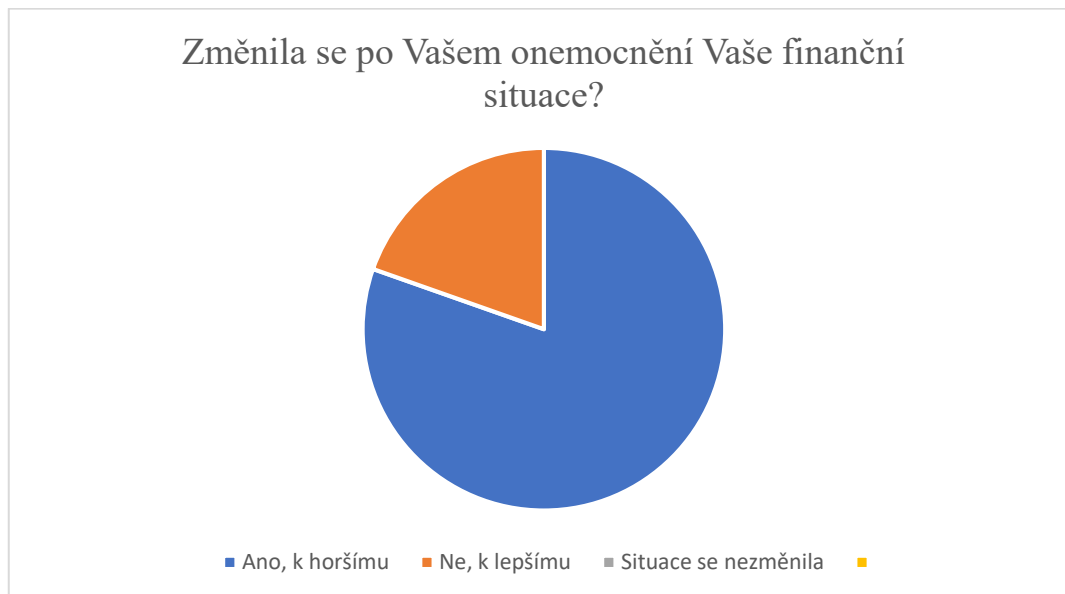
Tabulka č. 43 Změna finanční situace vlivem onemocnění

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano, k horšímu	18
2	Ne, k lepšímu	2
3	Situace se nezměnila	2

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Osmnácti respondentům se finanční situace po zjištění duševního onemocnění zhoršila, dvěma se zlepšila a u dvou se situace nezměnila.

Graf č. 15 Vliv onemocnění na finanční situaci



Zdroj: autorka práce

20.2 V současné době se můj čistý měsíční příjem pohybuje v rozmezí:

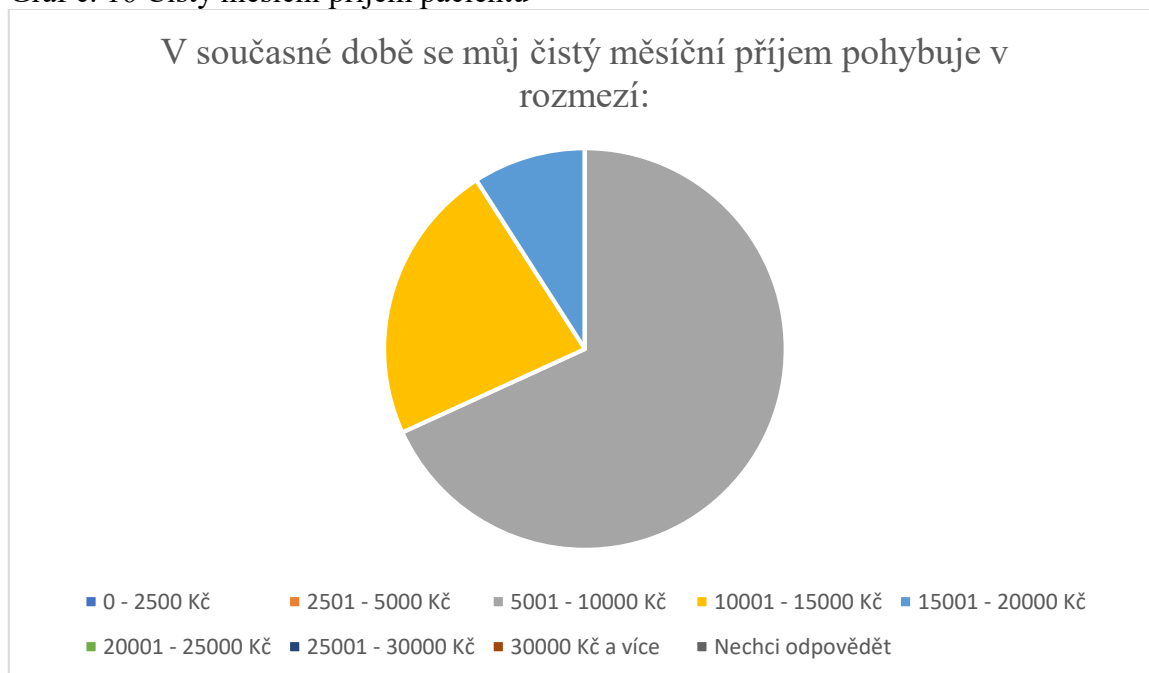
Tabulka č. 44 Čistý měsíční příjem lidí s duševním onemocněním

Číslo	Odpověď	Počet
1	0 – 2500Kč	0
2	2501 – 5000 Kč	0
3	5001 – 10000 Kč	15
4	10001 – 15000 Kč	5
5	15001 – 20000 Kč	2
6	20001 - 25000 Kč	0
7	25001 – 30000 Kč	0
8	300001 Kč a více	0
9	Nechci odpovédět	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Patnáct klientů má čistý měsíční příjem mezi 5001 – 10000 Kč, pět mezi 1001 – 15000 Kč a dva mezi 15001 – 20000 Kč.

