

Reforma psychiatrické péče

projektový časopis šířený

Dobrym místem, o.s. v rámci projektu

Informační aktivity CZ.11/MGS/004

podpořeného z **Norských fondů**.

Proč je reforma potřebná

O nutnosti transformace psychiatrické péče u nás se začalo hovořit hned po revoluci, tedy před 25 lety. Po tu dobu různé skupiny odborníků připravovali různé návrhy, jak by tato péče mohla vypadat. Bez větší odezvy. Několik psychiatrů přesvědčených o potřebě komunitních služeb si založilo vlastní stacionáře a centra, kde tyto služby poskytují. Těch je ale málo a jsou většinou jen v Praze, pro klienty ze vzdálenějších koutů ČR nedostupné.

Současný stav neodpovídá požadavkům kladeným na moderní psychiatrickou péči. Síť ambulantních psychiatrů je nedostatečná, navíc byla po roce 1989 zrušena povinnost psychiatrických ambulancí starat se o spádovou oblast (obvod). Pokud tedy duševně nemocný nepřijde sám do ordinace, není v současném systému zdravotní péče nikdo, kdo by ho vyhledal a řešil, v jakém se nachází stavu. Přitom je pravděpodobné, že u duševně nemocného, který nemá pravidelný kontakt s psychiatrem, terapeutem, sociálním pracovníkem zkrátka s odbornou péčí, se zdravotní stav zhoršuje. Současný systém tento problém neřeší, neukládá povinnost ambulantnímu psychiatrovi takového člověka kontaktovat. Když se potom během

Reforma psychiatrické péče

Reforma systému psychiatrické péče v České republice dostala na začátku roku 2016 nový impulz. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček ohlásil novou etapu realizace reformy, jejíž Strategii připravilo ministerstvo zdravotnictví již za ministra Leoše Hegera. Od podzimu roku 2013, kdy další ministr zdravotnictví Martin Holcát schválil zmíněnou Strategii reformy psychiatrické péče v ČR, se však příprava reformy kupředu sunula pouze po malých krůčcích. Podle zástupců pacientů, rodičů a poskytovatelů komunitních služeb, reforma v roce 2015 zamrzla. Náš blok se pokouší zmapovat její historii

několika měsíců zdravotní stav nemocného zhorší natolik, že začne ohrožovat sebe nebo své okolí, následuje nedobrovolná hospitalizace v psychiatrické léčebně, často za účasti policie a často na několik měsíců, během nichž pacienti ztrácí další sociální vazby a kontakty se světem. Tento cyklus nedobrovolných hospitalizací pak zhoršuje prognózu zotavení a vede odborníky k skeptickému názoru na možnost vyléčení duševně nemocných. Začátkem devadesátých let vzniklo několik neziskových organizací, které se chtěly věnovat návazné péči o duševně nemocné, poskytovat komunitní služby, ale pro jejich další rozvoj a finanční zajištění provozu nebyly ze strany státu vytvořeny dostatečné podmínky. Jejich význam pro zajištění následné péče o duševně nemocné byl pouze okrajový, fungovaly jen na několika místech v republice, hlavně ve velkých městech. V mnoha krajích donedávna zcela chyběly (například v Karlovarském kraji). Vzniklo několik zdravotnických zařízení komunitní péče pro nemocné psychózami, např. Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Eset (obojí v Praze), ale pro vznik dalších podobných zařízení nebyly opět vytvořeny podmínky. Celkově špatná situace byla dána nezájmem státu o vytvoření modernějšího systému psychiatrické péče. Existenci tohoto stavu nedávno v souvislosti s připravovanou reformou psychiatrické péče konstatovalo i Ministerstvo zdravotnictví. „Od začátku devadesátých let nedoznala psychiatrická péče u nás žádných významných systémových změn a trpí dlouhodobou podfinancovaností.“

Snahy o změnu systému vycházely od jednotlivců – psychiatrů, kteří si uvědomovali problémy v praxi psychiatrických léčen, selhávání ambulantní péče a potřebnost komunitních služeb, jako je například Ondřej Pěč, MUDr. Martin Jarolímek a především MUDr. Jan Pfeiffer – zakladatel a první ředitel Fokusu a zakladatel Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, které si od roku 1995, kdy vzniklo, klade za cíl přispívat k procesu

transformace péče o duševně nemocné v České republice. Jejich snahy ale vždy nakonec narazily na nezájem ministerstva zdravotnictví, vlády, poslanců i zdravotních pojišťoven. Tito samozvaní reformátoři se v roce 2001 pokusili o vytvoření seriózně zdůvodněné a fundované koncepce oboru psychiatrie a také udělali velký výzkum v psychiatrických léčebnách, který měl odůvodnit nutnost změn – bohužel bez jakékoliv odezvy z oficiálních míst. Nakonec v možnost něco změnit přestávali postupně věřit i samotní zastánci komunitní péče.

V současné době není v České republice pro duševně nemocné a jejich rodiny vytvořena nabídka služeb, které by jim umožnily s podporou fungovat v normálním životě. Přežití těžce duševně nemocných lidí závisí většinou na jejich rodičích či příbuzných. Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví.

Rozvoj péče o duševní zdraví je zanedbán, podfinancován a opožděn. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. Mimo jiné i proto, že z principu věci psychiatrie nevykazuje množství drahých instrumentálních výkonů. Psychiatrie je Popelkou medicíny. Na psychiatry a další pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví často dopadá stigma podobně jako na jejich pacienty. Diagnostická, terapeutická a další psychicky náročná, vysoce specializovaná práce v tomto oboru je podceněná. Toto zanedbání se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulanci, komunitní a lůžkové. V tomto smyslu hovoří dokument Koncepce psychiatrické péče, který vypracovala Psychiatrická společnost.

Klíčovým úkolem je změna postoje veřejnosti k duševně nemocným lidem, včetně změny postoje veřejných činitelů (politiků, úředníků), kteří odpovídají za tvorbu zákonů a jejich uplatňování. Ze strany mnoha mezinárodních i domácích institucí (OSN, EU, WHO, ombudsman) je kritizována stigmatizace a diskriminace duševně nemocných lidí, jejich odsouvání na vedlejší kolej, zajištění jen té nejnужnější zdravotní péče v historických objektech psychiatrických léčeben, absence zdravotní a sociální rehabilitace, ve většině krajů naprostý nedostatek sociálních služeb, neochota státu připustit, že je tu nějaký problém (minimálně polovina bezdomovců trpí vážným duševním onemocněním).

Jak vypadala psychiatrická péče v květnu 2016, po čtyřech letech příprav reformy

Jako ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice a současně místopředseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP, patří MUDr. Martin Hollý, MBA do nejužšího týmu, který na ministerstvu zdravotnictví připravuje reformu psychiatrické péče. Zeptali jsme se ho na aktuální problémy české psychiatrie.

Přípravu reformy zahájilo ministerstvo v roce 2012. Tehdy také oficiálně přiznalo, že psychiatrická péče byla u nás dlouhodobě zanedbávána. Změnila se po čtyřech letech příprav reformy situace psychiatrických pacientů k lepšímu, nebo se krize naopak prohlubuje?

Asi nedokážu jednoznačně odpovědět, jestli se krize prohlubuje nebo se něco zlepšuje. Pravda je to i to. Myslím, že trajektorie celkového vývoje by byla jiná, kdyby se existující problémy nereflektovaly. Problematiku péče o duševně nemocné v současnosti reflektují kraje, což dlouho nebylo. Projevuje se to například při tvorbě sítí. V nedávno jsem dostal informaci, že v některých krajích se otevřely nové psychiatrické ambulance. Také kompetentní úředníci vystupují mnohem poučeněji než v předchozím období, kdy se péče o duševně nemocné často zaměřovala s péčí o seniory trpící demencemi. Stavěly se domovy důchodců a na problematiku vážně duševně nemocných mladých lidí se zapomínalo.

Jak moc se reforma opožďuje?

Zpoždění proti původnímu plánu, který byl nastaven dosti ambiciózně, bych odhadoval zhruba na rok. Dokážu si představit, že by postup reformy mohl být rychlejší a že by v praxi už něco mohlo být vidět, ale budeme-li realisté, pokud se podíváme, jaké šance jsme si dávali před pěti lety, tak si myslím, že je to hodně dobrý výkon.

Přestože je atmosféra kolem reformy příznivější, nejsou na tom duševně nemocní lidé paradoxně hůř než před pěti lety?

Asi je potřeba zmínit, že jsou realizované projekty podporované Norskými fondy. Sice to není obrovské množství peněz, ale ve všech částech republiky se pro duševně nemocné už něco konkrétního udělalo. Neziskové organizace v rámci malého grantového schématu realizovaly řadu forem uchopitelné každodenní pomoci. Současně se podařilo zlepšit podmínky a některé terapeutické programy v psychiatrických nemocnicích.

Do jaké míry se změnila celková situace?

Situace základní struktury se nezměnila. Zásadní reformní změna dosud nenastala. K tomu je potřeba říct, že reforma samozřejmě přinese svůj efekt s nějakým zpožděním. Je to věc dlouhodobého vývoje. Nepochybně je řada entuziastických lékařů, kteří přicházejí do systému a třeba přebírají některé ordinace a vytvářejí nové programy právě s tou nadějí, že se psychiatrie měnit bude. Takové zprávy přicházejí z různých koutů země, například z jižní Moravy, kde se buduje velmi kompletní program. Mnohé z toho, co je nové a pro pacienty dobré, opět souvisí se změnou nálady. Jak říkáme v duchu recovery přístupu, je to naděje, která táhne aktivitu.

Zvláště lékaři v psychiatrických léčebnách byli k možnosti nějaké zásadnější změny dosti skeptičtí. Vidíte posun v postojích mladých lékařů, kteří dnes pracují v psychiatrických nemocnicích?

Pro mladé lékaře je to často problém. Sice mohou souznít s ideou reformy, ale každodenní praxe je výrazně ovlivňuje. Jako mladý lékař mohu být identifikován s tím, že by péče měla probíhat jinak, ale pak když chci sehnat při propuštění pacienta nějakou fungující komunitní službu a vidím, že nic není, tak mě to vede ke skepsi. Každodenní praxe mladé lékaře mnohdy převládá a jejich naděje na změnu přístupu má jenom nějaké trvání. Není to úplně tak, že by mladá generace nezatížená rigiditou a fragmentací stávajícího systému byla nositelkou nových trendů. Myslím, že mnozí mladí lékaři zavedeným poměrům velmi rychle podlehnou nebo jimi načichnou. Na druhou stranu a to jsem zažil několikrát, lékaři s dlouhou praxí, kteří se vyjadřovali velmi skepticky, když vidí nějakou naději, tak mění svůj postoj. Když vidí praktické věci, třeba že se začalo konstruktivně vyjednávat s pojišťovny a že ministerstvo je podpůrné k reformnímu procesu, začínají mít na vývoj optimističtější pohled, což je velmi důležité, protože už většinou zastávají nějakou vedoucí pozici. Dokážou pak narušovat imprinting mladých lékařů, kteří v koloběhu běžné nemocniční práce velmi rychle přijmou, že systém je takový, jaký je a nemusí vidět šanci na změnu.

Vyskytují se mezi mladými lékaři také nějakí vizionáři?

Jistě ano. U nás v Bohnicích vznikla entuziastická parta lékařů, kteří se začali spontánně scházet s poskytovateli komunitních služeb. Je to obdobné tomu, co jsem začal dělat na ředitelské úrovni ještě před tím, než byla reforma centrálně uchopena. Jsem rád, že to probíhá na úrovni praktické spolupráce zcela dobrovolně.

Hodně se mluví o tom, že mladí lékaři odcházejí do zahraničí. Je to problém i v psychiatrii?

Je to problém, ale myslím si, že psychiatrie v tom není nijak specifická. Pokud bychom mluvili o nějakém specifiku psychiatrie, tak bude spíš zvyhodňovat náš obor, protože přece jenom lékař ARO bude snáz dělat v cizině než psychiatr. Ale menší znalost prostředí a jazyka není absolutní bariéra. Třeba ve Skandinávii nabízejí programy jazykové přípravy, které migraci mladých lékařů usnadňují. Je to obecný problém a nejenom v naší republice. Před rokem jsem byl na konferenci Evropské psychiatrické asociace o migraci mladých lékařů. Dochází k ní paradoxně všude a to pro mě byla nová zkušenost. Migrace mladých lékařů je velká, v Evropě běží z jedné země do druhé, skandinávští lékaři odcházejí do Ameriky. V těch takzvaně bohatých zemích se mladí lékaři pouštějí do byznysu a nedělají medicínu, nebo odcházejí do zámoří.

Má Česká republika dostatek psychiatrů?

Psychiatrie je z hlediska personálu průšvih. V současnosti chybí v terénu především dětská psychiatrie. Proto je velmi důležité, aby dětská psychiatrie zůstala samostatným oborem, abychom nepřišli o nové personální kapacity. Zvláště v této situaci, kdy v celé republice máme šedesát ambulantních dětských psychiatrů. Dokážu si představit, že za patnáct roků, až budeme mít padesát nových lékařů, se z dětské psychiatrie udělá specializace. Přestože ve většině evropských zemí je to samostatný obor a jsou věcné důvody, aby dětská psychiatrie samostatným oborem zůstala. Vykřičník je nad tím, že průměrný věk ambulantních dětských psychiatrů je kolem šedesáti let.

Projevuje se nedostatek lékařů i v gerontopsychiatrii?

