

Příloha č. 2

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030

Analytická část:

Analytická část akčního plánu obsahuje současný stav s identifikací problémů, které by měl akční plán v příštích deseti letech řešit. Aby byly adekvátně pokryty všechny oblasti nutné pro kvalitní a efektivní systém péče o duševní zdraví, kromě obecného analytického úvodu byla důvodová část rozdělena do modulů, jak je definuje WHO v The European Mental Health Action Plan (WHO, 2015):

Legislativa

Řízení a koordinace

Financování

Síť služeb

Lidské zdroje a odborná příprava

Destigmatizace a prevence

Obhajoba práv klientů a rodinných příslušníků

Zlepšování kvality

Informační systémy

Výzkum a hodnocení politik a služeb

Duševní zdraví je stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život, štěstí a naplňující vztahy, uvědomovat si a realizovat vlastní potenciál, vypořádat se s normální životní stresovou zátěží, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti. Duševní zdraví není pouze absence duševního onemocnění, ale základní komponenta zdraví, tj. stavu fyzické, mentální a sociální pohody (WHO, 2014).

Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny všech roků poznamenaných zdravotní znevýhodnění v důsledku onemocnění a deprese je přitom globálně nejčastějším důvodem života v zdravotní znevýhodnění (Vigo, Thornicroft, Atun, 2016). Pokud použijeme ukazatel DALY¹ (Disability Adjusted Life Years), zde duševní onemocnění dohromady způsobují zátěž přibližně 15 %, což je srovnatelné s onemocněními onkologickými.

Výskyt duševních onemocnění v české populaci dosahuje více než 10 % u poruch spojených s užíváním alkoholu, více než 7 % u úzkostných poruch, přibližně 5,5 % u poruch nálady (4 % závažné deprese), téměř 3 % u poruch spojených s užíváním nealkoholových a netabákových drog a 1,5 % u psychotických poruch (Winkler et al., 2018). Další lidé trpí ADHD, poruchami příjmu potravy, poruchami osobnosti, demencemi a dalšími duševními onemocněními. Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně 4 lidé. Významný výskyt duševních poruch nacházíme v dětské a adolescentní populaci. Celosvětově je souhrnná prevalence duševních poruch 13,4%, přičemž nejčastěji jsou zastoupeny úzkostné poruchy 6,5%, ADHD a poruchy chování 5,7% a depresivní porucha 2,6%, (Polanczyk et al. , 2015). Existují rizikové subpopulace, kde je výskyt duševní poruch několikanásobně vyšší. Například u potomků rodičů se závažnou duševní poruchou je výskyt psychiatrické poruchy až 70% (Rasic et al. 2013). Sebevraždy jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí adolescentů (WHO, 2016) Až 50 % duševních poruch u dospělých začíná před dosažením věku 14 let (WHO 2012). Prodleva mezi začátkem obtíží a léčbou může být 6-8 let, protože symptomy nejsou včas rozpoznány (Wang et al. 2007).

Lidé s vážným průběhem duševního onemocnění často žijí v chudobě, jsou stigmatizováni a diskriminováni a dožívají se významně nižšího věku než běžná populace (Kondrátová et al., 2018; Krupchanka et al., 2018). Lidé s duševním onemocněním také častěji zneužívají alkohol a jiné návykové látky. Jsou častěji traumatizováni, resp. viktimizováni, což přispívá k vyššímu riziku jejich agrese (Elbogen, Johnson, 2009). Narůstá potřeba pedopsychiatrické péče. Přibývá dětí s poruchami autistického spektra a dalšími neurovývojovými poruchami, častěji se

¹ Spojením všech roků prožitých s zdravotní znevýhodnění v důsledku onemocnění (YLD – Years Lived with Disability) se všemi roky ztracenými v důsledku předčasných úmrtí spojených s onemocněními (YLL – Years Life Lost) vzniká globální ukazatel roků poznamenaných onemocněními (DALY – Disability Adjusted Life Years).

vyskytují poruchy chování a úzkostné poruchy u dětí a jako nový a alarmující trend pozorujeme zvyšování frekvence sebepoškozování a suicidálních pokusů mezi adolescenty (informace z mapování zajištěného Sekcí dětské a dorostové psychiatrie, PS ČLS JEP). Nízká populační gramotnost v oblasti duševního zdraví a vysoká stigmatizace vedou ke skrývání nemoci a neochotě vyhledat odbornou pomoc, což v důsledku vede k horší prognóze onemocnění a sníženým šancím na zotavení, což je hluboce osobní, jedinečný proces změny postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí s cílem žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení daná duševní nemocí (Anthony, 1993).

Ekonomické náklady související se špatným duševním zdravím jsou enormní. Dopadají jak na lidi s duševním onemocněním samotné (skrže vysokou mírou nezaměstnanosti), tak na zaměstnavatele a stát. Zaměstnavatelé se potýkají se ztrátou produktivity zaměstnanců a vysokou mírou absencí a stát nese ekonomickou zátěž ve formě vysokých sociálních a zdravotních nákladů. Za rok 2010 byly v ČR tyto náklady vyčísleny na 6,12 mld. eur a souvisely nejen s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, ale také s ušlou produktivitou, neformální péčí a dalšími náklady (Ehler et al., 2013). Duševní onemocnění jsou nejrychleji rostoucí příčinou přiznání invalidních důchodů a příspěvků na péči (Janoušková et al., 2001; Janoušková et al., 2014).

Systém psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkokapacitních zařízeních zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, což je jednoznačně nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním (Höschl et al., 2012; Winkler et al., 2017; Winkler et al., 2018; Winkler et al., 2018b; Winkler et al., 2016). Pojem komunitní péče je v kontextu reformy péče o duševní zdraví používán v souladu s mezinárodní definicí, kdy označuje péči ve vlastním sociálním prostředí, ne jednotlivé služby. Ze služeb obvykle zahrnuje multidisciplinární terénní týmy, psychiatrické ambulance, ambulance klinických psychologů, akutní lůžkovou péči poskytovanou ve všeobecných nemocnicích, denní stacionáře, podporované bydlení a apod. Dlouhodobé hospitalizace jsou spojeny s nenaplňováním principů daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením (WHO, 2018), ale také se zvýšeným rizikem sebevražd po

propuštění z péče (Winkler, Mladá, Csémy, Nechanská et al., 2015). Síť lůžkových zařízení jak akutní, tak následné péče je rozmístěna velmi nerovnoměrně, počty lůžek akutní péče jsou neadekvátně nízké a nejsou integrovány do všeobecných nemocnic a napojeny na komplement somatické medicíny. V oblasti péče o duševní zdraví dětí, je nedostatečná síť ambulantních služeb, což vede k neúnosně dlouhým čekacím dobám. Dále chybí pokrytí akutní lůžkovou péčí. Pedopsychiatrická lůžková oddělení u poskytovatelů následné lůžkové péče v odbornosti dětské a dorostové psychiatrie jsou často personálně dimenzována na následnou péči, a nepřijímají akutní pacienty. Pouze malá část lůžkových zařízení tak splňuje nároky na akreditaci pro vzdělávání v předatestační přípravě což omezuje navýšení personálních kapacit v oboru. Dále, děti a dospívající bývají hospitalizováni relativně daleko od svého bydliště a rodiče je nemohou často navštěvovat a účastnit se rodinných terapií. Tímto jsou postiženy zejména rodiny s nižším socioekonomickým statusem, ve kterých je zároveň vyšší riziko duševních onemocnění. V naprosté většině nemocnic není na pediatrických lůžkách dostupná konziliární péče a pacienti se zjevnými problémy v oblasti duševního zdraví jsou tak propouštěni bez potřebného návrhu další péče. Služby pro děti a dorost jsou rezortně oddělené a spolupráce ministerstev na jejich integrované práci není efektivní. Rodiny jsou tak odkázány na samostatné vyhledávání odborné péče, v rámci které ovšem vážně vzájemná komunikace (informace zpracovaná Sekcí dětské a dorostové psychiatrie, PS ČSL JEP). Komunitní péče je nedostatečně rozvinutá, selhává zejména v oblasti prevence, rehabilitace a integrace lidí s duševním onemocněním do běžného života (včetně bydlení a zaměstnání). Zdravotní služby péče o lidi s duševním onemocněním v komunitě nejsou propojené ani v rámci systému zdravotnictví (např. s primární péčí), ani směrem k sociálním službám a komplementárním službám v daném kraji a jsou založeny na práci samostatných specialistů nabízejících pouze úzké spektrum služeb. Multidisciplinární způsob práce jakožto nejefektivnější model při práci s lidmi s komplexními potřebami je minoritní složkou péče, komunitní multidisciplinární týmy pro lidi s duševním onemocněním jsou ve fázi pilotování prvních provozů. Systém péče o duševní zdraví nedisponuje dostatkem kompetentních lidských zdrojů, což je dáno strukturou a financováním poskytované péče, systémem vzdělávání profesionálů, ale i nedostatečnou flexibilitou vzhledem k novým možnostem práce