Graf č. 16 Čistý měsíční příjem pacientů



Zdroj: autorka práce

Tabulka č. 45 Problematika zaměstnání

	Ano	Ne
20.3 Přišel/a jste jako důsledek duševního onemocnění o zaměstnání?	0	20
20.4 Hledal/a jste nebo hledáte zaměstnání na otevřeném trhu práce?	16	6
20.5 Hledal/a jste nebo hledáte zaměstnání na chráněném trhu práce?	4	22

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Nikdo nepřišel v důsledku onemocnění o zaměstnání, šestnáct dotazovaných hledalo práci na otevřeném trhu práce a čtyři na chráněném trhu práce.

Tabulka č. 46 Potřeba zaměstnání pacientů

	Ano, Potřeba zaměstnání odpovídající pouze mému vzdělání	Ano, Potřeba jakéhokoliv zaměstnání na otevřeném trhu práce	Ano, včetně podporova ného zaměstnání	Ne, vyhovuje mi invalidní důchod	Ne, z jiných důvodů
20.6 Pociťujete potřebu zaměstnání?	8	10	1	3	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Nadpoloviční počet klientů cítí potřebu pracovat, konkrétně osm chce práci odpovídající jejich vzdělání, deset jakéhokoliv zaměstnání, jeden jakéhokoliv zaměstnání včetně podporovaného a třem vyhovuje jejich invalidní důchod.

Graf č. 17 Potřeba zaměstnání pacientů



Zdroj: autorka práce

20.7 Pokud jste využíval/a službu podporovaného zaměstnávání, pomohla Vám tato služba v nalezení zaměstnání?

Tabulka č. 47 Míra pomoci podporovaného zaměstnání v nalezení zaměstnání

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	0
2	Ne	22

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Nikomu z dotazovaných nepomohla služba podporovaného zaměstnání v nalezení zaměstnání.

22. Pracujete nebo studujete?

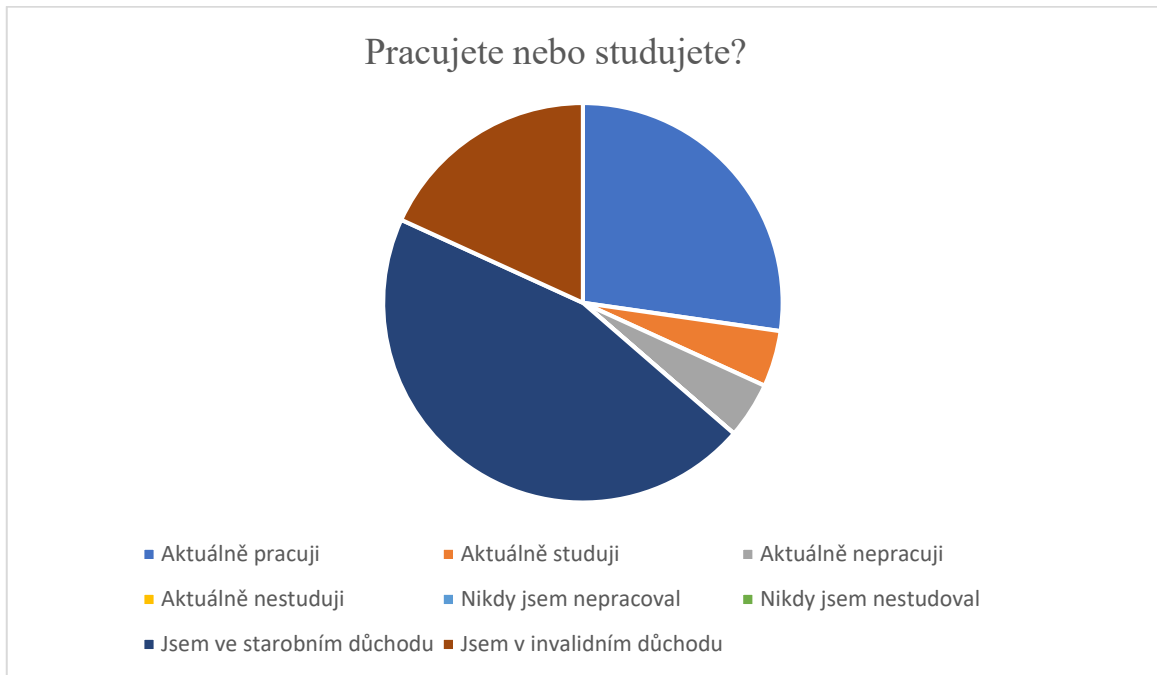
Tabulka č. 48 Pracovní zařazení

Číslo	Odpověď	Počet
1	Aktuálně pracuji	6
2	Aktuálně studuji	1
3	Aktuálně nepracuji	1
4	Aktuálně nestuduji	0
5	Nikdy jsem nepracoval	0
6	Nikdy jsem nestudoval	0
7	Jsem ve starobním důchodu	10
8	Jsem v invalidním důchodu	4

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Šest respondentů pracuje, jeden studuje, jeden nepracuje, deset je ve starobním důchodu a čtyři jsou v invalidním důchodu.