Gerontopsychiatrie je v menším průšvihů než dětská psychiatrie. Myslím si, že i zájem o to specializovat se v gerontopsychiatrii je dostatečný. Nemám to přesně zmapováno, ale budu-li stavět na individuální zkušenosti, dosti často přicházejí k nám do nemocnice na pohovory mladí lékaři, kteří říkají, že by je dlouhodobě lákalo dělat gerontopsychiatrii. Velká debata, která nás čeká, se týká toho, kde je hranice mezi gerontopsychiatrií, geriatrií a sociální péčí o lidi s demencemi. Můj, možná trochu provokativní názor je, že gerontopsychiatrie dělá víc, než by dělat měla. Větší část péče by měla spadat do geriatrické nebo sociální oblasti. Přijímáme na gerontopsychiatrii pacienta, který je polymorbidní, má porouchané plíce, srdce a vedle toho má demenci. Demence ho předurčuje k tomu, aby byl hospitalizován na gerontopsychiatrii. Demenci kompenzujeme do té míry, jaká je možná a dál pečujeme o jeho celkově rozvrácený zdravotní stav. Protože má demenci, tak ho nikam jinam nevezmou. Je to na diskusi. Nemyslím, že bychom mohli říci radikálně, že žádný polymorbidní pacient k nám nepatří. Máme určité know how jak pracovat s demencí. V jednom krajním případě během měsíční hospitalizace na gerontopsychiatrii člověka diagnostikujeme, nastavíme udržovací léčbu a pak odchází do jiného zdravotnického zařízení nebo do sociální. Nebo, a to je druhý extrém, ve většině případů u nás už zůstane. Myslím, že extrémů nejsou dobré na jednu ani na druhou stranu.

Josef Gabriel

Pacientské a rodičovské organizace upozorňovaly na problémy v psychiatrické péči

V hnutí Mise pro duševní zdraví se angažovali zástupci patientských a rodičovských organizací, které sdružují osoby s vážným duševním onemocněním a jejich blízké – rodinné příslušníky a přátele. V roce 2012 oslovili veřejnost v dokumentu Deklarace Mise pro duševní zdraví, který podepsali zástupci těchto organizací: Česká asociace pro psychické zdraví, Kolumbus, o.s., Sympathea, o.p.s., Andělská křídla, o.s., Ondřej Praha, o.s., Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR, Občanské sdružení Green Doors, Fokus Praha o.s., VIDA o.s. a Dobré místo, o.s.

V deklaraci se uvádí: „Jako psychiatři pacienti a rodinní příslušníci duševně nemocných lidí máme množství negativních zkušeností s poměry v psychiatrických léčebnách, s nedostatečností ambulantní psychiatrické péče, s absencí psychoterapeutické a komunitní péče, s naprostým nedostatkem vhodného bydlení a sociálních služeb pro schizofreniky, s palčivým problémem nedobrovolných hospitalizací a bezprizorností mnoha lidí s akutním psychotickým onemocněním.

Na základě svých zkušeností a potřeb vážně duševně nemocných požadujeme zásadní proměnu systému psychiatrické péče v České republice.

Systém psychiatrické péče je v České republice postaven na dvou desítkách velkých psychiatrických léčeben a nedostačující síti psychiatrických ambulancí. Psychiatrická péče (ústavní i ambulantní) je jednostranně psychofarmakologicky orientována a neodpovídá současným standardům. Téměř úplně chybí psychoterapeutická a sociální složka péče.

Přežívající úzce medicínský přístup k péči o vážně duševně nemocné je právně napadnutelný. Především praxe psychiatrických léčeben s velkým podílem chronicky nemocných pacientů je v rozporu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením.

V Úmluvě, která se od února 2010 stala součástí našeho právního řádu, se Česká republika zavázala „podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.“

V devatenáctém článku Úmluvy je zdůrazněna povinnost státu zajistit, aby „osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí.“

Základem moderní péče o vážně duševně nemocné nemohou být opakované nedobrovolné hospitalizace ve stresujícím a stigmatizujícím prostředí psychiatrických léčeben, kde jsou pacienti zbaveni nezávislého způsobu života a možnosti zapojit se do společnosti.

Nechceme, aby lidé s chronickým duševním onemocněním byli dlouhé měsíce a roky izolováni ve velkých psychiatrických léčebnách, kde pouze přežívají, často jen kvůli absenci jiných možností bydlení a péče.

Požadujeme, aby lidé s vážným duševním onemocněním mohli žít v domácím prostředí a měli zajištěnu moderní psychiatrickou péči včetně nezbytných sociálních služeb v místě svého bydliště. Podle článku devatenáct Úmluvy je stát povinen zajistit, aby „osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám...“

Komunitní péče pro vážně duševně nemocné je na většině území České republiky nedostupná. Chybí krizová centra, výjezdní týmy, denní sanatoria, chráněné bydlení, služby komunitních (psychiatrických) sester a sociálních pracovníků v terénu. Absence těchto služeb měla v nedávné době tragické důsledky (například zastřelení schizofrenika policistou v Otrokovicích).

Nechceme, aby ze zdravotního pojištění, tedy i z našich peněz, byl do budoucna financován zastaralý a neperspektivní systém psychiatrických léčeben na úkor moderních forem psychiatrické péče.

Potřebná zařízení a služby komunitní péče nelze podle našeho názoru finančně zajistit bez postupného rušení psychiatrických léčeben v rámci dobře připravené transformace celého systému psychiatrické péče.

Žádáme, aby vláda neoddalovala transformaci systému psychiatrické péče a využila příležitosti k získání překlenovací dotace ze strukturálních fondů EU na léta 2014 až 2020.“

Deklarace platformy pro transformaci systému péče o duševně nemocné v ČR

Přesvědčení, že jediným řešením neutěšené situace v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním v České republice je transformace celého systému, vyjádřila ve své Deklaraci v roce 2012 i Platforma pro transformaci péče o duševně nemocné, která je seskupením zástupců odborných společností, poskytovatelů služeb, patientských a rodičovských organizací. Signatáři Deklarace v úvodu konstatují, že oddalování systematicky a cíleně prováděné transformace zvyšuje riziko zanedbání péče o vážně duševně nemocné.

Deklaraci se dále uvádí: „V lednu 2005 se Česká republika zavázala plnit závěry Evropské konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví v Helsinkách prostřednictvím Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu. V roce 2008 na tuto helsinskou deklaraci navázal European Pact for Mental Health and Wellbeing. V řadě evropských zemí jsou tyto deklarace a plány naplňovány, probíhá proces transformace, avšak v České republice se jejich naplňování věnuje jen velmi malá pozornost. Plnění Usnesení Vlády k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století v kapitole CÍL 6: ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ se prakticky nehodnotí. Bez realizace zůstává i Koncepce oboru psychiatrie“ (KOP), která byla přijata na sjezdu Psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně v roce 2000, Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002 a revidována v roce 2008.

Na porušování lidských práv v systému péče o duševně nemocné v ČR opakovaně upozorňují i různé instituce od Veřejného ochránce práv po Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Kritizované jevy jsou důsledkem nevyhovující podoby systému. Péče ve velkokapacitních zařízeních neposkytuje pacientům dostatečnou míru soukromí a vlastního rozhodování. Důsledky nevyhovujícího uspořádání současné péče se negativně projevují ve formalismu při rozhodování o nedobrovolných hospitalizacích, resp. léčbě, ve způsobu používání restriktivních opatření i v oblasti zbavování způsobilosti k právním úkonům. Současný systém neumožňuje poskytovat péči v nejméně omezujícím prostředí, vytváří bariéry v přístupu k zaměstnání a omezuje duševně nemocné ve svobodném výběru místa pobytu.

Na úrovni EU je prosazována deinstitucionalizace a velké psychiatrické ústavy jsou v řadě evropských zemí již minulostí nebo se transformují a počty lůžek v nich se stále snižují. Česká republika však má v poměru k počtu obyvatel stále velmi vysoký podíl psychiatrických lůžek následně péče dislokovaných ve velkých psychiatrických léčebnách. V České republice je nedostatečný podíl lůžek akutní péče na psychiatrických odděleních nemocnic a zejména se nepodařilo vybudovat dostatečnou síť zdravotních komunitních služeb. Rozvoj těchto služeb je především podvázán celkově nízkým objemem finančních prostředků pro psychiatrickou péči, je de facto blokován vázáním finančních prostředků v systému péče postaveném na péči v psychiatrických léčebnách. Mimonemocniční služby nemají definované spádové oblasti a nastavení stávajícího financování ambulantních služeb nepodporuje časově náročnou péči o závažněji duševně nemocné.

Uspořádání celého systému nevytváří podmínky k potřebné koordinaci jednotlivých složek péče. Z důvodů systémového nastavení existuje značná nepropojenost obzvláště mezi lůžkovou a mimolůžkovou péčí. Sociální komunitní služby není v podstatě možné rozvíjet vzhledem k limitovanému rozpočtu na všechny sociální služby. Malá rozšířenost a dostupnost se týká rovněž psychoterapie, která plní léčebnou a profylaktickou roli nejen v psychiatrii, ale i v ostatní medicíně. Nedostatečné zajištění mimonemocničních (ambulantních a komunitních) služeb vede k nadbytečným hospitalizacím duševně nemocných lidí a k jejich setrvávání v lůžkových zařízeních.

V posledních letech přitom narůstá počet lidí potřebujících psychiatrickou péči. V České republice vzrostl za poslední dekádu počet léčených psychiatrických pacientů o desítky procent. Tento trend by bylo potřeba zohlednit v programech primární i sekundární prevence duševních onemocnění; prostředky vynakládané na preventivní programy se však snižují. Podle informací z terénu se také zvyšuje podíl lidí s duševním onemocněním mezi

bezdomovci. Přítom psychiatrická péče v České republice je oproti psychiatrické péči ve zbytku EU podfinancována. Podle údajů Evropské komise (2005) je ČR řazena na předposlední místo v poměrném vynakládání prostředků na psychiatrickou péči v rámci EU.

Základem moderní péče o vážně duševně nemocné nemohou být dlouhodobé hospitalizace ve velkokapacitních psychiatrických léčebnách, které vzhledem ke svému geografickému umístění a v podstatě nezměnitelnému institucionálnímu charakteru péče (i přes maximální snahu a profesionalitu managementu i zaměstnanců), podporují segregaci a sociální vyloučení velké části pacientů. Taková praxe je v rozporu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením, která se od února 2010 stala součástí našeho právního řádu. V devatenáctém článku Úmluvy je zdůrazněna povinnost státu zajistit, aby „osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí.“

Řešením uvedených nedostatků je komplexní proměna existujícího systému tak, jak proběhla či probíhá ve většině západních zemí. Proces transformace bude vyžadovat přechodné navýšení finančních zdrojů (investičních i neinvestičních) převážně ve fázi, kdy bude zapotřebí zajistit rozvoj nových služeb, a paralelně bude po jistou dobu nutné provozování současných institucionálních služeb, než dojde k jejich proměně. Na toto přechodné navýšení by bylo velmi vhodné využít možných zdrojů strukturálních fondů na období 2014–2020.

Žádáme proto, aby vláda

- formulovala Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním s cílem transformace psychiatrické péče,
- vytvořila Národní skupinu pro transformaci systému péče o duševně nemocné se zapojením příslušných resortních ministerstev, odborných společností, střešních organizací poskytovatelů a uživatelů péče,
- uskutečnila kroky k přeměně systému péče o duševně nemocné s využitím strukturálních fondů.“

MZ ohlásilo reformu psychiatrické péče

Na podzim roku 2012 informovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR o přípravách na reformu psychiatrické péče v České republice. Ministrem zdravotnictví byl v té době Leoš Heger. Cílem reformy měla být modernizace celého systému a zvýšení kvality péče o pacienty. První náměstek ministra zdravotnictví Marek Ženíšek informoval o záměrech ministerstva reformovat systém psychiatrické péče 4.října 2012 na tiskové konferenci, které se zúčastnili také ředitel PL Bohnice Martin Hollý, předseda Psychiatrické společnosti profesor Jiří Raboch. a profesor Roberto Mezzina, psychiatr a koordinátor úspěšně fungujícího systému komunitních služeb v italském Terstu. Podle oficiální zprávy ministerstva „reforma zajistí přesun léčby z velkých institucí do personálně lépe zajištěných lokálních center.“

Deklarovaným cílem reformy je modernizace systému péče o duševní zdraví (dosáhnout evropského standardu 21. století), zvýšení celkové kvality péče a decentralizace systému (přesun péče z velkých institucí do lokálních center blíže pacientovi). Ministerstvo ve svých plánech vychází ze strategie Světové zdravotnické organizace a chce klást důraz na rozvoj komunitní a semimurární péče, zvýšení role primární péče, zvýšení role všeobecných nemocnic, transformaci psychiatrických léčeben a vzdělávání odborných pracovníků, kteří budou působit v novém systému péče o duševní zdraví.

Ministerstvo zdravotnictví oficiálně přiznalo, že od začátku devadesátých let nedoznala psychiatrická péče v ČR žádných významných změn. V ČR je dvacet psychiatrických léčeben, které mají více než 9 000 lůžek. Čtyři léčebny mají více než 1000 lůžek. Psychiatrická oddělení nemocnic mají celkovou kapacitu 1400 lůžek.

Psychiatrická léčba je dlouhodobě podfinancovaná, ačkoliv duševní poruchy jsou druhým nejčastějším důvodem pro přiznání invalidního důchodu a výskyt duševních onemocnění má stále stoupající charakter, což znamená vyšší zátěž pro zdravotní systém. „Počet pacientů s duševní poruchou každoročně roste a současný model není schopen v tomto náporu dosát podmínkám kvalitní péče. Materiálně i technicky zastaralé psychiatrické léčebny, které jsou zároveň pro pacienty těžko dostupné, tomu jenom nasvědčují. Z tohoto důvodu současný model vyžaduje systémovou změnu,“ uvedl první náměstek ministra zdravotnictví Marek Ženíšek.

Ministerstvo ohlásilo vznik pracovní skupina), která v roce 2013 připraví model transformace, na jehož implementaci by od roku 2014 měla Česká republika využívat zdrojů evropských fondů. : „K samotné realizaci reformy chceme využít strukturální fondy Evropské unie v předpokládané výši asi 6 mld. Kč, které budou k dispozici od roku 2014. Implementace konkrétních kroků bude zahájena rovněž v roce 2014,“ uvedl M. Ženíšek.