s lidskými zdroji. Uživatelé péče jsou pouze v roli konzumentů péče, bez možnosti zasahovat do jejího řízení, kontroly či poskytování.

Stigmatizace je vysoká nejen v české obecné populaci, ale také mezi lékaři (Winkler, Csémy et al., 2015; Winkler, Mladá et al., 2016). Malá pozornost je věnována problematice duševního zdraví u dětí a mladistvých, a to jak v oblasti prevence, tak léčebné péče. Podobná situace je u seniorů. Stejně tak je nedostupná i komplexní péče a podpora pro rodiny, které jsou neúměrně dlouhou dobu vystaveny vysoké emoční zátěži s nadměrnou mírou stresu, která může vyústit v chronické duševní onemocnění.

Řízení systému péče o duševní zdraví je rozděleno dle gescí jednotlivých ministerstev, kde největší podíl nese MZd a MPSV, následované MŠMT a MSp. Navíc i v rámci MZd je zodpovědnost za síť služeb přenesena na zdravotní pojišťovny a z MPSV na kraje. V tomto prostředí je efektivní řízení jen velmi obtížně realizovatelné a spolu s roztříštěnou legislativou a nepropojeným financováním zakládá na nekoordinovaný, fragmentovaný systém péče s nedostatečnou efektivitou a benefitem pro její příjemce. I rozhodování v rámci jednotlivých segmentů péče je často netransparentní, financování nepodporuje žádoucí chování poskytovatelů, což je dáno nejen nízkou mírou dostupné evidence, ale také sociokulturními faktory (Winkler, Krupchanka et al., 2017; WHO, 2018b). Podrobná situační analýza je rozpracovaná v Příloze č. 2.

Systémové změny reagující na výše popsanou situaci spustila reforma péče o duševní zdraví, jejíž základní rámec byl popsán ve Strategii reformy psychiatrické péče vydané Ministerstvem zdravotnictví v roce 2013 (MZd, 2013) a v Národní strategii ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“ (v Akčním plánu č. 3: Duševní zdraví, MZd, 2015). Nosnou myšlenkou těchto dokumentů je podpora kvalitních, v blízkosti domovů lidí dostupných služeb, které respektují lidská práva a funkčnost zajišťují skrze multidisciplinární týmy v dobře vymezených regionech.

K implementaci první etapy reformy byla dojednána výrazná podpora v podobě Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF), a to programu OPZ (Operační program zaměstnanost) a IROP (Integrovaný regionální operační program). Rok 2017 byl reálně prvním rokem, kdy byly schváleny a započala se realizace projektů reformy financovaných z programu

OPZ (výzva č. 39 s alokací cca 1 mld. Kč pro období let 2017–2021). Program OPZ je určen na tzv. měkké projekty na podporu transformace a deinstitucionalizace zdravotnických služeb v oblasti psychiatrické péče. Příjemci dotace jsou Ministerstvo zdravotnictví (MZd), Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) a Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

V rámci těchto projektů postupně vzniká do roku 2022 30 center duševního zdraví rovnoměrně rozmístěných po celé ČR, jako páteře budoucí sítě cca 100 CDZ. CDZ neboli zdravotně-sociální multidisciplinární týmy pro závažně duševně nemocné jsou novým prvkem v systému péče o lidi s duševním onemocněním. Podobně bude pilotována konkrétní podoba komunitní péče ve formě multidisciplinárních týmů pro pedopsychiatrické pacienty/klienty, gerontopsychiatrické pacienty/klienty, pacienty/klienty s problematikou závislostí na návykových látkách a pro pacienty/klienty s nařízeným ochranným léčením, vždy na 2-3 týmech pro každou cílovou skupinu. Na 6 provozech budou ověřeny standardy ambulance s rozšířenou péčí, tj. ambulantní péče s rozšířeným spektrem služeb (služby psychiatra, psychiatrické sestry, psychoterapie atd.) a úzkou spoluprací s primární péčí. Dvě z těchto ambulancí v pilotním provozu budou specializované adiktologické ambulance dle Návrhu základní sítě adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty, zpracovaného Společností pro návykové nemoci ČSL JEP (materiál v připomínkovém řízení). Další podpořenou aktivitou reformy je standardizovat multidisciplinární přístup v péči o duševně nemocné a zavést ho do praxe zdravotních a sociálních poskytovatelů služeb prostřednictvím podpory metodiků a sdílení dobré praxe.

Velká část aktivit v projektech reformy se zaměřuje na snížení následných lůžek u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie integrací závažně duševně nemocných do běžné komunity. K tomuto účelu je u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie vytvořen transformační plán a je navázána spolupráce s kraji a MPSV. K účelu rozvoje akutní lůžkové péče je pilotována změna jejího financování ve vazbě na naplnění definovaných kritérií kvality. V projektech nechybí část zaměřená na naplňování Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením v institucionální péči a obecně zvýšení kvality poskytované péče, včetně iniciálního mapování stávajícího stavu, implementace změn a návrhu systému hodnocení kvality. Ve všech krajích ČR jsou iniciovány

destigmatizační aktivity a pracuje se i na nastavení sběru dat nutného k evaluaci celého procesu reformy. Na podporu realizace Strategie reformy psychiatrické péče byly také alokovány investiční zdroje (výzvy IROP - cca 2 mld. Kč), které jsou využívány k rekonstrukci oddělení akutní péče a zajištění zázemí pro komunitní služby.

LEGISLATIVA

Legislativa poskytuje právní rámec pro ochranu jednotlivců před porušováním lidských práv a současně pro poskytování služeb v oblasti duševního zdraví, které podporují přístup k péči. Právní předpisy týkající se duševního zdraví jsou široce rozptýleny i mimo zdravotní oblast a zahrnují otázky týkající se vzdělávání, bydlení, zaměstnání, spravedlnosti apod. (viz. Příloha č. 9).