Graf č. 18 Pracovní zařazení



Zdroj: autorka práce

23. Jestliže pracujete (studujete), jaká je Vaše současná situace?

Tabulka č. 49 Druh pracovního zařazení

Číslo	Odpověď	Počet
1	Hlavní pracovní poměr	1
2	Vedlejší pracovní poměr	1
3	Částečný pracovní úvazek (z důvodu onemocnění)	4
4	Částečný pracovní úvazek (z jiného důvodu)	0
5	Neplacená práce (dobrovolník, v tréninku, praxe)	0
6	Student denního studia	1
7	Student jiné formy studia	0
8	Brigády (příležitostné práce/práce bez smlouvy)	5
9	Jsem ve starobním důchodu	10
10	Jsem v invalidním důchodu	4

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Jeden člověk pracuje na hlavní poměr a stejný počet na vedlejší pracovní poměr. Čtyři na částečný úvazek. Jeden je studentem denního studia. Pět chodí na příležitostné brigády, deset lidí je ve starobním důchodu a čtyři v invalidním důchodu.

24. Pokud pracujete, která z následujících odpovědí popisuje velikost společnosti, ve které pracujete? (zaškrtněte jednu možnost)

Tabulka č. 50 Velikost společnosti zaměstnavatele

Číslo	Odpověď	Počet
1	Malá (1-10 zaměstnanců)	2
2	Malá (11 – 30 zaměstnanců)	5
3	Malá (31 – 50 zaměstnanců)	4
4	Střední (51 – 250 zaměstnanců)	0
5	Velká (více než 250 zaměstnanců)	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Z klientů, kteří mají výdělek dva pracují ve firmě, která má jednoho až deset zaměstnanců, pět ve firmě mající jedenáct až třicet zaměstnanců a čtyři ve firmě o třiceti jedna až padesáti zaměstnancích.

25. Pobíral/a jste v posledních 30 kalendářních dnech peněžité dávky?

Tabulka č. 51 Míra pobírání peněžitých dávek

Číslo	Odpověď	Počet
1	Ano	14
2	Ne	8

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Dávky využívalo v posledních třiceti dnech od provedení výzkumu čtrnáct pacientů.

Pokud ano, které? (Můžete označit více odpovědí.)

Tabulka č. 52 Typ pobíraných peněžitých dávek

24.1 Starobní důchod	4
24.2 Invalidní důchod	10
24.3 Podpora v nezaměstnanosti	4
24.4 Nemocenská	1
24.5 Příspěvek na živobytí	2
24.6 Příspěvek na péči	0
24.7 Příspěvek na bydlení	2
24.8 Přídatky na dítě	1
24.9 Doplatek na bydlení	3
24.10 Mimořádná okamžitá pomoc	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Nejčastěji je využívána dávka starobního, invalidního důchodu a podpory v nezaměstnanosti. Jeden pacient pobíral nemocenskou, dva příspěvek na živobytí a na bydlení, jeden přídatek na dítě a tři doplatek na bydlení.

26. ISMI škála

Tabulka č. 53 ISMI škála

	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Souhlasím	Rozhod ně souhlasí m
25.1 Duševně nemocní lidé mají sklon k násilí.	20	2	0	0
25.2 Lidé s duševní nemocí prospívají společnosti.	17	5	0	0
25.3 Stýkám se s lidmi méně než dříve, protože kvůli své duševní nemoci mohu vypadat nebo se chovat „divně“.	3	14	4	1
25.4 To, že mám duševní nemoc, mi pokazilo život.	18	2	1	1
25.5 Neúčastním se společenského života, abych chránil/a svou rodinu a přátele před ostudou.	7	8	4	3
25.6 Lidé, kteří nemají duševní nemoc, mi nemohou porozumět.	2	8	11	1
25.7 Lidé mě přehlížejí nebo mě neberou moc vážně, protože mám duševní nemoc.	13	3	4	2
25.8 Nemohu společnosti ničím přispět, protože mám duševní nemoc.	3	18	1	0
25.9 Mohu žít dobrý a naplňující život, i když jsem duševně nemocný/á.	19	1	2	0

25.10 Lidé si myslí, že v životě nemohu ničeho dosáhnout, protože mám duševní nemoc.	9	4	6	3
--	---	---	---	---

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Dle škály ISMI pacienti nevnímají, že by duševně nemocní lidé měli sklon k násilí. Myslí si, že prospívají společnosti. Spíše se s lidmi setkávají méně než před diagnostikou duševního onemocnění. Nevnímají, že by jim nemoc pokazila život. Vyváženě reagovali v otázce neúčasti na společenském životě. Porozumění ostatních hodnotí spíše negativně, ale nemyslí si, že by je ostatní lidé kvůli nemoci přehlíželi. Dle vnímání pacientů mohou sami přispět společnosti a mohou žít naplňující život. Přibližně polovina vnímá, že si ostatní myslí, že nemohou ničeho dosáhnout negativně a stejná část pozitivně.

26. Sebehodnoticí škála WHODAS

Jak velké potíže jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech?