Zcela zásadní součástí reformního úsilí v České republice má být dle strategie ministerstva zdravotnictví posun k humánnímu a udržitelnému způsobu léčby poskytovanému v co největší míře v přirozené komunitě. Pracovní skupina pro reformu psychiatrické péče se má zabývat třemi návrhy: 1) Snížení počtu lůžek v léčebnách při zachování finančních zdrojů, případně s podporou dodatečných zdrojů, 2) Redukce některých oddělení/budov v psychiatrických léčebnách, 3) Redukce počtu psychiatrických léčeben (na základě regionálního klíče). První dva návrhy, kterými se chce MZ zabývat v připravované pracovní skupině, však pravděpodobně směřují spíše k uchování současného nevyhovujícího systému psychiatrické péče, který neodpovídá evropskému standardu 21. století.

„V současné době ministerstvo zdravotnictví pracuje s několika základními variantami, které prodiskutuje společně s nově ustavenou pracovní skupinou pro reformu psychiatrické péče. Mezi členy této skupiny patří např. zástupci ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, České psychiatrické společnosti JEP, nestátních neziskových organizací, zdravotních pojišťoven, ale rovněž zástupci patientských organizací,“ uvedlo ve své tiskové zprávě ministerstvo zdravotnictví.

Reforma psychiatrické péče ohlášená Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2012 po více než dvaceti letech života ve svobodné republice je zřejmě největší příležitostí k zahájení skutečné změny systému péče o lidi s vážným duševním onemocněním. Jedním ze základních faktorů, který zřejmě ovlivnil přístup ministerstva zdravotnictví k oblasti psychiatrické péče, byla dotační politika Evropské unie zaměřená na tzv. deinstitucionalizaci zdravotně-sociální péče. Stojaté vody rozhýbala reálná šance, že Česká republika může obdržet ze Strukturálních fondů EU na reformu psychiatrické péče kolem šesti miliard korun. Na ministerstvu zdravotnictví v té době pod vedením ministra Leoše Hegera působili lidé (především první náměstek ministra Marek Ženíšek a ředitel odborů evropských fondů Jan Bodnár), kteří tuto šanci vzali vážně, a díky jejich iniciativě vznikl první záměr reformy. O prosazení reformy se zasazuje také Psychiatrická společnost na čele s Martinem Hollým, který byl v roce 2013 zvolen do funkce předsedy Psychiatrické společnosti jako aktivní reformátor, přesto, anebo možná právě proto, že je ředitelem Psychiatrické nemocnice Bohnice (dříve Psychiatrické léčebny Bohnice).

Základní myšlenkou reformy je přenést těžiště psychiatrické péče z velkých psychiatrických léčeben do komunity – blíž k lidem, kteří k tomu, aby mohli žít v domácím prostředí, potřebují fungující zdravotnické a sociální služby. Uskutečnění reformy je „běh na dlouhou trať,“ představy o tom, jak by měl systém psychiatrické péče vypadat za deset nebo za dvacet let, se pochopitelně liší. Jádrem reformy by mělo být vytvoření sítě „Center duševního zdraví,“ která by pro menší regiony zajišťovala koordinaci ambulantních a terénních služeb. Na tom, že je nutné zajistit lidem s vážným duševním onemocněním kvalitnější a dostupnější péči, se shodují zástupci ministerstva, odborníků i rodičů a pacientů, ale jak ve skutečnosti bude reforma vypadat, to je zatím otevřená otázka.

Psychiatrům a dalším odborníkům v oblasti péče o duševní zdraví mohou pomoci i sami pacienti. Například tím, že otevřeně vystoupí na veřejnosti se svými příběhy, s tím, co je trápí. Pokud se nebude na duševně nemocné nahlížet jako na nebezpečná či ztracená „individua“, bude snad i větší zájem ze strany státu o ně pečovat a zapojovat je do společnosti. Duševní nemoc může potkat každého z nás, trpí jí mnoho lidí a může se stát krátkou epizodou v osobní historii pracujícího a společensky aktivního člověka, anebo se může stát cejchem, který vede k našemu vyloučení ze společnosti. Chystaná reforma psychiatrické péče je tedy jedinečnou a v tuto chvíli možná jedinou příležitostí stav změnit.

Jakou perspektivu mají Centra duševního zdraví?

Ředitel odboru evropských fondů ministerstva zdravotnictví **PhDr. Mgr. Jan Bodnár** stojí v čele týmu, který připravuje podklady pro čerpání dotací z evropských strukturálních fondů v programovacím období 2014 – 2020 na oblast psychiatrické péče. Evropské peníze by měly pomoci s nastartováním reformy psychiatrické péče v České republice. Novým prvkem systému a klíčovým pilířem reformy se mají stát mimo jiné Centra duševního zdraví.

Co se za pojmem Centrum pro duševní zdraví skrývá?

Centrum duševního zdraví je jen jeden z pilířů definovaných Strategií reformy psychiatrické péče. Dalšími pilíři jsou ambulantní péče, komunitní péče a psychiatrická oddělení nemocnic. Já osobně vnímám jako další pilíř rovněž destigmatizaci duševních poruch a duševně nemocných. Z hlediska psychiatrických nemocnic (dříve léčeben) představuje Centrum duševního zdraví kvalitativní posun ve vztahu k podpoře péče v přirozeném prostředí a to zvláště pro pacienty, kteří trpící závažnou duševní poruchou a vyžadují dlouhodobou a soustavnou léčbu. Základní filosofie tohoto typu péče je vedena snahou nastavit udržitelný model péče, který bude zohledňovat jak regionální potřeby, tak zvláště požadavky na humanizaci péče. V současnosti se o Centrech duševního zdraví hodně diskutuje, na konferenci v Národní technické knihovně tuším před čtyřmi měsíci probíhala diskuse v deseti pracovních skupinách nad tím, co by měl tento pilíř nové reformované péče znamenat.

Jaká definice byla po diskusích přijata?

Strategie definuje Centrum duševního zdraví jako soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním. Jeho primárním posláním bude poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.

To zní hodně obecně, co by mělo centrum konkrétně dělat?

Činnost centra musí být odvozena od toho, jaká je úroveň služeb psychiatrické péče v daném regionu. Kolegové ze Strategické projektové kanceláře v současnosti pracují na analýzách situací v jednotlivých krajích. Výsledkem bude představa, o kolik se dejme tomu v kraji Vysočina sníží počet lůžek v psychiatrické léčebně, jakou péči zajistí psychiatrická oddělení nemocnic, kolik je potřeba ambulantních psychiatrů a jaké služby by měly být saturovány Centrem pro duševní zdraví. Součástí centra by jistě měl být denní stacionář, kde pracují komunitní sestry, kde je poskytována sociální a zdravotní rehabilitace, ambulantní péče a psychoterapie. V Centru by měla být poskytována rovněž asertivní péče, tudíž komunitní výjezdní týmy. Obecně by mělo Centrum duševního zdraví představovat určitý přechod mezi institucionální péčí a relativně nákladnou péčí zajišťovanou výhradně uvnitř komunity, základním principem je přitom zajištění podpory pacientům v nepřetržitém režimu sedm dní v týdnu.

Pro kterou skupinu klientů nebo psychiatrických pacientů by mělo centrum především sloužit?

V daném regionu by mělo zajišťovat základní služby pro těžké pacienty, kteří jsou nyní hospitalizováni v psychiatrických léčebnách, zároveň by mělo zajišťovat pomoc i u méně závažnějších diagnóz tam, kde není dostupná péče ambulantních psychiatrů, případně jiná např. krizová péče. Ale to závisí na situační analýze v daném kraji. V zásadě by Centra měla akumulovat tu péči, která je nyní poskytována v psychiatrických nemocnicích, v tuto chvíli se však nejedná o celé spektrum pacientů v těchto nemocnicích. Postupem času by mělo docházet k výraznějšímu rozvolňování kapacit psychiatrických nemocnic, deinstitucionalizace péče je tedy zcela základním stavebním kamenem reformy.

Lze si centrum představit jako jednu budovu, ze které budou poskytovány různé služby?

Představa, že centrum musí být v každém případě jednoduše řečeno něco jako poliklinika, je mylná. Tady nejde o budovu, ale o systém. Velmi důležité je, že podle definice centra jde o soubor vzájemně propojených zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb poskytovaných jedním nebo více poskytovateli. Služby sice mohou být poskytovány z jedné budovy, proč ne, ale očekáváme, že tak rozhodně nebude ve všech případech. Základní složkou centra může být denní stacionář, ale ambulantní psychiatr může sídlit v sousedství. Ani sociální pracovník nemusí mít židli přímo v domě, může s centrem spolupracovat na základě smlouvy. A je v podstatě jedno, kdo získá akreditaci na poskytování služeb v rámci Centra duševního zdraví, jestli to bude ambulantní psychiatr nebo nemocnice, s.r.o. nebo neziskovka. Z mého pohledu je v podstatě jedno, jakým způsobem budou tyto služby zajištěny, kým budou provozovány, ale jde o to, aby byly zajištěny a byly provozovány. To je samozřejmě úzce spojeno s úhradovými mechanismy.

Jak bude zajištěno financování zdravotních, ale také sociálních služeb?

V rámci reformy psychiatrické péče v tuto chvíli existují dvě významné podskupiny, jedna pro jednání se zdravotními pojišťovnami nad úhradovými mechanismy a jedna pro koordinaci s ministerstvem práce a sociálních věcí. Prostředky ze Strukturálních fondů chceme rovněž z části použít na podporu pilotních provozů jednotlivých systémů péče, zvláště Centra duševního zdraví, ale nemělo by docházet k podoře nákladů na rutinní provoz, ty musí být řešeny pomocí běžných zdrojů financování, z úhrad zdravotních pojišťoven nebo finančními transfery ze sociální oblasti. O tom se vedou velmi intenzivní a velmi tvrdá jednání, protože žádný z těchto hráčů nechce do systému dávat více, než dává nyní.

Co podle vás komplikuje spolupráci rezortů zdravotnictví a sociálních věcí?

Propojení systémů zdravotní a sociální péče je extrémně složitá věc, která je zvláště v oblasti dlouhodobé péče dlouho diskutována, z těchto debat se však specifika psychiatrická péče trochu vytratila. V návaznosti na transformaci potřebujeme definovat toto propojení nově, protože u nás jsou tyto systémy oddělené a nespolupracují tak, jak by měly. V jiných evropských zemích jsou systémy sociální a zdravotní péče více spojené. Problém je v tom, že tu jsou dva zdroje financování, dva typy služeb a koordinace těchto dvou typů není jednoznačně definovaná. Minimálně na úrovni psychiatrické péče se s tím musí něco dělat a na to reaguje reforma, takže v rámci evropských dotací určitě očekáváme rovněž podporu služeb sociálního, resp. zdravotně-sociálního charakteru. Primárně ale, a to je třeba zdůraznit, reformu psychiatrické péče vnímáme jako medicínskou nebo zdravotní záležitost.

Kvalitní medicínskou péči zajišťují i psychiatrické léčebny, ale co vážně jsou právě sociální služby. Aby se pacient mohl navrátit do života potřebuje komplexní rehabilitaci, tedy nejen zdravotní, ale i sociální.

Tyto dvě složky rehabilitace musí být určitě propojené a regionální systém péče by měl jako nedílnou součást agregovat i sociální rehabilitaci. Tu můžeme rovněž vnímat jako sekundární nebo terciální prevenci dalšího

rozvoje duševní nemoci. Je nesmírně důležité, aby došlo k propojení a k úpravě zvláště financování této oblasti. Vytvořit rámec financování je obzvláště důležitá věc, tj. aby nedocházelo k tomu, že poskytovatelé péče, dejme tomuneziskové organizace, které poskytují například sociální rehabilitaci, byly závislé na nepravidelných evropských zdrojích.

Jak bude možné zajistit financování komplexnější zdravotně sociální péče pro lidi s duševním onemocněním?

Pro zjednodušení celé problematiky vycházíme ze dvou základních předpokladů. Prvním je, že je třeba něco udělat s péčí v psychiatrických léčebnách, kde můžeme nalézt pokoje po patnácti pacientech. Tento stav neodpovídá požadovaným evropským a světovým standardům, takže je potřeba danou situaci změnit. Druhým základním předpokladem je to, že psychiatrické léčebny v daném nastavení jsou relativně levným systémem péče o duševně nemocné. Netvrdím, že jsou vhodným systémem z hlediska důstojnosti péče, ale jsou jistě z hlediska organizace péče systémem maximálně středně nákladovým. Jsou země, které jsou velmi bohaté, třeba Norsko, které mají zcela deinstitutionalizovaný systém péče, takže nemají ani jedinou psychiatrickou léčebnu a veškerá péče je řešena na komunitní bázi. V našich podmínkách nemáme a pravděpodobně nikdy mít nebudeme v systému zdravotní péče tolik peněz jako má Norsko, takže potřebujeme takový model, který bude zohledňovat nutnost rozvoje komunitní péče a zároveň bude doplněn fungujícími a účelně podporovanými zařízeními institucionální péče. Jedná se rovněž o model péče, který se rozvíjí v zahraničí pod pojmem „balanced care“ tedy vyvážená péče. Právě na tento koncept plně respektující principy komunitní péče navazuje rovněž idea Center duševního zdraví.

Důležité je, aby tento nový model byl udržitelný z hlediska veřejných financí, zvláště z úhrad ze zdravotního pojištění. Proto jsme se rozhodli agregovat péči do něčeho, co by bylo přechodným modelem mezi institucionální a čistě komunitní péčí, která je relativně drahá.

Oponenti ale říkají, že komunitní péče je naopak levnější, než ústavní péče, kde jsou velké investiční náklady, náklady na hotelové služby.