V ČR není dostupná samostatná legislativa péče o duševní zdraví, ale je včleněna do obecné legislativy. Poslední aktualizace legislativy proběhla v roce 2011 (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách). ČR implementovala do svého právního řádu všechny zásadní závazky ve vztahu k ochraně duševního zdraví, jimiž je vázána jako signatář mezinárodních úmluv či jako členský stát Evropské unie. Legislativa ČR formálně zahrnuje většinu domén týkajících se legislativy duševního zdraví stanovených ve WHOAIMS 2.2. (WHO, 2005). Existuje zde však shoda mezi odbornou veřejností, že legislativa není ucelená a v některých doménách je potřeba stávající legislativu revidovat dle příkladů dobré praxe (např. v zahraničí se musí k nedobrovolné hospitalizaci vyjadřovat více odborníků). Z provedené právní analýzy (viz. Příloha č. 9) vyplývá, že přijetí speciálního zákona o duševním zdraví neřeší klíčové problémy, které lze v současné době v oblasti péče o duševní zdraví zaznamenat. Často zmiňovaná právní úprava v ostatních vyspělých členských státech EU totiž nepředstavuje komplexní úpravu péče o duševní zdraví, ale je zaměřena velmi výrazně na úpravu práv hospitalizovaných pacientů, která je v našem právním řádu dostatečně upravena, a to v souladu s mezinárodními závazky. V českém kontextu by měla být v otázce právní úpravy ochrany duševního zdraví analyzována

stávající situace z pohledu akutních priorit legislativních úprav dílčích právních předpisů, a to zejména zákona o zdravotních službách a prováděcích předpisů, zákona o veřejném zdravotním pojištění a zákona o sociálních službách tak, aby byly vhodným způsobem upraveny zejména následující otázky:

- vytvoření základny pro společné poskytování zdravotních a sociálních služeb a jejich financování;
- „legalizace“ Centra duševního zdraví jako multidisciplinární zdravotně-sociální služby se specifickými materiálně-technickými a personálními standardy;
- právní úprava tvorby sítí CDZ, zakotvení kompetencí v rámci státní a regionální odpovědnosti za dostupnost CDZ;
- zakotvení konkrétních závazků v oblasti péče o zachování a upevňování duševního zdraví, a to zejména na komunitní (municipální a regionální) úrovni;
- případné posílení ochrany procesních práv uživatelů péče.

Problematika práv lidí se zdravotním postižením

Ve vztahu k problematice lidských práv Česká republika v roce 2009 ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (UN, 2006). Bohužel i přes řadu souvisejících legislativních úprav je stále zřejmé, že některé články této Úmluvy nejsou v praxi naplňovány, což má vliv na život lidí s duševním onemocněním.

Příkladem může být Článek 5 Úmluvy: Rovnost a nediskriminace, který zaručuje rovnost všech osob před zákonem, jejich rovnoprávnost, jejich právo na rovnost před zákonem a stejná práva vyplývající ze zákona bez jakékoliv diskriminace. I když je rovnost před zákonem obsažena v Listině základních práv a svobod, mnohdy dochází v praktickém životě společnosti k diskriminaci lidí s duševním onemocněním, a to např.: při získávání zaměstnání nebo v oblasti péče somatické medicíny, kdy se ukazuje, že lidé s duševním onemocněním mnohdy nedosahují na stejně kvalitní péči v oblasti somatické medicíny, jakou má běžná populace. Důsledkem tohoto jevu je nižší doba dožití lidí s duševním onemocněním zhruba o 20 let (Krupchanka et al., 2018b). Dalším příkladem může být situace, kdy nízké invalidní důchody,

nedostatek chráněného, podporovaného a sociálního bydlení, vysoké nájemné v nájemních bytech, nedostatek pracovních příležitostí pro lidi s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce velmi často neumožňuje nezávislý život člověka s duševním onemocněním, což je v rozporu s Článkem 19 Úmluvy: Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti. Také dlouhodobý pobyt v zařízeních následné lůžkové péče v oboru psychiatrie nebo v DZR má dopad na lidi s duševním onemocněním v otázce jejich dovedností žít samostatně v komunitě, tj. za zdi psychiatrické nemocnice/léčebny, či jiných ústavních zařízení. Navíc psychiatrické nemocnice/léčebny ani DZR neumožňují pobyt, který by respektoval soukromí člověka s duševním onemocněním.

Omezovací prostředky, ochranné léčení

Používání omezovacích prostředků je realizováno v rámci Metodického pokynu MZ, který zpřesňuje výklad daných ustanovení zákona č. 372/2011 sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Na základě šetření provedeného u 14 poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie (z toho 3 dětské psychiatrické nemocnice) a 7 psychiatrických oddělení fakultních nemocnic (včetně NUDZ) byla získána data z evidence omezovacích opatření za období od 1. 1. 2018 do 30. 6. 2018. Zkušenost s nějakou formou omezení mělo v období sledovaných 6 měsíců 2 422 pacientů, což dokládá, že nejde o marginální téma, ale naopak problematiku, které je potřeba věnovat pozornost.

Česká republika dosud neměla reprezentativní data o používání omezovacích prostředků v zařízeních zdravotních služeb obecně, ani konkrétně v lůžkových zařízeních psychiatrické péče. Nevládní instituce v rámci různých projektů prováděly příležitostný monitoring, veřejný ochránce práv pak od roku 2006 soustavný, nicméně tyto aktivity neobsáhly celý systém lůžkové psychiatrické péče. Za takové situace je nutné dostupné informace uvážlivě interpretovat, zobecňovat, případně v nich nacházet trend. Nicméně samotný fakt, že nejsou k dispozici sofistikovaná data ani na úrovni národní a regionální, ani v řadě případů na úrovni poskytovatele, je negativní skutečností bránící systematicky pracovat na zvyšování bezpečí při poskytování péče a snižování rizik, jež s sebou přináší používání omezovacích prostředků. Nepřekvapí proto, že neexistuje ani vládní nebo ministerská strategie pro snižování potřeby používat omezování volného pohybu a zvýšení bezpečnosti poskytování péče. Přitom se zdá,

že už není zapotřebí dále kultivovat pravidla, kdy lze omezovací prostředek použít, neboť již bylo dosaženo souladu mezi mezinárodními lidskoprávními standardy, zákonem i doporučenými postupy psychiatrické péče. Ochránce jako kroky ke zlepšení navrhuje dát na úrovni poskytovatelů důraz na opatření ke snižování potřeby používat omezovací prostředky. Pravidlo, že k omezení je možné se uchýlit až v krajním případě, ztrácí na síle, pokud v provozu poskytování péče nejsou rozvíjeny preventivní postupy k minimalizaci situací nebezpečí a nejsou k dispozici alternativní postupy, jež by na tyto situace odpovídaly jinak než restriktivně (viz Příloha č. 6).

Forenzní péče je upravena ustanoveními zákona č. 373 Sb., o specifických zdravotních službách, zvláště ve výkonu ústavního ochranného léčení, péče ambulantní je relativně velmi stručně regulována, péče komunitní není zahrnuta.

Problematika prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním

Prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním (protidrogová politika) je také součástí širšího konceptu duševního zdraví.

Legislativně je tato oblast ukotvena zejména v zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 65/2017 Sb. např. ukládá povinnost provádět krátké intervence, týká se i odborné péče pro osoby s adiktologickou poruchou, protidrogové politiky atd. Na mezinárodní úrovni je v této oblasti významným právně závazným dokumentem, který se částečně dotýká i oblasti duševního zdraví, např. Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku (č. 71/2012 Sb. m. s.). Jejím cílem je „chránit současné a budoucí generace před ničivými zdravotními, sociálními, environmentálními a ekonomickými následky spotřeby tabáku a expozice tabákovému kouři prostřednictvím rámce opatření pro kontrolu tabáku, která jsou prováděna smluvními stranami na národní, regionální a mezinárodní úrovni, s cílem neustálého a podstatného snižování míry užívání tabáku a expozice tabákovému kouři.“

Směřování rozvoje systému péče o duševní zdraví je zakotveno na úrovni relevantních nadnárodních dokumentů (UN, 2006, WHO, 2013a, WHO, 2013b), vládních dokumentů a na ně navazujících dokumentů jednotlivých ministerstev, krajů a obcí. Na řízení péče o duševní zdraví se v různé formě podílí Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo vnitra, jednotlivé kraje ČR, obce a také zdravotní pojišťovny. Základní zodpovědnosti jednotlivých rezortů ve vztahu k problematice duševního zdraví jsou následující:

Ministerstvo zdravotnictví:

- vzdělávání zdravotnických pracovníků
- zdravotní legislativa a podzákonné normy
- participace na řízení financování zdravotních služeb
- zřizování a řízení lůžkových zařízení psychiatrické péče

Ministerstvo práce a sociálních věcí

- posuzování invalidity, příspěvků na péči, doklad ZTP
- evidence na úřadech práce
- sociální podnikání
- podpora zaměstnání
- sociální služby
- sociálně-právní ochrana dětí

Ministerstvo spravedlnosti

- problematika detenčního řízení, svéprávnosti (včetně svéprávnosti nezletilých), opatrovnictví
- ochranné léčby

- edukace soudců, státních zástupců apod. v problematice duševně nemocných osob

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

- školský zákon v oblasti znevýhodnění dětí (rovnoprávné zařazení dětí s duševními poruchami)
- destigmatizační/preventivní aktivity na školách, časná intervence v oblasti duševních onemocnění u dětí
- kurikula pedagogických fakult VŠ
- výkon ústavní výchovy ve školských zařízeních (zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních) z hlediska dodržení standardů vyplývajících z práva na zdraví

Ministerstvo pro místní rozvoj

- problematika dostupného bydlení pro lidi s duševním onemocněním
- koncept „prostupného bydlení“ či sociálního bydlení

Ministerstvo vnitra

- vzdělávání policie a dalších složek Integrovaného záchranného systému

Kraje, obce, města

- zřizování zdravotnických zařízení a sociálních služeb a školských zařízení
- disponování rozpočtem na sociální služby a zodpovědnost za síť sociálních služeb navazujících na zdravotní péči o lidi s duševním onemocněním a případně za síť CDZ
- problematika dostupného bydlení pro duševně nemocné
- krajská pobočka ÚP ČR - realizace politiky zaměstnanosti

Zdravotní pojišťovny

- financování zdravotní péče
- zodpovědnost za síť služeb, tj. dostupnost péče

Současný systém nedisponuje koordinovaným řízením založeným na sdílení jasně stanovených kompetencí a zodpovědností jednotlivých aktérů na základě znalosti potřeb, evaluace kvality a nákladové efektivity a společného plánování potřebných změn. Naopak, řízení systému péče o duševní zdraví trpí roztříštěností jednotlivých složek, které je doprovázeno zřikáním se zodpovědnosti na straně jedné a neadekvátním přebíráním gesce jednoho rezortu jiným na straně druhé. Přítomná fragmentace a absence efektivní koordinace se logicky projeví právě v době, kdy jsou již změny systému nevyhnutelné, a je jedním z nejvýznamnějších rizik jejich realizace, zejména pokud tyto potřebné změny souvisí se zřizováním zdravotně-sociálních služeb a zaváděním multidisciplinární spolupráce mezi službami a aktéry z různých rezortů na krajské úrovni.

Jak uvádí dokument Analýza obecných organizačně ekonomických a právních parametrů stávajícího řízení krajských sítí péče o lidi s duševním onemocněním (viz. Příloha č. 3), dvoukolejnost poskytovaných služeb se projevuje nekompatibilitou organizační struktury institucí, veřejnoprávně odpovědných za jejich poskytování, nekompatibilitou finančních toků, nerovnoměrností pokrytí území republiky, nedostatečnou komunikací mezi osobami fakticky poskytujícími různé typy služeb. Všechny tyto okolnosti limitují kvalitu jejich poskytování a stojí v cestě plnění základních cílů reformy psychiatrické péče. Zdravotní služby jsou poskytovány sítí státních, centrálně zřizovaných a řízených nemocnic, krajských (samosprávnými celky zřizovaných či zakládaných) nemocnic a soukromých ambulantních pracovišť, svázaných s kraji nepřímo prostřednictvím aprobačních řízení, předcházejících uzavření smlouvy s pojišťovnou. Sociální služby jsou poskytovány prostřednictvím různých subjektů veřejnoprávní i soukromoprávní povahy. Jejich koordinaci částečně umožňuje povinnost komunitního plánování (strukturovaného podle územně správního členění státu) uložená zákonem o sociálních službách, která ve zdravotnictví nemá přiměřenou obdobu, a na tyto plány navazující rozpočtové toky. Dvoukolejnost služeb, poskytovaných duševně nemocným osobám, se promítá především do systému jejich financování. Prostředky pro zdravotní služby,

hrazené ze systému veřejného pojištění, není možno jakkoli agregovat s prostředky, které jsou rozpočtovými nástroji státu a územních samospráv určeny pro financování služeb sociálních. Není tedy k dispozici kumulativ, který by bylo možno přerozdělovat podle komplexních potřeb cílové skupiny příjemců, jejichž zdravotní stav závisí na souběžném poskytování obou typů služeb. Z předchozího je zřejmé, že v současné době v zásadě ani neexistují pro poskytování péče psychiatrickým pacientům sítě, které by bylo možno nějakým způsobem efektivně řídit, ani nástroje pro takové řízení použitelné. Řízení není možné nejen kvůli organizačně nesourodé povaze dosud poskytovaných služeb, různé míře závazné hierarchizace jejich poskytovatelů a odlišnému způsobu jejich financování. I po (nesnadném) odstranění těchto překážek a ustavení sítí poskytovatelů jako vnitřně koordinované entity s jednoznačnými vertikálními vazbami by jejich řízení mohlo směřovat nanejvýš k hospodárnosti jejich činnosti. I nadále by ale negarantovalo směřování k potřebnému výsledku, tzn. účinnému (z pohledu uživatelů) poskytování služeb, včetně služeb preventivních. Neodmyslitelným základem koordinovaného řízení jakékoli sítě více subjektů, ať už horizontálního nebo vertikálního, je existence společného plánu. Tím se nemá na mysli plán hospodářského typu, orientovaný na parametry finančního rámce, ale plán aktivit, na který teprve finanční plán navazuje. V současné době je, při absenci pevně ukotvených sítí, těžko představitelné plánování v multidisciplinárním prostoru. I kdyby měl takový plán vznikat ve zcela neformální spolupráci dotčených poskytovatelů, chybí jim k tomu znalost „poptávky“, tzn. zmapování potřeb cílové skupiny. Ta je zároveň širší, než souhrn pacientů registrovaných k zdravotním službám psychiatrické péče, a užší, než souhrn znevýhodněných osob, jimž jsou poskytovány služby sociální. Problémem neformálně vznikajícího plánu pak je jeho nezávaznost, tedy nepoužitelnost pro efektivní řízení celé struktury. Metodicky se říditelnému stavu blíží poskytovatelé sociálních služeb v rámci zákonného institutu komunitního plánování. Ani to však není konceptem, který by se v praxi plně osvědčil. Nedaří se při něm vyvážit zájmy poskytovatelů, kteří se na plánování podílejí hlavní měrou, a uživatelů, zastoupených pouze sporadicky.