Tabulka č. 54 Škála WHODAS

	Žádné	Mírné	Střední	Těžké	Extrémní/nelze provést	Položku nelze použít
26.1 Vydržet stát delší dobu, například 30 minut	5	10	5	2	0	0
26.2 Vykonat Vaše povinnosti v domácnosti	3	12	4	2	1	0
26.3 Naučit se něco nového (nový úkol), například jak se dostat na nové místo	14	4	1	2	1	0
26.4 Zapojit se do společenských aktivit (například oslavy, náboženské, kulturní akce či jiné aktivity) stejným způsobem jako ostatní	2	5	15	0	0	0
26.5 Jak velké emocionální potíže Vám	8	10	1	2	1	0

vznikají v důsledku Vašeho zdravotního stavu						
26.6 Soustředit se na činnost po dobu 10 minut	2	11	5	3	1	0
26.7 Ujít delší vzdálenost, například 1 km (nebo ekvivalentní)	3	15	3	1	0	0
26.8 Umýt si celé tělo	11	11	0	0	0	0
26.9 Obléci se	18	2	2	0	0	0
26.10 Jednat s lidmi, které neznáte	1	1	6	5	9	0
26.11 Udržet přátelský vztah	8	7	5	2	0	0
26.12 Vaše každodenní práce/škola	6	8	8	0	0	0

Zdroj: interní dotazník Ministerstva zdravotnictví

Dle sebehodnotící škály WHODAS je pouze pro dva lidi těžké stát více než třicet minut. Pro tři je těžké nebo extrémní vykonat povinnosti v domácnosti, přibližně stejné je to u učení se něčeho nového, například jak se dostat na nové místo. Zapojit se do společenských aktivit je pro většinu středně těžké. Na činnost po dobu deseti minut se vůbec není schopen soustředit jeden člověk. Ujít více než jeden kilometr je mírně náročné pro většinu pacientů. Každý je schopen si umýt celé tělo a až na dva, kterým to činí střední problémy je schopen také každý. Větší problémy způsobuje komunikace s cizími lidmi, Udržet si přátelský vztah je maximálně těžké. Každodenní práce nebo škola může způsobovat střední potíže.

5. Diskuse

Dotazníky pro respondenty vnikaly u „kulatých stolů“, u kterých se sešli zástupci z řad expertů, odborníků v oboru, názorové skupiny, reprezentanti zájmových skupin a uživatelé zdravotně sociálních služeb. Tato setkání probíhala od května do prosince roku 2018. Byli do nich zapojeni i pracovníci Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy, tedy odborníci z akademického prostředí, kteří tak mohli být garanty odborného rámce celého průzkumu.

Každý kraj disponoval Odborným garantem a konzultantem, kteří zasedání kulatých stolů plánovali a poté zrealizovali na základě výběru cílové skupiny dle rozdělení psychiatrie.

Každý zástupce dané skupiny měl možnost prezentovat svůj názor na problematiku, dbáno bylo i na to, aby měl každý na prezentaci stejný prostor. Cílem bylo získat komplexní pohled ze všech úhlů. Ty sloužily jako podklad pro průzkum uživatelů a vnímání kvality péče.

Klíčovými osobami v řízené diskusi byl organizátor a moderátor. Organizátor měl za úkol definovat téma kulatého stolu, zmapovat spektrum názorů na danou problematiku a možné zástupce těchto názorových skupin a pozvat účastníky kulatého stolu s předběžně stanoveným programem. Moderátor kulatého stolu prezentoval cíle kulatého stolu a poté moderoval diskusi, ve které dbal aby, dostali slovo všichni zúčastnění. Na konci debaty shrnul klíčová stanoviska účastníků, případně vede diskusi k dílčím závěrům – rozhodnutím, návrhům dalších aktivit. V analytickém dokumentu ministerstva vnitra je doslovně tato úloha popsána: „*Moderátor připravuje obsahovou část k danému tématu. Úlohou moderátora je v úvodu nastolit otázky, které chceme diskutovat, propojovat jednotlivá vystoupení panelistů a vést účastníky k diskusi.*“

Tento dokument vede přesně i organizátora k následujícím úkonům:

„*Před výběrem panelistů u každého kulatého stolu si organizátor musí ujasnit:*

- *řešený problém včetně stanovení záměru vystoupení,*
- *otázky, na které hledáme odpovědi,*
- *kterí panelisté jsou pro záměr Kulatého stolu relevantní a budou osloveni a s jakým tématem,*
- *na úvod kulatého stolu bude připravena krátká prezentace na diskutované téma“*

Pro účastníky diskuze platila pravidla jako například nekomentovat s horkou hlavou nebo respektuj názory ostatních a poslouchej. Všechna pravidla měli k dispozici v písemné podobě ve složkách, které na všech setkáních obdrželi. Po skončení diskuze měli všichni možnost provést zpětnou vazbu.

Téma diskuze se drželo tématu projektu. Tedy hlavním cílem a tématem bylo v péči o osoby s duševním onemocněním. Cílem celého projektu je reforma, tedy nové legislativní zakotvení problematiky v našem právním rámci, proto není překvapením, že jedním z dílčích témat byla samozřejmě i legislativa pro oblast duševního zdraví, služby – jejich kvalita a dostupnost, dostupnost služeb pro každého bez rozdílu, komplexní poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek včetně koordinace služeb, zapojení uživatelů do systému zdravotní a sociální péče, dodržování lidských práv a diskriminace.

Pokud bych měla hodnotit projev efektivity těchto kulatých stolů do obsahu dotazníku, hodnotila bych jednoznačně velmi pozitivně. Na celkové struktuře dotazníku je možné sledovat zahrnutí všech těchto výše zmiňovaných témat.