Dovolil bych si s tímto názorem polemizovat, podle mě čistá komunitní péče je v součtu dražší než institucionální, i když existují výjimky a je pravda že léčba některých diagnóz může vykazovat větší nákladovou efektivitu při péči na komunitní bázi. Čistě teoreticky, pokud však například každému pacientovi, který trpí závažnou psychózou a vyžaduje permanentní péči přidělím jeho osobního kouče nebo osobního asistenta, tak to bude velmi drahé, ti asistenti se budou muset střídat atd...

V praxi je běžnější, že jeden case manager má na starosti dejme tomu deset schizofreniků.

To je model, který bychom rádi uplatnili v Centru duševního zdraví. Nicméně pokud bych to měl dělat opravdu důkladně, tak rozhodně nestačí, když klienta uvidí

třeba jednou za týden.

Josef Gabriel

Nepříznivá situace v oblasti poskytování psychiatrické

Navzdory ohlášené reformě a vytvoření scénáře její realizace v oficiálním materiálu Strategie reformy psychiatrické péče v ČR, se nepříznivá situace v oblasti poskytování psychiatrické péče nijak nezměnila. Svědčí to tom i seminář „Transformace psychiatrické péče a její vývoj,“ který uspořádal parlamentní Výbor pro

zdravotnictví pod záštitou svého předsedy prof. MUDr. Rostislava Vyzuly, CSc. na podzim roku 2014, tři dny před Světovým dnem duševního zdraví, se uskutečnil O připravované reformě psychiatrické péče diskutovali v Parlamentu ČR například přednosta FN Olomouc prof. MUDr. Ján Praško, CSc., přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. nebo ředitel Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod MUDr. Jaromír Mašek. Podle ředitele Psychiatrické nemocnice Bohnice a předsedy Psychiatrické společnosti ČLS JEP MUDr. Martina Hollého seminář proběhl za aktivní účasti pěti členů Parlamentu ČR a otevřel cestu k lepší informovanosti jak zdravotního výboru, tak výboru pro sociální politiku. Zprávu o zlepšení situace v oblasti psychiatrické péče seminář nepřinesl.

Nedostatky současného stavu psychiatrické péče v ČR shrnul profesor Praško : „Česká republika patří mezi menšinové země, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Systém je hrubě podfinancován, vysoce specializovaná a náročná péče je podceněná. Kvalita péče je omezená. Psychoterapie je pro většinu pacientů prakticky nedostupná. Chybí dostatek ambulantních psychiatrů, zejména pedopsychiatrů a klinických psychologů, dalších pracovníků v psychiatrii působících v rámci zdravotního systému (terapeuti, sestry, sociální sestry, terénní sestry). Není dost akutních oddělení nemocnic, extramurálních zařízení a specializovaných oddělení psychiatrické péče.“

Na vážnou mezirezortní spolupráci, chybějící legislativní zakotvení a nedostatečné finanční zajištění péče o lidi s duševním onemocněním reagoval na semináři také M. Hollý. „Odborná společnost nabízí součinnost při tvorbě věcného záměru zákona o duševním zdraví. Chceme požádat o vytvoření meziresortní skupiny k řešení problematiky péče o duševně nemocné a jejího financování. Nadále se budeme zasazovat o to, aby se podíl peněz na psychiatrii přibližoval vyspělým zemím světa, což umožní dostupnost psychoterapie a moderní farmakoterapie,“ uvedl M. Hollý.

Strategie reformy psychiatrické péče v ČR

Péče o duševně nemocné v České republice představuje velmi široké pole problémů. Cestu k jejich řešení měla načrtnout Strategie reformy psychiatrické péče, kterou ministerstvo zdravotnictví schválilo na podzim roku 2013. Podle tehdejšího ministra zdravotnictví Martina Holcáta, se měla strategie stát „nosným, výchozím a závazným podkladem pro transformaci psychiatrické péče v ČR v období od roku 2014 do roku 2023.“ V předmluvě ke Strategii uvedl, že Strategie reaguje na nedostatky současného systému poskytování psychiatrické péče. „MZ ČR přistoupilo k iniciaci přípravy této Strategie reformy psychiatrické péče na základě rigidnosti stávajícího systému institucionální psychiatrické péče, který má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, a také kvůli absenci služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek psychiatrické péče,“ uvádí se ve Strategii. „Česká republika má vůči psychiatrické péči dlouhodobý dluh. Koncepce reformy se snaží nalézt řešení, jak učinit tento segment zdravotnictví komfortnější pro pacienty i poskytovatele, jak naši psychiatrii modernizovat,“ říká ministr Holcát s tím, že ovšem nepůjde o žádné bezmyšlenkovité zavírání lůžkových oddělení.

Pilíře strategie

„Strategie reformy psychiatrické péče v ČR má za globální cíl zlepšit kvalitu života duševně nemocných prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou společností. Pro děti a dorost pak reforma znamená restrukturalizaci současné intramurální péče, vybudování plnohodnotné základní sítě ambulantní péče a vytvoření návazné extramurální péče s provázaností do vzdělávacího systému ČR. V

implementaci Strategie se počítá s rozvojem center duševního zdraví jako dalšího pilíře služeb, který rozšiřuje stávající péči, komplexně ji doplňuje a přibližuje ji duševně nemocným,“ uvádějí autoři Strategie.

Strategie se opírá o čtyři základní pilíře. Prvním pilířem mají být psychiatrické, psychologické a klinicko-psychologické ambulance představují primární psychiatrickou péči. Novým prvkem v systému psychiatrické péče (druhým pilířem) se mají stát Centra duševního zdraví (CDZ), která jsou definována jako soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – severe mental illness. Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí. Třetím pilířem mají být Psychiatrická oddělení nemocnic, která poskytují akutní lůžkovou psychiatrickou péči bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy. Čtvrtý pilíř, Psychiatrické nemocnice, jsou lůžková zdravotnická zařízení poskytující komplexní psychiatrickou péči (jak akutní pro přiměřenou spádovou oblast, tak především následnou a specializovanou).

Financování psychiatrické péče

Klíčovou podmínkou realizace reformy je změna systému financování psychiatrické péče. Ten je v současnosti nedostatečný. „Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v ČR dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Z hlediska výdajů na duševní zdraví v ČR je podíl finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví okolo 2,91 % (ostatní členské země EU mezi 5–10 %), což zaujímá hodnotu 0,26 % HDP (naproti tomu v EU jsou to průměrně 2 % HDP). Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory,“ uvádí se ve Strategii. Nastartování reformy (včetně změny systému financování) by měla České republice ulehčit finanční pomoc ze Strukturálních fondů EU. „Tranzitní náklady reformy budou částečně kryty z evropských fondů, o jejich výši se ještě jedná. Právě užití evropských fondů se nám jeví jako vhodný spouštěcí mechanismus potřebných změn,“ říká koordinátor přípravy Strategie PhDr. Ivan Duškov.

Kam půjdou evropské peníze

Spekulace o tom smyslu a způsobu využití očekávané finanční pomoci z EU vytvářely napětí i mezi zástupci jednotlivých segmentů psychiatrické péče (včetně rodičů a pacientů), kteří se podíleli na přípravě reformy. „Většina obav, které se ozývají ze všech stran, se týká toho, komu půjdou ty velké peníze. Netýkají se toho, že je Strategie obsahově špatná. Tento materiál slouží také jako podklad k čerpání fondů, bez naděje na získání pomoci bez strukturálních fondů by vůbec nevznikl a dává nějaké mantinely, kam by evropské peníze měly jít a kam ne,“ říká předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP a současně ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice MUDr. Martin Hollý. Některé nejistoty rozptýlila právě publikovaná Strategie. Celkově požaduje ministerstvo zdravotnictví na reformu psychiatrické péče šest miliard korun. Na měkké aktivity – vzdělávání, komunikaci, destigmatizaci, přípravu metodik a další oblasti požaduje MZ celkovou alokaci 2,95 mld. Kč. Finance určené na investice do budování CDZ a humanizaci stávajících pilířů psychiatrické péče, včetně podpory nových a inovovaných typů péče, by měly dosáhnout 3,085 mld. Kč. Na vybudování center duševního zdraví by mělo jít 1 300 miliónů korun. Na humanizaci psychiatrické péče do psychiatrických oddělení nemocnic by mělo být využito 690 miliónů korun a na humanizaci psychiatrické péče v psychiatrických nemocnicích plánuje MZ použít 460 miliónů korun z evropské dotace.

„Slyšel jsem kritiku, že ve Strategii jsou vykreslené krásnější zítřky, ale žádné garance, že se něco stane. Samozřejmě je to možné tak vnímat. Je možné říct, tak jste si to hezky nakreslili, ale stejně to půjde do šuplíku. Také lze tvrdit, že se jedná o materiál vytvořený jenom proto, aby se vyspravily léčebny. Jiní zase říkají, že je to účelový materiál, aby se tady postavilo sto center duševního zdraví,“ říká M. Hollý. Klíčový posun však vidí v

tom, že se na obsahu Strategie shodli jak ambulantní psychiatři, zástupci komunitní péče, psychiatrických oddělení a psychiatrických nemocnic, tak uživatelé a rodiče osob s vážným duševním onemocněním. „Sice s různými výhradami, ale v zásadě se na tom plus mínus shodli, což se dosud nikdy nestalo. Už nemůžeme být při dalších jednáních odstřeleni přes jednoduchý argument, že se sami nedohodneme. Navíc v pracovní skupině byly zastoupeny jak zástupci pojišťovny, tak MPSV a zvedli pro to ruku. Startovací pozice k dalšímu vyjednávání jak s MPSV tak s pojišťovnou je lepší než dřív. Pro uchopitelný a srozumitelný materiál je možné snadněji vyjednávat politickou podporu,“ uvádí M. Hollý.

Cíle strategie

Globální cíl strategie „zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním,“ byl rozpracován do skupiny sedmi strategických cílů:

Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování. Klíčová opatření zahrnují vznik Center duševního zdraví (CDZ) jakožto nového pilíře

poskytování psychiatrické péče s návazností na sociální oblast, a dále pak opatření vedoucí k rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče včetně návazných služeb a restrukturalizace lůžkové péče (ve smyslu lepší dostupnosti

Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.

Hlavním předpokladem pro naplnění tohoto cíle je vytvoření dlouhodobých a efektivních destigmatizačních a vzdělávacích programů.

Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.

Hlavním zaměřením je zlepšení komunikace odborné veřejnosti s duševně nemocnými a jejich rodinami. Klíčová opatření jsou zaměřena na edukaci odborné veřejnosti a vyšší provázanost zdravotních a sociálních služeb.

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

Pro dosažení cíle je nezbytné zlepšit a rozšířit pregraduální i postgraduální vzdělávání lékařů

a odborných pracovníků mimo oblast psychiatrie tak, aby se zvýšila schopnost odhalovat psychiatrickou nemocnost.

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

Opatření vedoucí k naplnění cíle zahrnují zejména lepší provázanost mezi zdravotní a sociální oblastí, zavedení pilíře CDZ a rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče.

Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.

Předpokladem pro úspěšné dosažení cíle je zajištění spolupráce nezdravotnických složek státní správy (resortů) a územních samospráv při přípravě a realizaci organizačních změn a opatření.

Humanizovat psychiatrickou péči.

Rozvoj péče poskytované v rámci CDZ a dalších extramurálních služeb, optimalizace sítě

a modernizace lůžkového fondu s vazbou na definovaný cílový stav, patří mezi klíčová opatření pro dosažení cíle humanizace péče. „Neméně důležitým aspektem v rámci humanizace je zlepšení podmínek péče ve stávajících zařízeních, jako jsou psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic, a to za pomoci investic do kultivace tamějšího prostředí,“ píše autoři Strategie.

Miliardy na reformu ze Strukturálních fondů EU

„Dohoda o partnerství pro programové období 2014–2020 Česká republika,“ kterou v srpnu roku 2014 schválila Evropská komise, umožní České republice využívat prostředky strukturálních fondů také v oblasti zdravotnictví. Na prvním místě je uvedeno téma prevence s důrazem na „aktivní zapojení nejvíce ohrožených skupin obyvatelstva, kde špatný zdravotní stav zpomaluje proces sociálního začleňování,“ přičemž jednou z těchto skupin jsou právě lidé s vážným duševním onemocněním. Další část dokumentu se výslovně týká psychiatrické péče. Uvádí se zde: „Vytvoření prostředí pro deinstitucionalizaci psychiatrické péče a přesun jejího těžiště do komunity prostřednictvím nově vzniklých kapacit pro poskytování komunitní a k dlouhodobé péči alternativní péče; vzdělávání pracovníků a poskytovatelů psychiatrické péče, programů na podporu duševního zdraví a destigmatizačních programů směřujících k sociální inkluzi duševně nemocných a zvýšení jejich participace na trhu práce.“ Díky tomu, že se podařilo vytvořit včas materiál obsahující koncept reformy, který odpovídá moderním trendům psychiatrické péče, bylo možné zařadit psychiatrii do schválené dohody o partnerství. „Pokud bychom Strategii reformy psychiatrické péče vytvářeli o rok déle, už bychom to nestihli,“ tvrdí M. Hollý.