Řízení reformního procesu

V ČR existuje vládní strategický dokument [„Strategický rámec Česká republika 2030“](#), který mimo jiné klade důraz na možnost všech obyvatel získat důstojnou práci, zdravotní a sociální

péči, přístup ke kultuře, vzdělávání a sociálnímu začlenění. V oblasti zdravotnictví pak specificky zdůrazňuje dostupnost zdravotní péče, celoživotní prevenci a zdravý životní styl a zároveň upozorňuje na multirezortní povahu moderní péče o zdraví, která „vyžaduje zapojení institucí na všech úrovních státní správy, neziskového i soukromého sektoru, vědeckých a vzdělávacích institucí, komunit i občanů samotných.“

Dále v ČR existuje plán Národní strategie ochrany a podpory zdraví „[Zdraví 2020](#)“, která v Akčním plánu č. 3: Duševní zdraví zdůrazňuje návaznost na Strategii reformy psychiatrické péče vydanou Ministerstvem zdravotnictví v roce 2013 (MZd, 2013). K implementaci první etapy strategie byla dojednána výrazná podpora v podobě Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF), a to programu OPZ (Operační program zaměstnanost) a IROP (Integrovaný regionální operační program). Tato implementace započala v roce 2017 cestou projektů financovaných z programu OPZ (výzva č. 39 s alokací cca 1 miliardy Kč pro období let 2017–2021). Program OPZ je určen na tzv. měkké projekty na podporu transformace a deinstitucionalizace zdravotnických služeb v oblasti psychiatrické péče. Příjemci dotace jsou Ministerstvo zdravotnictví (MZ), Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) a Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Prostředky jsou distribuovány úhradou mzdových a provozních nákladů nebo veřejnými zakázkami. Jednou z částí projektů Ministerstva zdravotnictví je i podpora zajištění řízení a odborné garance celé reformy. Od června 2017 se začal pravidelně scházet *Výkonný výbor pro implementaci Strategie reformy psychiatrické péče*. Jde o pracovní skupinu zástupců MZd, krajů, MPSV, MF, pojišťoven, uživatelů a gestorů jednotlivých projektů, kteří se scházejí 1x měsíčně či častěji za účelem operativního řízení a koordinace všech aktivit reformy realizovaných v jednotlivých projektech. Jednou za 2 až 3 měsíce se schází i *Odborná rada pro implementaci Strategie reformy psychiatrické péče* jmenovaná ministrem zdravotnictví, ve které jsou uznávanými odborníky zastoupeny hlavní skupiny odborné veřejnosti. Odborná rada schvaluje dokumenty, dává doporučení či vypracovává odborné posudky k identifikovaným otázkám v rámci reformního procesu. V červnu 2017 Odborná rada vybrala 4 celosvětově uznávané odborníky v péči o duševní zdraví jako členy mezinárodního poradního sboru reformy.

Vzhledem k časově ohraničenému období projektů, které ani z poloviny nepokrývá reálné časové nároky reformního procesu, je otázkou navazující forma řízení započatých systémových změn. I kdyby se totiž současný model řízení podařilo za podpory Ministerstva zdravotnictví zachovat, tento nebude schopen garantovat aktivní participaci ostatních rezortů a stakeholderů, a nezajistí tak aktuálně již nutnou nadrezortní koordinaci celého procesu.

FINANCOVÁNÍ

Na financování systému péče o duševní zdraví v ČR se podílí zdravotní pojišťovny, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, kraje i obce. Na financování se podílejí také sami lidé s duševním onemocněním, a to formou příplatků za některé léky a platbami za některé sociální služby. Dále se na financování podílejí některé nadace, někteří zaměstnavatelé a další soukromé subjekty, kterých se však NAPDZ 2030 dotýká pouze okrajově.

Účinná koordinace financování je základním předpokladem dobře fungujícího systému péče o duševní zdraví. V současnosti je však, jak již bylo zmíněno, zdravotní a sociální péče, které jsou pro tuto oblast klíčové a musejí fungovat v úzké provázanosti, financovány rozdílnými mechanismy z několika nepropojených zdrojů a naopak, finanční vstupy ostatních důležitých rezortů (MŠP, MŠMT), chybí. Tento stav snižuje efektivitu a komplexnost poskytované péče a rozdělením jádra péče mezi dva rezorty a zdroje financování navíc limituje možnosti sledování nákladovosti systému péče o lidi s duševním onemocněním na centrální úrovni.

Zdravotní služby (Zdroj: Analýza VZP 2018, Příloha č. 10)

Právo na bezplatnou zdravotní péči v ČR je zaručeno Listinou základních práv a svobod. Mechanismem zajišťujícím toto právo je systém veřejného zdravotního pojištění s rolí zdravotních pojišťoven jako právnických osob, které jsou nositeli veřejného zdravotního pojištění pro své pojištěnce a plátcí zdravotních služeb. Celkové náklady na psychiatrickou péči z veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 činily 13,7 miliardy Kč, což představuje cca 4,08 % z rozpočtu na zdravotní péči (dle výpočtu metodikou OECD SHA 1.0, 3,38 % dle výpočtu metodikou OECD SHA 11; Broulíková, 2019).

Náklady na psychiatrickou péči v ambulantních zdravotnických zařízeních vzrostly v posledních pěti letech cca o třetinu, z 1,6 mld. Kč v roce 2012 na 2,16 mld. Kč v roce 2017 (extrapolace z dat VZP, VZP 64 %) byly však shledány významné rozdíly v nákladnosti poskytované péče z regionálního hlediska. Současné nastavení úhrad za psychiatrickou péči v ambulantních zdravotnických zařízeních je založeno na platbách za poskytnuté výkony bez dalších regulačních limitů, takže ambulantní specialisté mohou preferovat moderní farmakologickou i psychoterapeutickou léčbu i dostatečnou intenzitu péče bez obavy z krácení úhrad za jejich překročení. Na druhé straně při absenci regionální zodpovědnosti toto opatření nezajistí poskytování celého spektra intervencí a péči o všechny cílové skupiny lidí s duševním onemocněním, naopak v rámci maximalizace zisku existuje určité riziko preference méně náročných pacientů a vynechávání náročnějších typů intervencí (péče o pacienty v ochranné léčbě, dispenzární péče atd.). Práce samostatných specialistů navíc ne zcela efektivně využívá odbornost atestovaného lékaře, protože u pacientů s komplexními potřebami lékař nutně pokrývá i méně odborné zdravotní a v některých případech i sociální úkony. Kromě nákladové neefektivity tato skutečnost přispívá k prodlužování čekacích dob pro ošetření nových či akutně zhoršených pacientů. Z tohoto důvodu je v rámci reformy psychiatrické péče pilotován model ambulance s rozšířenou péčí, která pracuje na bázi zdravotního multidisciplinárního týmu, kterého nutnou součástí je psychiatr, psychiatrická sestra a klinický psycholog (s možností využít další odborníky pro specifické cílové skupiny, např. pedopsychiatr, gerontopsychiatr, adiktolog). Tato ambulance má zodpovědnost za péči o lidi s duševním onemocněním v rámci celého diagnostického spektra v určitém spádovém území, má prostor pro ošetření nových a akutně zhoršených pacientů, vede pacienty v ochranném léčení, zajišťuje dispenzární péči a dle stanovené metodiky předává stabilizované pacienty s neurotickými a depresivními poruchami do péče praktického lékaře. V roce 2020 bude v rámci projektu po dobu 18 měsíců podpořeno 6 ambulancí s rozšířenou péčí (z toho 2 ambulance specializované na adiktologii), dle výsledku pilotního provozu bude upraven standard pro tento typ ambulantní péče a nastaveno financování služby.

Na úhradách za akutní lůžkovou psychiatrickou péči se citelně projevují historické úhradové mechanismy, které zachovávají rozdílné výše úhrad pro jednotlivé poskytovatele. Analýzou

systemu byla navíc zjištěna nízká průměrná obloženost oddělení s nasmlouvanou akutní péčí a mapováním u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie bylo zjištěno vysoké procento poskytování akutní péče na lůžkách péče následné. K nápravě tohoto stavu byl ve spolupráci s VZP a SZP nastaven pilotní projekt financování akutní péče (jak na odděleních akutní péče, tak v psychiatrických nemocnicích reálně poskytujících akutní péči) na rok 2019, který nastavil motivační úhradu akutní péče na principu DRG při dodržení jasně stanovených kritérií kvality a efektivity služby. Evaluace tohoto pilotního provozu může navíc přinést chybějící data ohledně množství pacientů vyžadující akutní psychiatrickou péči a nákladů, které s sebou nesou.