V analytickém dokumentu jsou také jasně definované hodnoty, na kterých by měla být péče založená. Konkrétně přiměřenost, dostupnost, kontinuita, účinnost, kompetence, efektivita, respekt a lidskost, bezpečí a včasnost. Jako člověk, který několikrát absolvoval praxi v rámci sociálních služeb vnímám tyto hodnoty jako naprosto klíčové pro zajištění kvalitních služeb pro všechny cílové skupiny.

Stejně tak vnímám principy, na kterých by sociální a zdravotní služby měly být zakotveny. I ty jsou zde definovány. Je to jedinečnost jednotlivce, skutečné volby, postoje a práva, důstojnost a respekt, partnerství a komunikace, hodnocení zotavení.

Jestliže se na některé principy podíváme podrobněji, zjistíme, že i pro nás samotné jsou velmi důležité. Například skutečná volba, jistě je pro každého důležité, že se rozhodne o tom, co si vezme na sebe, nebo zda bude spát při rozsvíceném světle. A přesto, že se nám na první pohled může zdát možnost volby samozřejmá, ne každý ji má. Podívejme se například na lůžková oddělení, kde je na jednom pokoji až deset pacientů. Domnívám se, že zde může být kromě svobody volby narušena i lidská důstojnost, která je v tomto prostředí spojena i se soukromím a alespoň částečnou intimitou.

Analytický dokument také udává diskutované oblasti dle indikátorů OECD:

„Legislativa pro oblast duševního zdraví.

2. *Služby (zdravotní a sociální), jejich kvalita, dostupnost a koordinace.*

3. *Dostupnost služeb pro každého bez rozdílu.*
4. *Komplexní poskytování péče, včetně naplňování sociálních, vzdělávacích, ubytovacích a pracovních potřeb a řešení soudních otázek.*
5. *Zapojení uživatelů do systému zdravotní a sociální péče, dodržování lidských práv a diskriminace“*

Nyní přejdu k samotnému dotazníku. Jedním z limitů mého vzorku respondentů bylo, že dotazníky byly sbírány pouze u jednoho ambulantního psychiatra. Tudíž jsem již před samotným výstupem předpokládala, že právě v otázkách cílených na péči u ambulantního psychiatra budou odpovědi velmi podobné. Diskutovat můžeme i o četnosti pozitivních odpovědí, přesto, že archy byly sbírány anonymně do sběrného boxu. V celkovém výsledku nemohu vyloučit ani nezávislost odpovědí, jelikož někteří pacienti přicházeli v doprovodu.

Stejně tak vnímám jednostrannost odpovědí u časové dostupnosti sociálních a zdravotních služeb. Sběr dat probíhal v Praze, kde jsou služby dostupné ve většině případů v řádu minut. Celkový pohled může být samozřejmě ovlivněn aktuální dopravní situací, která v hlavním městě není příliš příznivá. Stejný limit lze pozorovat u dostupnosti přijetí do konkrétní zdravotní nebo sociální služby.

Mnohem zajímavější by tedy byl komplexní pohled napříč všemi kraji, kterým po ukončení výzkumu bude disponovat Ministerstvo zdravotnictví. V budoucnu se chystám tento vývoj sledovat a případně výsledky získané v Praze komparovat s výsledky ostatních krajů.

Dle výpovědi ambulantního psychiatra, se kterým jsem spolupracovala byl dotazník příliš časově náročný. Jeho vyplnění trvalo některým respondentům až devadesát minut, tedy přibližně o polovinu delší dobu, než byla doba předpokládaná (čtyřicet pět minut).

Pokud se jedná o hodnocení lůžkové psychiatrické péče či krizového centra, tak i zde můžeme mluvit o minimálním využití těchto služeb pacienty, jelikož se v současné době nachází v pravidelné péči již zmiňovaného lékaře.

Ve svém výstupu nebudu zmiňovat pracoviště, na kterém průzkum probíhal kvůli dodržení anonymity pacientů.

Nyní přestoupím ke shrnutí výsledků. Průzkumu se účastnilo více žen, to se projevuje i ve výsledku návštěvnosti odborného speciality, konkrétně v tomto případě gynekologa. Nejvíce respondentů mělo vzdělání bez maturity až vyšší odborné vzdělání. Z celkových výsledků není prokazatelně vidět souvislost mezi vzděláním a zájmem o reformu. Když jsem

si dotazníky prohlížela individuálně, tak mohu konstatovat, že přímou úměrou s nižším vzděláním klesá zájem o reformu, případné osobní zapojení do její tvorby. Uživatelé dokonce ani neznají nikoho kdo by se na rozhodování podílel, nebo byl členem nějaké organizace podílející se na vývoji.

V průzkumu mě nepřekvapilo, že pacienti považují za důležité, aby oni a jejich rodina do tvorby sítě sociálních a zdravotních služeb byli zapojeni. Bohužel z odpovědí plyne, že dnes tomu tak není. Nejsou ve většině případů zapojováni ani do hodnocení kvality služeb.

Psychiatrické nemocnice a oddělení psychiatrie ve všeobecných nemocnicích vyšly negativně v otázce bezpečí. Jak jsem již několikrát zmiňovala, jsem přesvědčená, že je to v důsledku přeplněných pokojů. Naopak pozitivně vyšli pracovníci v tomto zařízení. Pacienti cítí respekt k jejich osobě.