Centra duševního zdraví

Klíčovým bodem reformy je vytvoření nového pilíře psychiatrických služeb - center duševního zdraví (CDZ). Ve Strategii jsou CDZ definována jako „soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – *Severe Mental Illness* (SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.“ Jasnější představu tom, co budou CDZ dělat, by měl přinést nový standard centra duševního zdraví, na kterém pracuje Psychiatrická společnost ČLS JEP. „Společnost vytvořila pracovní skupinu, která zahrnuje širší okruh profesionálů. Intenzivně pracujeme na materiálu, který obsahuje zdůvodnění významu CDZ, organizační zakotvení, personální vybavení, hlavní funkce, které by CDZ mělo v systému zastávat a poskytované služby. Debata je velmi obsáhlá, ale koncem měsíce října bychom měli tento materiál prezentovat na širší pracovní skupině, kde bude větší počet lidí, vedle zástupců ambulantních psychiatrů a sekce sociální psychiatrie také zástupci lůžkové psychiatrie, ministerstva práce a dalších rezortů,“ říká M. Hollý a dodává, že odborná společnost paralelně pracuje na vytváření standardů péče na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. „Jde o to, abychom si definovali, co je akutní péče, která by měla zůstat v nemocnicích. Budou to dva související materiály, které by se měly připomínkovat na jednom místě, protože potřebujeme zachytit dynamiku vztahů, které nemůže samostatně ošetřit centrum duševního zdraví. Standard centra duševního zdraví budeme prezentovat pravděpodobně na konferenci sociální psychiatrie koncem listopadu. Bude už téměř vycizelovaný po zapracování připomínek zmíněné širší skupiny a na této konferenci ho dáme k veřejné diskusi.“ uvádí M. Hollý.

Velikost spádové oblasti CDZ by podle něj měla pohybovat kolem 100 tisíc obyvatel. „Reálné spádové oblasti budou velmi pravděpodobně kopírovat nějaké logické územní celky s počtem obyvatel od 60 do 140 tisíc. Tuto horní hranici s výjimkou městských aglomerací už považujeme za hodně velký prostor. Personální vybavení by mělo kopírovat skutečnou velikost spádové oblasti,“ říká M. Hollý. Personální obsazení CDZ při velikosti

spádové oblasti 100 tisíc obyvatel by mělo odpovídat těmto úvazkům: 1,5 psychiatr (psychoterapeut), 1,0 klinický psycholog (psychoterapeut), 7-12 psychiatrické sestry, 7-12 sociální pracovníci, 1,5 pracovníci technicko-materiálního zázemí. „Tato personální kritéria budou podléhat pravidelným revizím. První tým konkrétního CDZ budeme nastavovat podle velikosti spádové oblasti s předpokladem určitého počtu výskytu duševně nemocných. V nějakých intervalech – rok je příliš často, pět let je příliš dlouho – by se mělo přehodnocovat počet lidí, které má CDZ v péči a podle toho by se také měly upravovat minimální počty personálu, které centrum musí mít, aby splňovalo standardy kvality,“ vysvětluje M. Hollý.

Funkčním jádrem CDZ budou mobilní multidisciplinární týmy, které budou mít na starosti jednak zajištění dlouhodobé rehabilitační péče, jednak záchyt nových případů vážného duševního onemocnění. Součástí CDZ má být menší počet lůžek (2 až 8) pro krátkodobý stabilizační pobyt nepřesahující 10 dní. CDZ budou poskytovat ambulantní psychiatrickou nebo klinicko-psychologickou péči a také krizové služby. „Centrum duševního zdraví má být skutečně součástí komunity. Na CDZ se budou moci obracet všechny komunitní orgány, včetně pracovníků odboru sociální péče a městské policie. Tento systém by měl lépe zachytit skrytou psychiatrickou nemocnost. Nepůjde ale o náhradu rychlé záchranné služby, ta bude fungovat i nadále především ve spolupráci s psychiatrickými odděleními nemocnic,“ říká M. Hollý. Lidé, kteří budou procházet dlouhodobou nebo střednědobou léčbou v psychiatrických nemocnicích, by podle něj měli být propouštěni do komunity přes centra duševního zdraví. „Centrum duševního zdraví by plnilo koordinační funkci pro populaci obtížně umístitelných vážně duševně nemocných. Jednou ze vstupních bran do péče CDZ budou psychiatrické nemocnice. Já prosazuji, aby měly povinnost reportovat propuštění takového pacienta do CDZ v dané spádové oblasti,“ uvádí M. Hollý. Dalšími vstupními branami či „trychtýři“ do péče CDZ podle něj budou psychiatrická oddělení nemocnic, ambulantní psychiatři v daném regionu a také praktičtí lékaři. „Každý praktik má nějak zmapovaný terén a ví, že v této rodině se vyskytuje podivín, který všechno odmítá. Praktičtí lékaři budou moci využít plánovaných intervencí mobilních týmů, které s takovým člověkem navážou kontakt, pokusí se ho motivovat a naplánovat s ním péči odpovídající jeho potřebám,“ říká M. Hollý.

Reforma zamrzla

Kroky vedoucí k implementaci Strategie se v letech 2014 až 2015 začaly opožďovat. Poukazovali na to zástupci patientských organizací, rodičů i poskytovatelů komunitní péče. „Reforma zamrzla. Shodují se na tom jak členové patientských a rodičovských organizací, tak poskytovatelé terénních služeb pro duševně nemocné. Zástupci pacientů i rodinných příslušníků měli být už v prosinci roku 2013 roku jmenováni do přípravné skupiny na ministerstvu zdravotnictví. Do dnešního dne se to nestalo,“ konstatoval na konci září roku 2014 ředitel Fokusu Praha Pavel Novák. Implementační skupina se na ministerstvu zdravotnictví poprvé sešla až začátkem října. „Došlo k více než půlročnímu zdržení změnou politické garnitury a novým přehodnocením reformy po nástupu současného vedení ministerstva, ale zásadní krok k akceleraci implementační fáze reformy byl nakonec učiněn. Z hlediska možného čerpání zdrojů z Evropské unie to zdržení nebylo kritické, protože se zároveň natahovalo vyjednávání o operačních programech,“ vysvětluje M. Hollý.

Přípravy slibované reformy psychiatrické péče podle zástupců Platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v roce 2014 stagnovaly. Představitelé organizací i jednotlivci sdružení v Platformě pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR proto odeslali 15. září předsedovi vlády Bohuslavu Sobotkovi otevřený dopis, ve kterém vyjadřují nesouhlas se současným vývojem reformy psychiatrické péče a požadují vypracování Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním. „Systematickou transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním nelze realizovat v rámci jednoho ministerstva. Pro dosažení tohoto cíle je nutná koordinovaná spolupráce na úrovni vlády. Pokládáme za nezbytné, aby skutečně vznikla Národní skupina pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním, která zpracuje Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním,“ píší mluvčí platformy

v otevřeném dopise adresovaném také ministrovi zdravotnictví MUDr. Svatopluku Němečkovi, ministryni práce a sociálních věcí Michaele Marksové a ministrovi pro lidská práva a rovné příležitosti Mgr. Jiřímu Dienstbierovi. Dopis apeluje na vládu, aby nepromarnila příležitost reformovat systém péče o duševně nemocné. „O reformě se sice mluví, Evropská komise souhlasí s dotacemi, ale přípravy realizace se neustále zpomalují“, konstatuje psychiatr Ondřej Pěč, jeden z mluvčích platformy. Příklad využití tzv. Norských fondů podle něj ukazuje na reálné riziko, že se dotační prostředky rozplynou v nesystémových investicích do vylepšování stávajících léčen. „To je, jako bychom před koupí nového vozu zaplatili generálku autu, které je již dvacet let staré a stejně nesplňuje ani technické normy ani současné požadavky na komfort i způsob řízení,“ zdůrazňuje Jan Jaroš, výkonný ředitel občanského sdružení KOLUMBUS, které sdružuje uživatele psychiatrické péče. „Rodiče duševně nemocných požadují zákon na ochranu duševně nemocných, který se ve vyspělých státech velmi osvědčil,“ říká Jana Poljaková. Platforma v roce 2014 zrušila plánovaný každoroční happening ke světovému dni duševního zdraví. „Už nechceme postávat před ministerstvy a tvářit se, že vedeme dialog. Reforma je na bodu mrazu. Požadujeme, aby vláda konečně aktivně zahájila reformu psychiatrické péče!“, říká Pavel Novák, ředitel největší organizace poskytující komunitní služby pro lidi s duševním onemocněním.

Stanovisko Platformy k přípravám reformy v roce 2014

Ve stanovisku Platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR k připravované reformě psychiatrické péče se mimo jiné uvádí: „Ministerstvo zdravotnictví ČR v září 2013 schválilo Strategii reformy psychiatrické péče. Její implementace měla být zahájena v roce 2014. Přípravné práce se však prvním čtvrtletí roku 2014 téměř zastavily. Vzhledem k tomu, že dosud není uzavřeno jednání o prostředcích z Evropských strukturálních fondů, určených na úhradu nákladů přechodové fáze, obáváme se zpomalení a v horším případě i zpochybnění reformy. Byla by to špatná zpráva zvláště pro lidi s vážným duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky. Oddalování systematicky a cíleně prováděné transformace zvyšuje riziko zanedbání péče o vážně duševně nemocné.“

Cílem reformy má být „zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním.“ Péče o duševně nemocné v České republice neodpovídá soudobým požadavkům a nutně vyžaduje reformu, což ve Strategii konstatuje také ministerstvo zdravotnictví. (...) Přijatá Strategie reformy psychiatrické péče by se mohla a měla stát základním materiálem pro vypracování Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním. Je však nezbytné, aby Národní plán zahrnoval i související sociální problematiku včetně transformace systému lůžkové psychiatrické péče. Jen tak je možné realizovat záměr Strategie: „naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu“ a její hlavní cíl: „zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním.“

Strategie reformy psychiatrické péče vytvořila pro restrukturalizaci služeb a sítě zařízení poměrně široké mantinely. Mnoho konkrétních otázek (například pokud jde o nově plánovanou síť Center duševního zdraví) zůstává nezodpovězených. Největší nebezpečí, že se reforma psychiatrické péče odkloní od uvedeného záměru a cíle, vidí zástupci Platformy v nedůsledném uplatňování principů péče o osoby s duševním onemocněním, to hlavně v její orientaci na nestigmatizující a přirozené prostředí (viz příloha) a v nerespektování mezinárodních zkušeností s transformací systému psychiatrické péče.

Proces transformace institucionální péče v péči dominantně se odehrávající v běžných podmínkách života není ve Strategii popsán. Hovoří se zde pouze o humanizaci psychiatrické péče, která je v současnosti soustředěna v psychiatrických nemocnicích (léčebnách). V popisu strategického cíle 7 Humanizovat psychiatrickou péči se uvádí: „Rozvoj péče poskytované v rámci CDZ a dalších extramurálních služeb, optimalizace sítě a modernizace lůžkového fondu s vazbou na definovaný cílový stav, kdy přirozeným důsledkem rozvinuté extramurální péče bude redukce lůžkové kapacity, patří mezi klíčová opatření pro dosažení cíle humanizace péče.“ (...) Z ekonomických důvodů není možné dlouhodobě financovat vybudování a provoz systému komunitní péče (CDZ a další služby) bez paralelně probíhající transformace systému lůžkové psychiatrické péče a odpovídajícího

přesměrování finančních toků. Pokud by k tomu nedošlo, hrozí, že prostředky ze strukturálních fondů EU určené na pokrytí tranzitních nákladů budou vyčerpány, ale ke změně systému v předpokládaných termínech nedojde.

Proces transformace systému lůžkové psychiatrické péče není ve Strategii popsán a musí být doplněn v rámci přípravy komplexního Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním. Systematickou transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním nelze realizovat v rámci jednoho ministerstva. Pro dosažení tohoto cíle je nutná koordinovaná spolupráce na úrovni vlády. Pokládáme za nezbytné, aby skutečně vznikla Národní skupina pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním, která zpracuje Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním.

Principy péče o osoby s duševním onemocněním

Systém péče o osoby s duševním onemocněním (všech diagnostických skupin a věkových kategorií) musí plně vycházet ze zásad a principů OSN úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením. Hlavními principy, na nichž musí být péče založena, jsou:

- ♣ Respekt k lidským právům, zvláště pak lidské důstojnosti za všech okolností.
- ♣ Podpora a zajištění osobní nezávislosti.
- ♣ Omezování osobní svobody jen v krajních případech, za legislativně jasně stanovených a kontrolovaných podmínek.
- ♣ Maximální respekt k pohledu klientů/pacientů a vytváření podmínek pro jejich rovnoprávné zapojení do všech rozhodovacích procesů týkajících se konkrétní péče o ně či systému péče jako celku.
- ♣ Zajišťování plného a účinného zapojení a začlenění do společnosti.
- ♣ Možnost zvolit si na rovnoprávném základě s ostatními místo pobytu, kde a s kým žít. Lidé s duševním onemocněním nesmí být nuceni k životu ve specifickém prostředí (např. lůžka následné péče PL).
- ♣ Zajišťovat služby v nestigmatizujícím prostředí.
- ♣ Poskytovat služby v domácím prostředí.
- ♣ Zajišťovat rezidenční služby a další podpůrné komunitní služby, které zabraňují segregaci a izolaci a jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti.
- ♣ Umožňovat využívání běžných služeb a zařízení určených široké veřejnosti.
- ♣ Podporovat rodiny duševně nemocných, aby zvládaly náročnou situaci související s onemocněním jejich blízkých a byly jim samy schopné poskytovat potřebnou podporu a pomoc.

Vize služeb

Je třeba vytvořit systém služeb zajišťujících podporu a pomoc při naplňování sociálních, zdravotních, edukativních a dalších potřeb lidí ohrožených či trpících duševní poruchou. Jde o to, aby mohli žít ve svém přirozeném životním prostředí (u dětí se jedná o jejich biologickou či náhradní rodinu) či do něj byli navraceni. Potřebná péče zde musí být dostupná 24 hodin po sedm dní v týdnu. Poskytovatelé péče musí být schopni rychle a citlivě reagovat na krizové situace s maximální snahou řešit je v co nejpřirozenějším prostředí. Systém musí v maximální možné míře předcházet situacím, při nichž dochází k vytržení klienta z jeho přirozeného prostředí.