Největší podíl nákladů za psychiatrickou péči nese následná lůžková péče, dle dat VZP 51,6 % (7,6 miliardy Kč), která je hrazena paušální sazbou za ošetřovací den. Systém úhrad tedy motivuje poskytovatele k tomu, aby bylo obsazeno co nejvíce lůžek po co nejdelší čas.

Tab. 1. Rozdělení nákladů dle formy psychiatrické péče (za VZP v roce 2017).

Následná lůžková péče	Akutní lůžková péče	Ambulantní péče	Léky
51,6 %	9,0 %	19,2 %	20,2 %

Zdroj: VZP

Z uvedených údajů a analýz je patrné, že zlepšování kvality života lidí s duševním onemocněním, které je cílem reformy psychiatrické péče v České republice, bude vyžadovat rovněž revizi modelu financování v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Tento revidovaný model by měl nastavit rovné podmínky pro všechny poskytovatele zdravotní péče a zdravotní pojišťovny, reflektovat rostoucí poptávku po psychiatrické péči a facilitovat změny ve struktuře poskytovaných zdravotních služeb v kontextu omezených zdrojů v systému veřejného zdravotního pojištění. Pro facilitaci změn je třeba zavést vhodné metody pro měření kvality a výsledků psychiatrické péče, které v současném, poměrně strnulém modelu chybí a jejichž absence může způsobovat neefektivitu systému. S rostoucími náklady by měly být

spojeny rovněž větší přínosy pro pacienty. Jedním z nezbytných prvků úhradových mechanismů tedy musí být motivace k výkonnosti poskytovatelů a možnost flexibilní reakce na změny v jejich výkonnosti (viz Příloha č. 10).

Specifickou oblastí, která není v rámci procesu deinstitucionalizace lidí s duševním onemocněním ošetřena, je financování tzv. transformačního období. Transformační období je perioda v trvání obvykle cca pěti let (dle kapacity systému k rozvoji komunitní péče), kdy je po dobu postupného zřizování nových služeb pro lidi s duševním onemocněním nezbytně nutné paralelní udržení chodu a financování služeb stávajících. V obou oblastech jde jak o provozní náklady, tak o udržení infrastruktury. Další nezbytnou komponentou je využívání finančních motivačních mechanismů k postupnému přesunu maxima současných lidských zdrojů do potřebných forem péče. Urychlení či podhodnocení tohoto období má dle zahraničních zkušeností dopad na přechodný pokles kvality poskytované péče a zvýšený výskyt negativních sociálních konsekvencí a jevů ve společnosti.

Sociální služby

Sociální služby v České republice jsou financovány vícezdrojově. Jedním z významných zdrojů financování jsou prostředky ze státního rozpočtu. Tyto prostředky jsou distribuovány prostřednictvím dotací na podporu poskytování sociálních služeb. Tyto dotace realizuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dotace lze poskytnout pouze registrovaným sociálním službám. Další zdroje financování jsou zejména příspěvek na péči (PnP), úhrady od uživatelů a rozpočty krajů a obcí; v menší míře se na financování podílejí úhrady od zdravotních pojišťoven a prostředky EU (projekty). Vzhledem k nastavení systému financování sociálních služeb rozpočtem a nikoli v návaznosti na klienta/pacienta jako příjemce péče nelze jednoduše posoudit přímé náklady na péči o určenou cílovou skupinu. V roce 2017 dosahovaly dotace MPSV na sociální služby s převažující cílovou skupinou “osob s chronickým duševním onemocněním” 1,37 miliardy Kč. Tato částka má v souladu se zvyšováním celkové dotace MPSV na sociální služby rostoucí tendenci, kdy tato v roce 2013 dosahovala 573 milionů Kč a v roce 2015 913 milionů Kč, ale není srovnatelná s výdaji z veřejného zdravotního pojištění a je zcela nedostatečná v kontextu probíhající deinstitucionalizace lidí s duševním

onemocněním (viz. Příloha č. 8) . Nákladová efektivita služeb tohoto segmentu péče není vyhodnocována.

Sociální zabezpečení

System sociálního zabezpečení by měl zajistit, že lidé s duševním onemocněním se nepropadají do chudoby a mohou si dovolit financovat základní životní potřeby a připlácet na sociální služby, které potřebují.

Dle analýzy NÚDZ je hlavním příjmem 93,3 % lidí s duševním onemocněním invalidní důchod (Kondrátová et al., 2018). Duševní onemocnění patří ke čtyřem nejčastějším příčinám přiznání invalidního důchodu v ČR. Ze statistik MPSV vyplývá, že skupina diagnóz — duševní poruchy a poruchy chování — se oproti ostatním skupinám žadatelů o invalidní důchod odlišuje věkovým složením, resp. má nejvyšší podíl invalidit přiznaných v mladším věku. Invalidní důchody přiznané v době rané dospělosti jsou kvůli nedostatečné době pojištění často velmi nízké a v praxi lze identifikovat závažnou socioekonomickou situaci osob, které mají přiznaný určitý stupeň invalidity, ale z důvodu nedostatečného podílu odpracovaných let v daném období nemají nárok na jeho výplatu.

Druhým typem sociální dávky využívané osobami s duševním onemocněním je příspěvek na péči, který se poskytuje dle zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění, osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Ty pak z poskytnutého příspěvku hradí pomoc, kterou jim může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče či registrovaný poskytovatel sociálních služeb. Mechanismus hodnocení příspěvku na péči je však ve svých kritériích orientován na somatické a mentální postižení a nezohledňuje jak projevy duševních onemocnění, tak odlišné potřeby rozsahu péče vycházející z těchto projevů. V praxi tedy u lidí s duševním onemocněním žádajícím o příspěvek na péči dochází k podhodnocení tíže závislosti či její úplné negaci.

Popsaná situace u invalidních důchodů a příspěvků na péči je jednak příčinou nízkého socioekonomického statutu u lidí trpících chronickou duševní nemocí, ale jejím následkem může být také vysoká míra dlouhodobých hospitalizací ve zdravotnických zařízeních ze sociálních důvodů, a v extrémních případech bezdomovectví a kriminální chování.

Další oblastí, kde je duševní postižení v socioekonomickém ohledu znevýhodněné oproti tělesnému postižení, je využívání výhod vázaných na průkaz osoby zdravotně postižené ZTP (zvláště těžké postižení), kde opět neexistují kritéria pro posouzení či ekvivalentní forma úlev pro lidi s duševním onemocněním.

Výdaje na duševní zdraví z rozpočtu Ministerstva spravedlnosti

Ministerstvo spravedlnosti využívá institut ochranného léčení, který soudům umožňuje pověřit zdravotnická zařízení výkonem povinné léčby. Využitím institutu ochranného léčení se ze soudů, resp. z Ministerstva spravedlnosti stává de facto zákazník psychiatrické péče, který navíc specifickými požadavky na standardy léčby klade zvýšenou zátěž na poskytovatele péče. V současné chvíli se však Ministerstvo spravedlnosti nepodílí na financování péče, kterou si objednává, veškeré úhrady se hradí ze zdravotního pojištění, což je v evropském kontextu výjimečná situace. Tato podskupina nemocných nese specifické nároky jak v ústavní, tak i ambulantní péči. S ohledem na neexistující bonifikaci pouze cca 1/3 ambulantních zařízení poskytuje péči osobám s nařízenou ochrannou léčbou (UZIS, 2017). Je tedy nezbytné posílit financování tohoto typu péče z prostředků nad rámec platby zdravotního pojištění za běžného pojištěnce (viz. Příloha č. 11).