O něco lépe v průzkumu vychází služba denního stacionáře. Zde se klienti cítili bezpečně a vnímali respekt ke své osobě. Stejně tak vychází výsledky i u psychoterapeuta s tím rozdílem, že dva klienti necítili respekt ke své osobě.

Jednoznačně pozitivní zprávou je ve většině případů bydlení ve vlastním bytě nebo domě. U více než poloviny klientů došlo v souvislosti s duševním onemocněním ke zhoršení finanční situace. Většina klientů má čistý měsíční příjem mezi 10000 – 15000 Kč. Osmnáct z dvaceti dvou respondentů odpovědělo, že se jejich finanční situace zhoršila. Musíme si uvědomit, že to je částka, která sahá pod průměrnou mzdu stanovenou v České republice a může klesnout i pod hranici životního minima. Jestliže tedy v domácnosti nežije více členů rodiny, nedokážu si představit kvalitní život při placení nájemného na volném trhu nemovitostí, kdy se nájemné v Praze pohybuje kolem 15000 Kč.

Velmi dobrou zprávou je, že osmnáct pacientů projevilo zájem pracovat ať už v oboru adekvátním k získané kvalifikaci nebo mimo studovaný obor. Dost z nich také pracuje, nebo si přivydělává občasnými brigádami. Pokud se podíváme na výsledky, tak vychází, že i osoby v důchodu si přivydělávají. Nejen, že je tato činnost ekonomicky výhodná, ale jistě přispívá i k celkové socializaci. Většina pracujících odpověděla, že pracuje v malé firmě, předpokládám, že právě malé firmy jsou uzpůsobeny k individuální spolupráci se svými zaměstnanci. Nikdo neodpověděl, že by v důsledku duševního onemocnění přišel o práci, to značí, že naše společnost je vůči pacientům s psychiatrickou diagnózou senzibilnější více než tomu bylo kdykoliv v historii. Samozřejmě můžeme diskutovat o tom, jak se společnost

bude chovat k člověku s duševním onemocněním kterého nezná a k tomu, kterého zná. Neznamena to ale pouze výdělek, nýbrž také zmocňování pacientů a dodávání smyslu života.

Pacienti odpovídali, že je složité zapojit se do společenského života. Pracovní skupina může společenskému zapojení ulevit.

Jako jeden z největších problémů vnímám nenávaznost a nepropojenost jednotlivých služeb. Domnívám se, že to snižuje efektivitu celé péče. Po propuštění klienta z nemocnice o něj není komplexně postaráno. Tříští se síly psychiatra, psychoterapeuta a sociálních pracovníků. U pacienta, který je propuštěný a má předepsané léky je velmi důležité, aby medikaci dodržovali. Aby navštěvovali psychiatra a psychoterapeuta, případně další sociální a zdravotní zařízení. Jednoznačně by všem klientům ulehčilo, kdyby bezprostředně po hospitalizaci tuto pomoc našli na jednom místě.

Závěr

Hlavní průzkumná otázka byla: „Jaká je hierarchie bariér v péči o pacienty a klienty s duševními poruchami?“ Na první místo bych dle výsledku zařadila špatnou kvalitu a nedostatek soukromí na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Dalším problémem je nedostatečná kapacita ambulantních psychiatrů, kdy na jednoho pacienta má psychiatr při jedné návštěvě čas asi 13 minut. Další bariérou je nezapojení pacientů a jejich rodinných příslušníků do tvorby plánu sítě služeb.

Odpověď na vedlejší výzkumnou otázku: „Jaké potřeby jsou na straně uživatelů a jak jsou v současné době naplněny?“ je jednoduchá. Klienti mají potřebu pracovat, nemusí to být přímo v jejich oboru, ale chtějí být užiteční a seberealizovat se. Dále mají potřebu vlastního bydlení. Vyplývá také, že klienti nemají zájem o pomoc od sociálních pracovníků ve zlepšování mezilidských vztahů

Jak kvalitu péče vnímají uživatelé služeb? Klienti velmi negativně hodnotí péči na psychiatrických odděleních všeobecné nemocnice. O něco lépe na tom jsou komunitní centra. Krizová centra až na jednoho pacienta náš průzkumný vzorek nevyužívá.

Ještě jednou bych ráda upozornila, že výsledky pilotního průzkumu ukazují na kvalitu a dostupnost péče pouze v Praze. Zároveň mohou být zkresleny výsledky v otázkách vztahujících se na ambulantního psychologa, jelikož dotazníky byly vyplňovány u jednoho ambulantního psychologa a v některých případech za dozoru doprovodu – blízké osoby. Předpokládám, že v ostatních krajích bude dostupnost služeb horší.

V naší společnosti panuje mnoho dogmat o duševních nemocích. Nezaznamenala jsem kampaň, která by toto mínění napravila. Snad jen pořad Jakuba Klingohra „Dělníci duše“ na internetové televizní stanici Stream. Tento pořad má přes půlmilionu shlédnutí, proto se domnívám, že občané mají zájem o informace z tohoto prostředí, pokud jsou zajímavě podané. Stejně jako ve Velké Británii je potřeba, aby finance byly vyčleněny z Ministerstva financí, Ministerstva zdravotnictví nebo Ministerstva práce a sociálních věcí.

Přivítala bych větší spolupráci při komunitním plánování všech zúčastněných stran, tak aby služby vznikaly již od počátku efektivně a nebylo nutné je reformovat. Stejně tak, jako u kulatých stolů vznikaly dotazníky k pilotnímu průzkumu.