Je-li přesto nutné, aby klienti byli ze svého prostředí vytrženi (například kvůli akutnímu zhoršení duševního stavu s výrazným ohrožením jejich bezpečí či bezpečí jejich okolí), musí to být na co nejkratší dobu. Zařízení, kde takovéto intervence probíhají, musí být organizačně i psychologicky uspořádáno tak, aby co nejméně stigmatizovalo. V co největší míře zde musí být zachován kontakt s běžným životem (včetně sociálních vazeb klientů) a musí být vytvářeny předpoklady pro rychlý a bezpečný návrat klientů do jejich běžného prostředí. Systém musí být schopen poskytovat v podmínkách běžného života adekvátní pomoc i těm, kteří si o ni vzhledem k stavu svého onemocnění nejsou schopni sami aktivně říci, a to při respektování všech jejich práv.

Pro zajištění efektivity péče je zapotřebí, aby byly definovány spádové oblasti klíčových služeb a stanovena zodpovědnost za konkrétní segment péče. Obzvláště u skupiny klientů s komplexními potřebami je zapotřebí zajištění případového vedení (case-care management). Jednotlivé služby musí ve vzájemné spolupráci zajišťovat kontinuitu péče o konkrétního klienta, včetně spolupráce služeb nemocničních a mimonemocničních (počítaje v to i ambulance psychiatrů a klinických psychologů). V případě potřeby musí být systém schopen zajistit multidisciplinární týmovou spolupráci s propojením péče zdravotní a sociální.

Nemocniční lůžková péče by měla být zajišťována převážně na specializovaných odděleních všeobecných nemocnic. Tato oddělení musí být schopna poskytnout potřebnou akutní péči pro všechny klienty své spádové oblasti.

V základním systému mimonemocniční péče musí být vedle ambulancí specialistů (psychiatrů a klinických psychologů) zastoupeny rovněž služby terénního (mobilního) charakteru, služby krizové intervence, domácí léčba s využitím služeb terénních psychiatrických sester, služby denních klinik (stacionářů) a denních center, včetně center bezprahových. Nezbytné jsou i služby zajišťující pracovní a sociální rehabilitaci, včetně služeb typu sociálních firem a podpory práce na otevřeném pracovním trhu. Systém péče musí mít nástroje a dovednosti pro adekvátní podporu a zapojování rodinných příslušníků a blízkých osob (a to nejen u klientů dětského a dorostového věku).

Systém služeb musí být řízen a financován tak, aby byl schopen flexibilní reakce na demografické a jiné změny. Poskytované služby musí splňovat požadavek komplementarity bio-psycho-sociálního přístupu. Nesmí proto chybět například dostatek psychoterapeutické pomoci.

Systém péče musí být uspořádán tak, aby byla nalezena dobrá vyváženost mezi obecnými a úzce specializovanými službami, přičemž specializace bude odpovídat různým věkovým kategoriím a různým typům problémů či onemocnění.

Systém péče o duševně nemocné samozřejmě spolupracuje s dalšími oblastmi (sociální, školská, jiné oblasti medicíny) ať už za účelem poskytování konzultací, či zajištění dalších nezbytných služeb klientům.

Základními kroky transformace:

Proces deinstytucionalizace (tedy transformace institucionální péče v péči dominantně se odehrávající v běžných podmínkách života) je dlouhodobou záležitostí. Ukazují to zkušenosti ze zemí, kde transformace proběhla či probíhá. Avšak čím déle se odkládá její cílené, systematické zahájení a provedení, tím déle trvá její průběh a tím delší je období neefektivního využívání finančních i lidských zdrojů. Základní principy péče a základní principy transformace (včetně plánu potřebných konkrétních kroků a zodpovědností za jejich realizaci) musí být obsahem Národní politiky (strategie) péče o osoby s duševním onemocněním schválené Vládou ČR. Pro úspěch transformace je zapotřebí zajištění následujících aktivit, které v řadě případů nejsou ději po sobě následujícími, ale jejich realizace musí často probíhat paralelně.

Vytvoření organizačního rámce spolupráce pro tvorbu a implementaci Národní strategie transformace péče o osoby s duševním onemocněním, zajišťujícího transparentní zapojení a komunikaci mezi relevantními rezorty, uživateli péče a jejich rodinnými příslušníky, poskytovateli péče, profesními a odbornými společnostmi.

Podpora zakládání a rozvoje aktivit svépomocných sdružení uživatelů psychiatrické péče i jako zdroj informací o potřebách, osob s duševním onemocněním, směřující k úspěšné realizaci transformace.

- **Analýza právních překážek** transformace a prosazení potřebných legislativních úprav, včetně úprav zajišťujících uplatňování práva klientů/pacientů na rozhodování o svém životě a limitujících jejich osobní občanské svobody.
- **Analýza finančních zdrojů** a jejich toků na stávající péči o osoby s duševním onemocněním (zdroje z všeobecného zdravotního pojištění, zdroje na sociální služby, další finanční zdroje). Je nutná cost benefite analýza a následně úprava alokace stávajících finančních zdrojů tak, aby mohlo pružně docházet k potřebné transformaci, rozvoji nových služeb a současně k přesouvání zdrojů z velkých psychiatrických léčeben, aby byla dostatečně zajištěna péče i o vážněji duševně nemocné na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, v ambulantních a v komunitních zdravotních službách. Musí dojít k vytvoření zdrojů na rozvoj potřebných sociálních služeb včetně zřízení sociálního a podporovaného bydlení (mimo jiné cestou adekvátního posuzování příspěvku na péči u osob s duševním onemocněním).
- **Definování optimální velikosti základních „spádových regionů“** z hlediska populačního, geografického a správního a stanovení základní sítě služeb. Vytvoření podmínek pro jasné definování zodpovědnosti (včetně zodpovědnosti za poskytování služeb ve spádové oblasti) a systémové propojení a spolupráci existujících i nově v budoucnu vytvořených zdravotních i sociálních služeb na úrovni obcí, spádových regionů, krajů.
- **Vytvoření rámcových (regionálních, krajských) plánů sítě služeb** naplňujících zásady Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením. Plány musí zahrnovat zmapování potřeb klientů psychiatrické péče (stávajících i potenciálních, včetně dětí, osob pokročilého věku, osob se závislostmi na alkoholu a psychotropních látkách). Plány musí obsahovat i zmapování a analýzu funkce existujících relevantních sociálních služeb, zdravotních ambulantních praxí a komunitních služeb. Analýzu lůžkových kapacit (psychiatrických léčeben, psychiatrických oddělení a rezidenčních sociálních zařízení) ve vztahu k spádovým regionům, územím krajů. Zmapování se musí týkat i dalších možných využitelných nespécializovaných služeb využívaných běžnou populací, umožňujících skutečnou inkluzi a integraci klientů do běžného života společnosti. Na základě potřeb klientů z jednotlivých regionů a analýzy existujících služeb vytvořit plán případného vzniku nových služeb a restrukturalizace služeb existujících. Jde o zvážení možnosti využití kapacit léčeben na rozvoj akutních oddělení nemocnic a potřebných mimonemocničních služeb, včetně sociálních rezidenčních služeb („transformační plány psychiatrických léčeben“).
- **Přednostní vytváření systémů zajišťujících prevenci** dlouhodobých pobytů či přijetí do lůžkové péče, zvláště následné psychiatrické péče a ústavní sociální péče. Zefektivnění spolupráce a komunikace jednotlivých segmentů péče (zvláště péče lůžkové a mimolůžkové) je jedním z prvních nebytných kroků.
- **Pilotní ověření transformačních modelů PL** – půjde například o oddělení akutní a následné péče, sektorizaci dle spádových regionů, přesun klientů i zaměstnanců, možnosti zachování PL jako právního

subjektu provozujícího nový typ péče v nových lokalitách, atd. Na základě pilotního ověření se pak uskuteční celoplošná realizace transformačních procesů. Součástí tohoto procesu musí být i koncepční a praktické řešení péče v rámci dalších oborů, které nejsou primárně obory péče o osoby s duševním onemocněním, avšak jejich cílová klientela je v současnosti klientelou psychiatrických léčeb (například oblast geriatric).

- **Racionální využití finančních zdrojů** musí spočívat na alokaci finančních zdrojů (včetně investičních prostředků) na základě transformačních plánů sítě služeb. Využití Strukturálních fondů EU (EFTA fondů) musí vycházet z jasné strategie zajišťující systémové změny. Tyto externí zdroje využít jako „překlenující“ finanční zdroj (bridging fund) zvláště na pokrytí nákladů spojených s počátečním transformačním obdobím deinstitutionalizačního procesu.
- **Vytvoření podpůrných mechanismů transformace** na celostátní i regionální úrovni. Je potřeba zajištění informačních, osvětových a vzdělávacích programů cílených na hlavní oblasti stigmatizace osob s duševním onemocněním v očích veřejnosti. Cílená podpora (vzdělávání, rekvalifikace, atd.) pro profesionály stávajících služeb, především zaměstnanců institucionálních služeb, umožňující jim pracovat v nových podmínkách péče.
- **Zajištění pravidelného monitorování procesu transformace** a realizace průběžných potřebných úprav podmínek a konkrétních kroků.
- **Systém průběžného hodnocení kvality péče** pro všechny typy služeb (sociální i zdravotní) tak, aby bylo nezávislé na zřizovateli a obsahovalo všechny komponenty, včetně oblasti lidských práv.

Ministr Němeček inicioval aktivnější přístup k transformaci psychiatrické péče

Z iniciativy ministra zdravotnictví MUDr. Svatopluka Němečka, MBA se v pondělí 11. ledna 2016 uskutečnilo na MZ ČR nečekané jednání o postupu transformace psychiatrické péče.

Pozvání ministra přijali například předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ředitel PN Bohnice MUDr. Martin Hollý, ředitel Národního ústavu duševního zdraví Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych, a také ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Ing. Zdeněk Kabátek a ředitel ÚZIS doc. RNDr. Ladislav Dušek Ph.D.

Po ukončení schůzky ministr Němeček konstatoval, že plátcí jsou připraveni aktivně podpořit konkrétní reformní plány, které by měly měnit poměry v české psychiatrii. „Je důležité, aby zde zůstaly psychiatrické nemocnice, které se zaměřují na dlouhodobou a následnou péči, aby v nemocnicích vznikala oddělení akutní psychiatrické péče a aby fungovala komunitní péče především v centrech duševního zdraví,“ řekl S. Němeček. Připravenost Všeobecné zdravotní pojišťovny nést vyšší náklady v souvislosti s reformou potvrdil ředitel Kabátek. „VZP bude hrát v reformě klíčovou roli a je připravena nést zvýšené náklady, pokud se prokáže, že systém je potřebuje pro zajištění dostupnosti péče pro psychiatrické pacienty,“ uvedl Z. Kabátek.

Strategii reformy psychiatrické péče v ČR schválil už koncem roku 2013 tehdejší ministr zdravotnictví MUDr. Martin Holcát., MBA. Vypracování Strategie bylo podmínkou získání finanční pomoci ze Strukturálních fondů EU pro nastartování reformy psychiatrické péče. „Rád konstatuji, že strategie reformy z roku 2013 přestává být jen manuálem k čerpání evropských peněz a začíná být o skutečné změně v systému péče o duševně nemocné. Roli odborné společnosti vidím v moderování odborné diskuze a hledání křehkých, leč důležitých kompromisů. Jako aktuální vidím úkol zahájit práci na transformačních plánech psychiatrických nemocnic. V neposlední řadě je zásadní začít pracovat na tvorbě zákona o duševním zdraví, kde bude psychiatrická společnost odborným

garantem," uvedl po jednání Martin Hollý, který je spolu s dalšími členy Psychiatrické společnosti ČLS JEP jedním z odborných garantů reformy.

Podle názoru MZ ČR musí být lídrem reformy odborná psychiatrická společnost, protože jenom ti, kteří se psychiatrickou péčí denně zabývají, mohou mít představu o tom, jak by psychiatrická péče v naší zemi měla vypadat. Další z odborných garantů, ředitel Národního ústavu duševního zdraví Cyril Höschl přislíbil ministerstvu i plátcům pomoc ve formě expertní činnosti, která spočívá ve sběru, zpracování a interpretaci dat z pohledu poskytovatelů péče i lékařských, medicínských, psychologických a sociálních potřeb společnosti. MZ kromě materiální pomoci poskytne i pomoc datovou prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Ředitel ÚZIS Ladislav Dušek ujistil účastníky jednání, že ÚZIS bude schopen předložit mapu komplexní péče v jednotlivých regionech ČR. Ta poskytne údaje o tom, kolik psychiatrických pacientů je léčeno, jak jsou staří, jakou péči konzumují a jak je pro ně dostupná.

Nejdůležitějším výsledkem jednání je podle M. Holého vstřícnější postoj Všeobecné zdravotní pojišťovny. „V roce 2013 jsme začínali od nulové varianty. Dělejte si reformu, jenom nás to nesmí stát nic navíc. Může jít pouze o přesuny v daném balíku peněz na psychiatrii. Současné stanovisko pojišťovny řekněte, jak zvýšíte kvalitu péče, a my jsme ochotni v přiměřené míře zaplatit něco navíc, představuje ve srovnání s tím, co jsme slyšeli dřív, významný posun. Tato deklarace generálního ředitele pojišťovny, je myslím průlomová, i když vlastně jde o opatrné vyjádření," říká M. Hollý. Stanovisko pojišťovny jako správce veřejných peněz určených na zajištění zdravotní péče, je podle něj legitimní. „Z debat s jednotlivými výkonnými lidmi z pojišťovny jsem pochopil, že chtějí, aby bylo jasné, doloženo, proč má být navýšen tok peněz do nějakého segmentu. Potřebují jasnou zprávu, na co budou peníze použity, co to bude znamenat pro jejich pojištěnce. V psychiatrii se tohle velice těžko dokazuje. Nemáme přesné informace o míře invalidizace duševně nemocných lidí, ani o jejich resocializaci. Tato data u nás dlouhodobě nikdo nesleduje. Proto velmi vítáme propojení s ÚZIS, které nám do budoucna umožní nastavit kritéria kvality poskytované péče, abychom pojišťovně mohli doložit, proč a kam mají být směřovány navýšené zdroje," vysvětluje M. Hollý.