Výdaje na duševní zdraví z rozpočtu Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) patří ke klíčovým složkám státní správy v oblasti péče o duševní zdraví. Většina duševních onemocnění totiž začíná v dětském/adolescentním věku (50 % do věku 14 let) a v zařízeních MŠMT lze systematickým úsilím nejen předcházet problémům v oblasti duševního zdraví na obecné úrovni, ale je také možné identifikovat a zajistit podporu u skupiny dětí a adolescentů, u kterých existuje vyšší riziko rozvoje duševního onemocnění. Výdaje na tyto aktivity MŠMT nedokáže kvantifikovat, protože je neviduje odděleně pro oblast duševního zdraví.

MŠMT se však v současnou chvíli nepodílí na financování primární péče o duševní zdraví a ani nevyvíjí systematické a systémové úsilí o adresování duševního zdraví na pracovišti. Péče o duševní zdraví dětí a adolescentů je i v rámci dětských zařízení spravovaných MŠMT hrazena ze zdravotního pojištění. Chybí definování kompetencí školských poradenských zařízení v

oblasti péče o duševní zdraví, a jednoduchý systém předávání pacientů do/z zdravotnické péče. Chybí koncepce péče a zařízení týkající se potenciálně nebezpečných dětí a mladistvých a dětí a mladistvých s nařízeným ochranným léčením. Není dostatečně ošetřena problematika návykových nemocí u této cílové skupiny například i díky chybějící podpoře zřizování nových služeb v reflexi na změny v prevalenci zneužívání návykových látek.

Z uvedeného je zřejmé, že do gesce rezortu MŠMT spadá velká část oblasti prevence duševních onemocnění, která však stejně jako v rezortu zdravotnictví či MPSV nemá specificky alokovaný objem financí. Přitom právě investice do prevence duševních onemocnění významně šetří přímé i nepřímé zdravotnické náklady na péči o tuto cílovou skupinu nemocných a má zásadní dopad na nezdravotnické výdaje v této oblasti a zejména na kvalitu života lidí ohrožených či trpících duševním onemocněním.

Financování uživatelských a rodičovských organizací, peer konzultantů

Financování uživatelských a rodičovských organizací v oblasti duševního zdraví je podobné financování jakékoliv nevládní neziskové organizace. Z větší části je hrazeno z veřejných financí, a to formou grantů na financování projektů žádající organizace. O jednotlivé granty lze žádat na úrovni ministerstev, krajských úřadů a městských úřadů.

Výše zmíněné problémy ve financování uživatelských organizací nedovolují vybudovat silné uživatelské organizace a tyto pak nemohou spoluvytvořit silné uživatelské hnutí, které by bylo důsledně demokratické, bylo schopné definovat problémy lidí s duševním onemocněním a nacházet na rovnoprávném základě spolu s ostatními stakeholdery řešení těchto problémů.

Dalším problémem v oblasti financování je financování peer konzultantů. Jejich role není jasně specifikována, mnohdy není peer konzultant zařazen mezi běžné zaměstnance zdravotnického zařízení, a nepobírá tak mzdu jako jiní řádní zaměstnanci, ale je placen jinou formou, např. z projektů apod. Ačkoliv je práce peer konzultantů pro lidi s duševním onemocněním velmi přínosná, není jasně právně ukotvena a psychiatrické nemocnice/léčebny i psychiatrická oddělení tak hledají nejrůznější způsoby, jak peer konzultanta legálně zaměstnat. Tento problém nakonec ústí v situaci, že psychiatrické zařízení služeb peer konzultantů raději nevyužívá.

SÍŤ SLUŽEB

Navzdory prokazatelným výhodám a benefitům komunitní péče je kvalitní komunitní péče v oblasti péče o duševní zdraví v České republice stále velmi málo rozvinuta. Lidem s duševním onemocněním se nedostává potřebných služeb dostupných v blízkosti domovů a lůžková péče je ve velké míře stále centralizovaná ve velkokapacitních zařízeních. V systému není vymezena odpovědnost za řízení a provázanost služeb, což přispívá k fragmentaci péče a nižší efektivitě poskytovaných intervencí. V systému není vytvořen dostatečný prostor pro multidisciplinární spolupráci, case management a sdílení péče mezi sociálním, zdravotním a školským systémem. Následně je pak celý systém zatížen byrokracií, která často odvádí zaměstnance od odborné práce, a tak dochází k neefektivnímu využívání již tak omezených lidských zdrojů. Důsledkem je absence individualizovaného přístupu, který by řešil potřeby člověka komplexně, což může vést k neefektivnímu prioritizování a nízké nákladové efektivitě, tzn. neefektivnímu vynakládání omezených zdrojů.

Zdravotní služby

Publikace *Psychiatrická péče* patřící do edice *Zdravotnická statistika*, kterou vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (UZIS, 2017), uvádí následující data:

V roce 2016 poskytovalo lůžkovou péči celkem 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé s celkovým počtem 8 741 lůžek a 3 psychiatrické nemocnice pro děti s 230 lůžky. V roce 2016 poskytovalo lůžkovou péči celkem 31 psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích s celkovým počtem 1 289 lůžek. Ordinací ambulantních psychiatrů a dětských psychiatrů bylo v roce 2016 celkem 1 203. Číslo udávající počet ambulancí je dle informací z ÚZIS po confirmaci se zdravotními pojišťovnami nadhodnocené. Z důvodu registrace ambulancí do různých oblastí poskytované péče, obdrží ambulance několik výkazů k vyplnění, a na straně ÚZIS pak zdánlivě roste počet obeslaných ambulancí. Dále ve zdravotnictví fungují pro oblast duševního zdraví denní stacionáře (75) a krizová centra (3).

Česká republika se potýká s kritickým nedostatkem dostupnosti ambulantní péče o duševní zdraví dětí a adolescentů. V současnosti připadá na 100 tis. osob pod 18 let věku jen 6,8 dětských psychiatrů celkově, ale pokud vezmeme v úvahu jen plné úvazky, pak tento poměr klesá na 2,8.

V současnosti je k dispozici cca 590 pedopsychiatrických lůžek, přičemž 74 % těchto kapacit je v psychiatrických nemocnicích. V současné době je pedopsychiatrická lůžková kapacita v ČR (22,7 lůžek na 100 tis. obyvatel pod 18 let) v průměru západních zemí, ale nevyhovuje strukturou (převaha následné péče), regionálním rozložením a vzhledem k nedostatku služeb v komunitě nevyhovuje ani kapacitně.

Dle analýzy VZP (viz Příloha č. 10) v posledních deseti letech rostl počet ambulantních pracovišť, přesto kapacita ambulantní psychiatrické péče nepostačuje pro poskytování kvalitních a individualizovaných služeb pro stále rostoucí počet pacientů a to zejména oblasti péče pro děti a dorost. Česká republika zaujímá v celoevropské srovnání spodní příčku v počtu pedopsychiatrických ambulancí (Signorini et al. 2017). Hospitalizační zátěž diagnózami F00 – F99 je v ČR velmi vysoká, ročně proběhne více než 78 000 hospitalizací, u kterých je psychiatrická diagnóza uvedena jako hlavní příčina. Často jde o hospitalizace daným pacientem vícekrát ročně opakované, celkový index ročního počtu hospitalizací na pacienta činí 1,33. Psychiatrické diagnózy tvoří přibližně 3,4 % všech hospitalizačních pobytů, avšak u věkové skupiny 11–20 let je to 7,2 % a u osob ve věku 21–50 let jde o 5–6 % všech hospitalizačních pobytů. V lůžkovém segmentu převažuje následná péče, kde lůžka následné péče představují více než 70 % ze všech psychiatrických lůžek. Z analýzy je patrná nerovnováha mezi poměrně centralizovanou následnou lůžkovou péčí a hustší sítí ambulantní a akutní lůžkové péče, což může signalizovat nerovnost v přístupu k psychiatrické péči. Rozbor reprezentativního souboru všech hospitalizačních případů z důvodu psychiatrické diagnózy navíc prokázal, že v ČR velký podíl těchto hospitalizačních pobytů probíhá na akutních lůžkách, a to i u diagnóz jako neurotické a úzkostné poruchy, kde akutní lůžková péče není většinou nezbytně třeba, pokud by existovaly adekvátní ambulantní služby. Naopak dostupnost akutní péče u závažných diagnóz jako schizofrenie je extrémně nízká (27 % přijato na lůžka akutní péče, 73 % pacientů přijato přímo na lůžka následné péče, zdroj NRHOSP 2007–2015). Deinstitutionalizace

psychiatrické péče by měla vést k narovnání tohoto stavu, a to v souvislosti s rozvojem komunitní péče, rozšířením výkonově hrazené ambulantní péče a s restrukturalizací lůžek ve smyslu snížení lůžek následné péče ve prospěch lůžek akutních.