Jedním z dlouhodobých cílů by mělo být posílení počtu ambulantních psychiatrů, komunitních center a stacionářů, abychom zařadili hospitalizaci jako poslední možnost léčby v krizové situaci.

Pozornost musíme zaměřit i na dětskou psychiatrii. Máme pouze jeden stacionář a v krizové situaci čeká dítě převoz přímo na psychiatrické oddělení do nemocnice. Domnívám se, že v některých případech přispívá převoz dítěte a s ním spojené napětí spíše ke zhoršení nemoci nebo poruchy. Zajímavý výzkum by byl, kdybychom zjišťovali, jak na léčbu dítěte působí sociální status rodiny. Někteří kolegové, kteří mají duševní onemocnění se mi svěřili, že se začali léčit teprve nabytím plnoletosti. Primární prevence by měla začít již od mladšího školního věku na základních školách, stejně tak jako probíhá prevence proti drogám. Proč je funkce psychologického poradce na školách kumulována s funkcí učitele? A proč je psychologické poradenství povinné až na vysokých školách? Zde vzniká díra, kterou by mělo Ministerstvo školství začít řešit. V současné chvíli je zkoušen pilotní projekt terénních týmů duševního zdraví pro děti, které zahrnují psychiatra, psychologa, psychiatrické sestry, sociální pracovnice a peer konzultanty.

Již jen na vyjádření zájmu o práci vidíme, že pacienti se o sebe mají zájem postarat sami. Jen je potřeba provést osvětu společnosti, aby i duševně nemocní pacienti byli vnímáni jako všichni ostatní pacienti. Duševní onemocnění je onemocnění jako každé jiné, pouze nebolí a je neviditelné. Ve většině případů je léčitelné. Při dodržování medikace je pacient schopen vykonávat každodenní aktivity. Respondenti uvedli, že neradi chodí do společnosti a, že je člověk bez onemocnění nemůže pochopit. K tomuto může výrazně pomoci osvětová kampaň.

Jedním z cílů, které jsem si definovala v úvodu bylo zjistit, zda jsou potřeba Centra duševního zdraví, které jak jsme se dozvěděli fungují ve zjednodušené formě již od osmdesátých let v Itálii. Jednoznačně potřeba jsou. Neexistuje zde komplexní péče po propuštění z nemocnice. Péče v nemocnici, ambulantních psychiatrů, psychologů a sociálních pracovníků na sebe nenavazuje. Psychiatrických sester je velmi nízký počet. Proto centra, kde tato péče bude na jednom místě, pacient jí bude mít dostupnou místně i časově, protože je jednodušší dojíždět na jedno místo než na pět míst, je naprosto nezbytně nutná.

Seznam použité literatury

Literatura:

BABIAKOVÁ, Mira, MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 978-80-247-6658-4.

BARTŮNĚK Petr, PTÁČEK Radek a kol. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-9597-3.

BARTŮNĚK Petr, PTÁČEK Radek a kol. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-7267-7.

BAŠTECKÁ Bohumila. Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 978-80-247-6715-4.

BEER M. Dominic, PATON Carol, STEPHEN M. Pereira. Intenzivní péče v psychiatrii. Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-0363-7.

BUCHTOVÁ Božena, ŠMAJS Josef, BOLELOUCKÝ Zdeněk. Nezaměstnanost: 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-8585-1.

DESJARLAIS, Robert. World Mental Health: Problems and Priorities in Low-income Countries. Oxford University Press, 1995, ISBN 978-0-19-511311-2.

GURKOVA Elena. Hodnocení kvality života. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-7357-5.

HOLMEROVÁ Iva a kol. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5923-4.

HOSÁK, Ladislav, Hrdlička, Michal, LIBIGER, Jan a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Charles University in Prague: Karolinum Press, 2015. ISBN 9788024629988.

JANN, Jan, KUDRNA, Karel, NECHANSKÁ, Blanka, NOVÁKOVÁ, Zdeňka, PAŠINGEROVÁ, Renáta, SLÁBOVÁ, Vladimíra. Psychiatrická péče 2017. ÚZIS ČR, 2018. ISBN: 978-80-7472-178-6

JURÍČKOVÁ, Lubica, IVANOVÁ, Kateřina, FILKA, Jaroslav. Opatrovnictví osob s duševní poruchou. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-8899-9.

KLIMENTOVÁ, Eva. Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5434-4.

KUČEROVÁ Helena. Psychiatrické minimum. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-47330.

LANGMAIER, Josef MATEJČEK, Zdeněk. Psychická deprivace v dětství. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. Kvalita v sociální práci a sociálních službách. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-9102-9.

MEZZINA, Roberto, TORESINI Lorenzo. Za zdmí. Focus Praha, 2017. ISBN 978-80-90227741-0-5.

OCISKOVÁ Marie, PRAŠKO Ján. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-9905-6.

VENGLÁŘOVÁ Martina. Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-6497-9.

ZVONÍKOVÁ, Alena, ČELEDOVÁ Libuše, ČEVELA, Rostislav. Základy posuzování invalidity. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3535-1.