Vstřícnější přístup pojišťovny podle něj souvisí také s celkovou lepší ekonomickou situací. „Zdravotně pojistný plán je lehce radostnější než byl před třemi lety. V letech 2012 nebo 2013 jsme si uvědomovali, že nemá smysl bušit na pojišťovnu, že potřebujeme víc peněz. V té době to skutečně bylo tak, že by pojišťovna musela vzít peníze někomu jinému. V současnosti jsme v situaci boje o podíl na přebytcích," říká M. Hollý.

Podle časového harmonogramu Strategie měly být v roce 2015 realizovány dva klíčové projekty, bez nichž není možné zahájit transformaci. Projekt Ekonomika duševního zdraví (EKODUZ) měl shromáždit a vyhodnocovat data potřebná pro vytvoření ekonomicky udržitelného modelu péče o duševní zdraví. Projekt Standardní klasifikace vybudovaného prostředí (SKVP) měl vyhodnotit skutečný stav a rozvojový potenciál stavebně-technického a architektonického zabezpečení prostor a jejich vhodnost pro poskytování psychiatrických služeb v požadovaných kvalitativních standardech.

Projekty SKVP a EKODUZ nebyly realizovány. „Je shoda na tom, že potřebujeme ekonomický projekt a potřebujeme pasportizační projekt. Ekonomickou analýzu a pasportizační analýzu, která poskytne přehled o současném stavu poskytované péče pro duševně nemocné. Je potřeba zmapovat výchozí situaci - jak nám tečou peníze a jak změřit efektivitu jejich toku do budoucna a jakou máme současnou situaci poskytované péče. Lidé, kteří teď přicházejí k projektu, se ptají, jak jsme mohli dělat nějakou strategii reformy bez těchto základních dat. Je to oprávněná otázka a odpověď na ni je taková, že politika je umění možného. V té chvíli, když bylo možné zahájit přípravu strategie, nebylo možné čekat na analýzu," uvádí M. Hollý. Podle něj se v těchto oblastech začíná

znovu od nuly a není ještě jasné, zda se opráší projekty SKVP a EKODUZ, nebo se po třech letech přistoupí k jejich zásadnější revizi.

Motivace ke změně v oblasti velmi složité a neatraktivní péče o psychiatrické pacienty má podle M. Holého více podob. Vedle hlasu lidí s vlastní zkušenosti s duševním onemocněním a podpory lidí s obecně altruistickým přístupem jsou ve hře i další objektivní motivy. „Je jistě důležité, že jsou nastavené evropské peníze, je tu tlak odborné společnosti a neziskových organizací, aby se něco změnilo a dlouhodobá vize Evropy a Evropské unie. Máme štěstí, že se různé motivace sešly a překročily práh, který vede k akci,“ říká M. Hollý.

Rozhovor s MUDr. Hollým o novém nadechnutí reformy

V pondělí 11. ledna 2016 se uskutečnilo na MZ ČR nečekané jednání o postupu transformace psychiatrické péče. Schůzku svolal ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček a zúčastnil se jí také ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice MUDr. Martin Hollý.

Co se ukázalo v pondělí?

Ukázalo se i pro mě, jednak asi to nejdůležitější je, když řeknu vstup pojišťovny, tak budu lhát, že by to bylo průlomové, protože pojišťovna nějakým způsobem spolupracuje celou dobu, ale deklarace nejvyššího vedení pojišťovny v osobě generálního ředitele, je myslím průlomová. Samozřejmě, že generál mění dikci celého..., kdybychom si to přečetli někde uprostřed knihy, bez kontextu, možná bychom tomu mohli dát nálepkou opatrné vyjádření, ale přece jenom je to významný posun proti tomu, co jsme slyšeli před tím.

Co slibovali předtím?

Vlastně ta deklaratorní dikce byla od nulové varianty. To zanesená dělejte si reformu, jenom nás to nesmí nic stát. Dělejte si změny jaké chcete, ale jde pouze o přesuny peněz v jednom balíku. K tomu, řekněte čím zvýšíte kvalitu péče a my jsme ochotni v nějakém umírněném rozsahu to zaplatit navíc. A to je současný stav. My, kteří v tom žijeme dlouhodobě, to vnímám jako zásadní posun, přestože nevíme, kolik je to v přiměřené míře, přestože nevíme, kolik... A také víme, že v posledních letech náklady na psychiatrii stoupaly, ale tak, jako stoupaly na všechny medicínské obory.

Takže počítají s nějakým kvalitativním skokem v souvislosti s reformou. Dá se to tak říct?

Jo. Už začínám tomu rozumět, že pojišťovna vlastně, je to triviální, když jsme v tom soupeření, tak se těžko vyslechne ta druhá strana, ale oni potřebují jasno zprávu, na co budou ty peníze použité, co to bude znamenat pro jejich pojištěnce. VZP není pánem nad penězi, je správcem peněz. Z debat s jednotlivými výkonnými lidmi z pojišťovny jsem pochopil, že je chtějí, aby bylo jasné, dobře doloženo proč má být navýšen tok peněz do nějakého segmentu. To si myslím, že vzhledem k tomu, jak máme vybrakovanou nebo nevytvořenou datovou základnu o kvalitě péče v psychiatrii, tak se to velice těžko dokazuje. Pak zůstává to jediné, že potřebujeme zlepšit hotelové služby, protože když je sprcha na dvacet lidí a je sprcha na deset lidí, tak to je kvalitativní posun. Ale jelikož neměříme resocializaci, nemám informace přesné o míře invalidizace, jsou to všechno takové generální čísla, která si vyzobáváme z veřejně dostupných zdrojů, protože dlouhodobě to nikdo nesleduje. Ta argumentace je těžká. Myslím, že právě propojení ÚZIS, tou angažovanou prací ředitele doc. Dufka tak dokážeme do budoucna minimálně nastavit kritéria kvality poskytované péče a taky myslím, že dokážeme něco vydolovat z minulosti. Pro tu argumentaci proč a kam mají být směřovány navýšené zdroje.

Znamená to, co se v pondělí deklarovalo, že se ministerstvo vrací k realizaci původně naplánované strategie?

Není žádná zmínka o tom, že by se základní směr změnil, to není revize strategie, to je intenzivní pokračování a nastavování implementačního plánu. Ten podrobně vytvořen nebyl, ve strategii byl naznačen, byla tam nějaká časová linie implementace, ale nebyl vypracovaný do detailu implementační plán.

Ale byly tam projekty, jako EKODUZ, které se nerealizovaly. Opráší se, nebo to začíná znova, od nuly. Vypadalo to, jako že teď do toho konečně vstoupí ÚZIS, že teď konečně budou ta data. Jakoby se začínalo z nuly.

Ono se z nuly začíná. EKODUZ ani nebylo realizováno. Je shoda na tom, potřebujeme ekonomický projekt a potřebujeme pasportizační projekt. Když to velmi zjednoduším. Ekonomickou analýzu a pasportizační analýzu. Projekt Kvalita vybudovaného prostředí, kde hlavní součástí bylo podívat se na mapu současného stavu poskytované péče pro duševně nemocné. Od struktury poskytovaných služeb přes strukturu místopisnou, až, ta ambice byla, podívat se až do těch pokojů sociálních a zdravotních zařízení, v jaké jsou kvalitě. Tyhle dvě věci: jak nám tečou peníze a jak změřit efektivitu jejich toku do budoucna a jakou máme současnou situaci poskytované péče. Tu výchozí situaci je potřeba změřit a myslím si, že je vcelku oprávněné, když lidé, kteří teď přijdou k tomu projektu, tak se oprávněně ptají, proč děláme nějakou strategii reformy, pokud tato základní data nemáme. To je oprávněná otázka a odpověď na to je vlastně taková, že politika je umění možného a v té chvíli, když to bylo možné, tak nebylo možné čekat na analýzu.

Ale ty analýzy byly součástí té strategie, měly se postupně realizovat a teď se k tomu vracíme?

V nějaké formě, proto o tom mluvím v širším pojetí, nejsem si jistý, jestli se zvednou ty projekty tak, jak byly napsané, na druhou stranu jsme o tři roky dál, od doby, kdy byly vy myšlené, tak myslím, že si zaslouží nějakou revizi. Pořád hledáme kompromis mezi tím, co je ideálním řešením a co je prostě vykomunikovatelným a realizovatelným řešením. To není jen otázka ideového nastavení, ale také otázka realizace časové, kapacitní a finanční.

Myslíte, že v tom přístupu, v té ochotě v tom chápání, oč jde, že se změnilo stanovisko ministerstva, teď nového ministra? Mám pocit, že na začátku bylo nepochopení oč jde a neochota se tím zabývat. Teď vyjadřuje něco jiného.

Vnímám, že se nám v posledních měsících víc naslouchá a že se to posouvá do nějakých priorit.

Není to tak, že se potřebovali zviditelnit?

Myslím, že jsou tři přístupy základní motivace, proč se lidi zabývají velmi složitou a neatraktivní praxí. Buď mají nějakou vlastní zkušenost a vlastní štrajch a mají tu vnitřní motivaci, že si něco zažili a vědí, že je potřeba něco změnit. Druhá věc je, že jsou obecně altruističtí a dělají ty věci proto, že si myslí, že je potřeba měnit svět k lepšímu, a pak dělají lidi věci z donucení. To donucení může být různého typu, z různých stran různé vnější motivace, mezi které jistě patří to, že jsou nastavené evropské peníze, tlak odborné společnosti a neziskových organizací, aby se něco změnilo, nějaká vize Evropy a Evropské unie, která je dlouhodobá. Takže v zásadě to nevnímám, že by to mělo mít negativní nálepku, že to dělají pod vlivem motivace čerpání a pokud by to tak bylo, ale zdá se, že těch motivací je víc. Máme štěstí, že se sešli a překročili ten práh, že to vede k akci.

Není jedním z důvodů to, že České republice ekonomicky víc daří.

To je další věc, která to umožnila, že ten zdravotně pojistný plán je lehce radostnější, než to bylo před třemi lety. Tehdy jsme si uvědomovali, že v letech 2012 nebo 2013 bušit na pojišťovnu, že potřebujeme víc peněz, tak skutečně to bylo tak, že musíme někomu vzít. V současnosti jsme v situaci boje o podíl na přebytcích.

Ministerstvo v posledním období smázlo transformaci, že smázlo tne celkový plán a že s pokouší ad hoc domlouvat s jednotlivými kraji na tom, co by chtěli. Jakási cesta zespoda, na jednu stranu pozitivní, kraje do toho bylo nutné zatáhnout, ale na druhou stranu se zdálo, že mizí celek.

Dokážu si představit, že ten dojem to mohlo vyvolávat a možná jsem trochu sdílel tu obavu. Ve druhém pololetí loňského roku se hodně aktivit věnovalo komunikaci s kraji a ty výsledky nebyly úplně transparentní, vlastně jsme nikdo moc nevěděli, já jsem nevěděl úplně přesně, co tam probíhá a z kusých informací jsem mohl mít ten dojem. Na druhou stranu jak jsme měli řídicí výbor, tak si myslím, že to je nějaká zdrojová informační základna, že to není něco, co by mělo udávat hlavní směr. Myslím si, že se přichází k tomu, že se integruje pohled krajů s nějakou celkovou koncepcí. Na druhou stranu, když jsem mluvil s krajskými zastupiteli, jejich celková díkce byla, že nikdo nezpochyboval základní koncept transformace.

Nerezignuje ministerstvo tím, že jedná s kraji, na celostátně řízenou transformaci?

Nemám ten dojem, že by se opouštěla strategie. Je samozřejmé, že jak ten dokument má nějakou historii, tak je to směřováno k tomu, že by se mělo doplnit nějaké propojování, ale nemyslím, že by se odcházelo od té základní díkce.

Kdyby se uvažovalo o transformaci celkově, tak část péče, která se odehrává v nemocnicích, přesunout do komunity. To by znamenalo nějaký řízený proces redukce počtu lůžek, předělání systému. Jak to vidíte reálně, jestli ten proces teď začne? Co by bylo dobré, aby se stalo.

Jelikož začíná uchopitelná zkušenost se vznikem systému komunitní péče, to znamená, že vznikají nějaká první centra duševního zdraví a i pro skeptiky je uvěřitelné, že ten systém venku se začne stavět, tak si myslím, že je správná doba na to, aby psychiatrické nemocnice začaly zpracovávat nějaké svoje plány, jak budou reagovat na změněnou situaci, nakolik se do toho zapojí, nakolik se do toho nezapojí, nakolik dokážou pracovat se svojí kapacitou, atd. Mluvíme o tom, že v této chvíli je namístě začít s těmi nemocnicemi komunikovat v transformačních plánech.

Když budu mluvit jako ředitel a posadím se trochu do roviny skeptika, tak by pro mě bylo obtížné ten transformační plán dělat předloni. CDZ existují jenom na papíře, nikdo neví, jak by mohly vznikat, co by mohly dělat. Ta uchopitelná zkušenost toho, že něco systémového může vzniknout, je pro mě dostatečným důkazem pro to, abych začal pracovat na plánu, jak se přizpůsobím nové realitě. Na tom je vidět, že ty věci nejde uspěchat a v našem relativně konzervativním systému, kdy máme velkou nedůvěru k oficiálním autoritám, protože těch konceptů bylo už spousta a vždy se ukázaly jako nerealizované a nerealizovatelné a odehrály se spíš v mediálním prostoru než v každodenní realitě, dokážu si představit, že je k neuvěření dělat něco na základě nějaké jenom napsané strategie. Ukazuje se to, že věci potřebují svůj čas, můžeme je urychlovat nebo zpomalovat, ale nemyslím si, že bychom měli v této chvíli reálnou sílu udělat v roce X velmi komplexní a plný projekt transformace do roku X + 15, protože si myslím, že ta změna musí být trochu zažívaná.