Internetové zdroje:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<https://www.mpsv.cz/cs/28419>

http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html

http://www.mzcr.cz/obsah/doporuceni-rady-eu_2837_29.html

https://www.mzv.cz/oecd.paris/cz/zakladni_informace_o_oecd/index.html

<https://www.uzis.cz/nas/mezinarodni-spoluprace/spoluprace-oecd>

<http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-mental-health-care.htm>

<https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/ministr-psychiatricke-nemocnice-do-2030-opusti-tretina-pacientu/1739890>

<https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2776091-psychiatricke-nemocnice-opusti-tretina-pacientu-kvalita-pece-neni-dobra-uedl-ministr>

<https://www.parlamentnilisty.cz/politika/politici-volicum/Ministr-Vojtech-Reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-narodni-akcni-plan-576124>

<https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2776091-psychiatricke-nemocnice-opusti-tretina-pacientu-kvalita-pece-neni-dobra-uedl-ministr>

http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html

<https://www.uvn.cz/cs/psychiatrie>

<https://www.fokus-cr.cz/index.php/komunitni-sluzby>

<https://www.csspraha.cz/24829-krizove-centrum-riaps>

<https://www.psychiatrie.cz/index.php/uzivatele-aktualni-temata/491-postup-jak-ziskat-prispevek-na-peci>

https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-dusevni-onemocneni_prispevek-na-peci.pdf

<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/psychiatrie>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f00-f09-organicke-dusevni-poruchy-vcetne-sympt/>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f10-f19-poruchy-dusevni-a-poruchy-chovani-vyvo/>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f20-f29-schizofrenie-poruchy-schizotypalni-a/>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f30-f39-afektivni-poruchy-poruchy-nalady/>

<http://www.cmhcd.cz/Stopstigma/O-dusevnich-nemocech/Seznam-dusevnich-nemoci/F40-F48-Neuroticke-steresove-a-somatofornni-p/>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f50-f59-syndromy-poruch-chovani-spojene-s-fyz/>

<http://www.cmhcd.cz/Stopstigma/O-dusevnich-nemocech/Seznam-dusevnich-nemoci/F60-F69-Poruchy-osobnosti-a-chovani-u-dospelyc/>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f70-f79-mentalni-retardace/>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f80-f89-poruchy-psychickeho-vyvoje/>

<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f90-f99-poruchy-chovani-a-emoci-se-zacatkem-ob/>

<http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/1-poruchy-autistickeho-spektra-a-vybrana-psychicka-onemocneni/1-2-vybrana-psychicka-onemocneni/1-2-6-schizofrenie-a-psychoicke-poruchy/>

<http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/1-poruchy-autistickeho-spektra-a-vybrana-psychicka-onemocneni/1-2-vybrana-psychicka-onemocneni/1-2-6-schizofrenie-a-psychoicke-poruchy/>

<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>

<http://www.nicm.cz/definice-zavislosti>

<https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/2645309-ten-kdo-zrusil-lecebny-basaglia-pred-40-lety-prosadir-reformu-italske-psihiatrie>

<http://zapsychiatrii.blogspot.com/2015/05/transformace-psihiatricke-pece-v.html>

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf

<http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=17016&typ=application/msword&nazev=Cesta%20ke%20kvalitn%C3%ADmu%20a%20bezpe%C4%8Dn%C4%9Bj%C5%A1%C3%ADmu%20zdravotnictv%C3%AD.doc>

<https://www.bohnice.cz/lecba/diagnostika/>

[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)

Neveřejné zdroje:

Neveřejný dokument metodiky výzkumu Ministerstva zdravotnictví České republiky

Neveřejná debata Youth, speak up! Pracovní skupina pro duševní zdraví. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, 18. 4, 2019, 16 hod

Abstrakt

V diplomové práci se zabývám aktuálním legislativním zakotvením zdravotní a sociální péče o duševní zdraví. Ve druhé kapitole teoretické části se věnuji klasifikaci duševních onemocnění. Třetí kapitola, z mého pohledu velmi důležitá, popisuje transformaci zdravotní a sociální péče v zahraničí. Praktickou část tvoří pilotní průzkum pro Ministerstvo zdravotnictví. Cílem bylo zjistit spokojenost klientů se sociálními a zdravotními službami, které jsou součástí procesu léčby duševního zdraví. Spokojenost byla zjišťována prostřednictvím dotazníků, které měli pacienti k dispozici u svého ambulantního psychiatra. Tyto dotazníky vznikaly u kulatých stolů, kde se sešli odborníci, pacienti a poskytovatelé služeb. Výsledkem průzkumu byla nespojenost klientů s lůžkovým oddělením psychiatrie v nemocnici. Sociální a zdravotní služby na sebe nenavazují. Experti spolu nekomunikují. Tragickým zjištěním bylo, že ambulantní psychiatr má v průměru třináct minut na vyšetření jednoho klienta. Jednoznačně Česká republika potřebuje Centra duševního zdraví, pro komplexní péči o pacienta.

In the thesis I examine current legislative anchoring of healthcare and social care of mental health. In the second chapter of theoretical part I write about classification of mental illnesses. Third chapter, which is very important from my point of view, describe transformation of healthcare and social care in the foreign countries. Practical part contains pilot survey for the Ministry of Health. The purpose was to find out the satisfaction of the clients with social and health services, which are part of the treatment of mental health. Satisfaction was detected by questionnaires, which patients had available with their ambulant psychiatrist. Those questionnaires were created at round tables by experts, patients and service providers in a hospital. Social care and healthcare do not connect. Experts do not communicate with each other. Tragical finding was that ambulant psychiatrist has in average thirteen minutes for examination of a client. Definitely Czech Republic need Centre for Mental Healthcare for complex care of the patient.