Dvě věci: nemocnice jsou přímo řízené organizace ministerstva, je to záležitost centra, týká se to jednoho oboru, s tou koncepcí by mělo přijít ministerstvo. Mají o tom představu, chtějí to někam vést? Druhá věc, bývalé léčebny, nemocnice, jsou v polích, řešení musí být různá.

K transformačním plánům: mám ještě pět dnů, bych je připravil pro celou republiku. Ve čtvrtek to budu prezentovat jak to má vypadat za ministerstvo. V této chvíli umožňují, chtějí, ale moc nevědí jak. Je adekvátní, aby někoho povolali, kdo to udělá. Před čtrnácti dny jsem to náměstkovi odprezentoval v jakém stavu máme transformační plány my a jemu se to líbilo. Myslím, že je to potřeba doplnit a příští čtvrtek budeme mít asociaci léčeben tady, náměstek Landa přijede a budeme to prezentovat ředitelům jako nějaký základ úkolu, který dostanou.

K druhé otázce: jsme domluveni s náměstkem Landou, že to musí být v těch dvou rovinách. Zjednodušeně, jak to říkal konzultant světové zdravotnické organizace, že se nemáme s řediteli domlouvat jestli, ale jak. Koncept, že se mají snížit počty lůžek, že se mají zlepšit hotelové služby, že se má komunikovat s okolím, že se má pracovat na uvolnění a přesunu lidské síly do nějakých jiných služeb, to jsou věci, které jsou dané centrálně, ale to, jak se to regionálně udělá, je samozřejmě na tom řediteli a k tomu, že tam vznikne rezidenční zařízení skutečně pro lidi, kteří nejsou schopní, třeba jsou ležáci a nevím co, a nebo se to bude integrovat, protože se to bude integrovat do urbanistické struktury, tak to samozřejmě musí ten lokální šéf, manager, posoudit. Zdá se, že se jim podaří dát nějakou centrální podporu, přes dovednosti, přes know how nějakých urbanistů, architektů, aby ředitelům pomohli v úvahách nad začleňováním.

Bylo by potřeba, aby se tyhle věci řešily minimálně ve spolupráci s MPSV, to si nejsem jistý, jestli je teď vůbec neřadě?

Řídící výbor reformy bude doplněn o zástupce MPSV, ministerstva financí a ministerstva školství na úrovni náměstků už ta jednání probíhají, kdo budou ti nominanti. Je to důležitá, trochu symbolická, ale i výkonná věc, v tom, že se významně dotčené rezorty vtáhnou do řídicí struktury, která vlastně poslední měsíce funguje. Řídící výbor se po dvou měsících schází a přijímá reporty toho, co se udělala, má už nakročeno k nějakým exekutivním krokům. Řídící výbor od roku 2012 se za starého vedení sešel jednou, kdy jsme se setkali s náměstkou bývalého Hegerova ministerstva. Bylo takové krátké neformální setkání, kterého jsem se zúčastnil. Teď se ta role výboru mění, kdybych měl být systémově nebo manažersky akurátní, tak si myslím, že řídicí výbor se rozrůstá a možná má tendenci přebírat práci pracovní skupiny, že už tam máme zástupce patientských organizací, bude tam MŠMT, MPSV, že vlastně, já se trochu obávám, že to ztratí funkce exekutivního orgánu, což má být relativně štíhlé těleso, které zadává, ale všechny věci mají nějaký svůj vývoj.

Ideální by bylo, aby se to celé řešení dostalo na vládní úroveň.

Myslím, že to dobře shrnul docent Heger ve středu na zdravotním výboru parlamentu, kde se probírala reforma relativně podrobně. Byla to součást agendy, usnesení zní, že zdravotní výbor přijímá zprávu o reformě psychiatrické péče a vyzývá ministra zdravotnictví, aby pravidelně na zdravotním výboru reportoval. Já jsme tam měl prezentaci o aktuálním stavu. Docent Heger v diskusi říkal, že psychiatrie je jedna z disciplin, kde se nedá hodit na odbornou společnost to, aby si udělala koncepci, jako je to v mnoha jiných oborech, že není obvyklé, aby ušní lékaři měli slyšení na zdravotním výboru parlamentu ohledně koncepce ušního lékařství, ale že jsou medicínské obory, jako je geriatricke nebo psychiatrie, které jsou skutečně mezirezortní a které mají být podporovány ministerstvem, eventuálně na té vyšší vládní úrovni. To se tam objevovalo v diskusích a já plně souhlasím. Na druhou stranu jsem od začátku byl zastáncem toho, že jakmile se dostaneme do situace, že se připraví nějaký koncept, že je potřeba to posunout na vládní úroveň. To se lehce naivně řekne, nevím nakolik je to možné. Kolik věcí má vláda na starosti. A jestli je to to nejefektivnější řešení. Pokud se něco dostane do nějakého vládního výboru pro. Vidíme výsledky různých vládních výborů pro. Musím říct, že jsem z toho jednoduchého mechanismu trochu vystřízlivěl, myslím, že je dobré, když to má nějaké jasné místo, kde se to tvoří a koordinuje, kde je nějaký přece jenom úřednický aparát, který a může se něco díť alespoň v nějaké oblasti napřímo. Z těchto vládních výborů se to musí zadávat těm ministrům, kteří k tomu přistupují, jak když dostávají nějaké nařízení.

V zásadě koncepční souhlas, že potřebujeme mezirezortní koordinaci a podporu toho, aby to fungovalo, ale dokážu si představit, že to bude fungovat tak, že ta podpora bude vlastně zprostředkovaná, ale to místo, kde se to bude odehrávat, bude nějaký rezort. Že to má také svoje nějaké výhody.

Asi nakonec ministerstvo zdravotnictví.

Já jsem za to, aby to bylo ministerstvo zdravotnictví, protože myslím, že je dobré, aby reforma neztratila zdravotnický šlach. Reforma psychiatrie není sociální záležitost, je to záležitost zdravotnická. Jsou to lidé, kteří jsou nemocní a je potřeba vnímat ten medicínský impact do toho.

Možná mimo záznam, na tom zdravotním výboru za mnou přišla doktorka Gajdušková, poradkyně premiéra, s tím, že je premiérem pověřená, aby sledovala ten proces, aby sledovala, co se děje. Takže to není tak, že by to nemělo centrální podporu. Takové to sledování toho, co se v oblasti psychiatrie děje, to probíhá, není to tak, že by to byla zapomenutá věc.

V poslední době se v souvislosti s CDZ objevila obava, že koncept CDZ, který byl systémový, že by se možná mohl rozmělnit v rozšířené ambulance. Existuje takové riziko?

Já myslím, že pokud bych se na to podíval jako nezávislý pozorovatel, tak to riziko tam asi je. A nebo, že ... je otázka, jestli to máme nazývat rizikem. Centrum duševního zdraví není jediným způsobem, jak zajistit péči. Když jsme začínali tuto fázi reformy, tak ta diskuse na začátku byla, na kterou síť to naroubovat. Aby péče o složité pacienty byla skutečně dlouhodobá, asertivní a komplexní. Jedna z věcí byla, proč by to nemohl být návrat k relativně funkčnímu systému regionální psychiatrické ambulance vybavené sociálním pracovníkem, sestrou, návštěvní službou. Prokúpův model ambulantní péče, který by nepochybně byl krokem ke zvýšení kvality. To, co nás vedlo k tomu, abychom dali přednost koncepci center duševního zdraví, je, že po těch nových zařízeních můžeme chtít a vynuocovat nějaký typ péče. Koncept ambulantní péče je konceptem, který je dobrovolný. Proto kladu otázku nad tím, jestli je to rizikem. Pokud by vznikl koncept, že kraje si zřídí rozšířené ambulance, je to návrat zpět v té diskusi, ale dokážu si představit, že by to nějakou cestou mohlo být, přestože se nepohybujeme v těch nejmodernějších trendech, to centrum duševního zdraví přece jenom sleduje to, co se v Evropě za poslední desítky let událo a kam to směřuje, ale ... Vrátím-li se k té otázce, v této chvíli je myslím docela velká energie držet to v tom konceptu, a jak to reforma nastavila a rozšířené ambulance myslím, že vyplňují mezeru o péči o jiné diagnostické skupiny pacientů a ta péče a tím hlavním argumentem, který je asi uchopitelný a slyšitelný, je, že tím nezajistíme pokrytí republiky. Můžeme tím doplňovat systém, ale není to ta páteřní síť, protože tu nemůžeme vynutit. V současné době, tak, jak je to stanoveno.

Mohlo by se to doplňovat.

A nemyslím si, že by ta rizika, která slyšíme, že ambulance odčerpají transformační peníze, já si nemyslím, že běžný ambulantní lékař, který pracuje s rozpočtem v jednotkách milionů, dokáže stáhnout významnou část evropských prostředků, že by mu někdo schválil třicetimilionový projekt na rozšířenou ambulanci, že by si s tím dal tu práci... Pokud to bude, tak to budou jednotky a pokud někde vznikne centrum péče o úzkostné nebo depresivní pacienty, tak proč ne. Ten systém to doplní, ale je jasné, že v tom konceptu to nemůže na rozšířených ambulancích stát.

S reformou šla myšlenka radikálního řešení ala Terst. Zdá se mi, že na ministerstvu je vůči tomu nedůvěra.

Nemyslím, že by bylo reálné očekávat, že by vznikne zákon o duševním zdraví, že by byl tak radikální, jako byl italský zákon v sedmdesátých letech. Na druhou stranu to, co Terst, severoitalský model, co nám přináší, a to, za čím můžeme jít, je hodnotová vyladěnost celého toho systému. Protože ono to primárně není o lůžkách, kolik jich máme a kde jsou, protože ten zákon o duševním zdraví platí v celé Itálii a víme, že jsou italské regiony, které jsou

následování hodné a jsou italské regiony, kde bychom asi neradi onemocněli jako psychiatři pacienti. Spíš mi přijde inspirující ta hodnotová vyladěnost toho symetrického postoje k pacientům, to si myslím, že je něco, co přes odpor české společnosti k ideologiím a na druhou stranu možná i navzdory zjetí v ideologiích, apriorně nechceme přijímat nějaké ideologie, tak to je něco, co když rozdrobíme na drobné, tak se dokážeme shodnout na tom, že duševně nemocný má lidská práva, že ta lidská práva máme převádět do praxe, ono to má nějaký vývoj a nějaký proces, nemyslím si, že ta radikalita toho italského řešení a bez ohledu na to, co si o tom já myslím, je možná, aby se včlenila do našeho systému.

Jestli by se zkušenosti Pfeiffera, z Terstu, mohly integrovat do našeho systému v té oblasti, kde si to dovedeme představit?

Já nevím. Pokud se podíváme po evropských zemích, tak si nejsem jistý, jestli ty koncepty někde mimo Itálie nezůstaly jenom na papíře. Já mám Johana rád...

V sociální oblasti z dvaceti tisíc lůžek v republice je neinstitutionalizovaných 500. Je to paradigma, ke kterému můžeme směřovat, ale já jsme v mnohem větším kompromisu s realitou. Nedokážu si představit teď prosazovat takové radikální řešení, protože si myslím, že to narazí a spíš z toho bude pasivita a ne že by to lidi aktivizovalo. Já si dovedu představit za třicet let mít systém, který bude významně neinstitutionalizovaný. V této chvíli to spousta lidí bere jako významné ohrožení a teď, když se nám podaří v transformačních plánech přimět ředitele k tomu, aby uvažovali o tom, že sníží počet lůžek o dvacet procent, myslím, že to bude úspěch a že ta péče může probíhat někde jinde než u nás v nemocnici. Že ty kroky mají být postupné a já musím říct, že nevím, zatím jsem žádnou transformaci nedělal, je to pomalé.

Josef Gabriel

Cesta k transformaci je dlouhá

Do roku 2012, kdy vznikla deklarace Mise pro duševní zdraví a kdy se na ministerstvu zdravotnictví začala připravovat první verze reformy psychiatrické péče v ČR, považovala většina psychiatrů (zaměstnanců psychiatrických léčen i těch, kteří pracovali v ambulancích nebo v oblasti komunitní péče) změnu systému psychiatrické péče za „bláznivé snění“. Systém více než dvaceti velkých psychiatrických léčen poskytujících 80 procent péče lidem s vážným duševním onemocněním, se zdál být neotřesitelnou baštou konzervativního přístupu k „léčení duševně nemocných.“ Zvrat v přístupu ministerstva zdravotnictví přinesla až možnost získat na transformaci psychiatrické péče příspěvek z evropských strukturálních fondů. Ministerstvo zdravotnictví oficiálně přiznalo, že psychiatrická péče byla v České republice po mnoho let zanedbávána a ohlásilo přípravu reformy. Vznikla Strategie reformy psychiatrické péče v ČR, která zahrnovala i časový plán jednotlivých kroků, ale po změnách na ministerstvu zdravotnictví (střídání ministrů) reforma „zamrzla“. Jednání o podmínkách pro získání peněz na odstartování reformy mezi ČR a EU se vlekla, nakonec ale přece jen došlo k dohodě. Ministerstvo zdravotnictví, které se po nástupu Svatopluka Němečka stavělo k reformě rezervovaně, během roku 2016 přehodnotilo situaci a dalo přípravám reformy nový impuls. Od přípravy prvních reformních plánů na MZ ČR uplynulo téměř pět let. V dubnu 2016 se ještě nic z toho, co reforma slibuje, nezačalo realizovat. Celková atmosféra se však změnila. Jednou přiznaná pravda, že péče o lidi s vážným duševním onemocněním je u nás zanedbávána, se už nedá popřít. Všichni čekáme, že transformace psychiatrické péče v ČR přece jen přijde.

-ga-