Zdravotně-sociální (resp. sociálně-zdravotní) služby

V České republice se za posledních 25 let rozvinula komunitní péče terénního typu pro pacienty s chronickým duševním onemocněním především v sektoru sociálních služeb. Za zmíněné období v ČR vyrostlo zhruba 85 terénních komunitních týmů, které v řadě míst tvoří souvisle pokrytou péči, již využívá ročně cca 8 000 klientů se závažným duševním onemocněním (dle mapování v rámci projektu Deinstitutionalizace). S využitím kapacit některých z těchto služeb v roce 2018 zahájilo činnost 5 Center duševního zdraví (CDZ) pro závažně duševně nemocné a dalších 12 v polovině roku 2019. Do roku 2022 se plánuje zřízení celkem 30 CDZ z projektů EU. Pro další rozvoj CDZ se počítá s posílením a vytvořením již zmíněných terénních týmů, které se postupně v provázanosti na kapacity zdravotního personálu budou rozvíjet v CDZ ve všech okresech ČR ke konečnému počtu cca 100 CDZ.

Další z aktivit reformy psychiatrie je vytvořit konkrétní podobu komunitní péče ve formě multidisciplinárních týmů pro pedopsychiatrické pacienty, gerontopsychiatrické pacienty, pacienty s problematikou závislostí a pro pacienty s nařízeným ochranným léčením. K tomuto účelu bude v roce 2019 vybráno do pilotního provozu celkem 11 multidisciplinárních týmů, 2–3 týmy pro každou cílovou skupinu.

Sociální služby

Sociální služby jsou regulovány zákonem a prováděcím předpisem zákona. Podle současného znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“) je možné poskytovat 33 druhů sociálních služeb, a to ve formě pobytové, ambulantní a terénní. Každý druh sociální služby je definován a obsahuje výčet činností, které je poskytovatel povinen vždy naplnit. Jednotlivé činnosti jsou specifikovány tzv. úkony, které jsou konkrétně uvedeny v prováděcím předpisu.

Sociální služby jsou osobám poskytovány na základě smlouvy o poskytnutí sociální služby s výší úhrady sjednanou a stanovenou v souladu s § 73 a 77. Poskytovatel může odmítnout s osobou uzavřít smlouvu ze zákonem stanovených důvodů.

Ke 24. 6. 2015 bylo v České republice registrováno celkem 5 350 sociálních služeb. Nejčastěji jsou registrovány pečovatelské služby (737), odborné sociální poradenství (549) a domovy pro seniory (499). Nejméně je intervenčních center (18), terapeutických komunit (18) a center tísňové péče (18). Největší nárůst v počtu registrovaných služeb byl v roce 2007, tj. po zahájení účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V letech 2007–2014 přibývá mezi 200–300 nově registrovanými sociálními službami.

V roce 2015 byl počet příjemců sociálních služeb 350 494. Z toho počet uživatelů pobytových služeb 76 758 a počet uživatelů ostatních služeb 49 451. Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb 126 209.

Prevalence psychotických onemocnění v ČR dosahuje 1,5 % u dospělé neinstitutionalizované populace (Formánek et al., 2019), ambulantně se léčí necelých 50 tisíc a lůžkovou péčí konzumuje více než 8 tisíc lidí ročně. Nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75 % (Kondrátová et al., 2018). Ani hodinu v jakémkoli typu zaměstnání, včetně tréninkových a chráněných míst, nestráví 63 % z lidí čerpajících komunitní psychiatrické služby. V obou těchto skupinách více než 90 % lidí čerpá invalidní důchod, což je současně zdroj jejich nejvyššího příjmu. Přibližně 30 % lidí čerpajících komunitních služby nedosahuje čistého měsíčního příjmu vyššího než 8 500 Kč, příjem vyšší než 12 750 Kč pak nemá ani čtvrtina těchto lidí. Kromě svého psychického zdravotního stavu mají tito lidé časté a závažné potíže v oblasti tělesného zdraví, denních činnostech, přátelství a nedostatku financí na základní živobytí. Rodina poskytuje péči přibližně polovině lidí čerpajících komunitní služby, a to v průměru více než 42 hodin za měsíc. Psychotická onemocnění jsou významnou příčinou nově přiznaných invalidních důchodů a příspěvků na péči.

Lidé s duševním onemocněním jsou aktuálně umístěni v institucionální péči, a to jednak v domovech se zvláštním režimem, kde je aktuálně 14 354 lůžek, ale kde neznáme detailní potřeby a složení skupiny uživatelů, tzn. nevíme, kolik je z těchto lůžek čerpáno lidmi se závažným duševním onemocněním. (Dle individuálního doptávání během mapování sítí

odhadujeme, že cca 50 až 60 procent klientů Domovů se zvláštním režimem má duševní onemocnění. To by představovalo cca 7 500 lidí s duševním onemocněním žijících v institucionalizované péči.) Dále přibližně 2 700 lidí s dlouhodobým duševním onemocněním pobývá déle než půl roku v psychiatrických nemocnicích a léčebnách. Máme 6 000 lůžek v institucionální péči pro děti ve školském segmentu.

Služby Ministerstva spravedlnosti

Ústav zabezpečovací detence (ZD) byl zřízen 1. ledna 2009 (zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů). Jeho účelem je zajištění ochrany společnosti před nebezpečnými pachateli, kterým byla v době páchaní trestné činnosti přiznána částečná či plná nepřičetnost. Ústavy jsou spravovány Vězeňskou službou ČR a jsou subsidiární výkonu ochranného léčení (toto léčení může být přeměno na výkon ZD a zpět). Aktuálně je kapacita těchto zařízení 85 chovanců.

Zdravotní péči o osoby vykonávající výkon trestu odnětí svobody zajišťuje Vězeňská služba včetně výkonů specifických programů cílených na užívání návykových látek či specializované programy pro léčbu parafilií.

Péče o chovance, u kterých dojde ke zhoršení duševního stavu, je zabezpečována ve Vězeňské nemocnici Brno.

Ochranné léčení

Systém ochranného léčení (OL) se skládá z funkčních součástí: ambulantní péče, lůžkové péče a umístění v Zabezpečovací detenci. Nejvýraznějším deficitem systému ochranného léčení v ČR je absentující aplikace principu Risk-need responsivity modelu (Andrews and Dowden, 2007), kdy intenzita léčby by měla odpovídat riziku, nejnebezpečnější pachatelé by měli být léčeni nejintenzivněji a léčebný program by měl odpovídat těmto rizikům. Vzhledem k tomu, že v našem systému nejsou rizika u jednotlivých nemocných stanovována, je systém v tomto ohledu nutné vnímat jako neřízený, podléhající tradicím, místním rozhodovacím zvyklostem na úrovni soudně-znalecké expertizy, indikaci do jednotlivých úrovní OL, přechodům mezi jednotlivými typy OL (ústavní-ambulantní-ZD). Toto pak vede k nerovnoměrnostem

v relativních počtech nemocných v různých regionech a mohlo by být i indikátorem nerovného přístupu k péči. S ohledem na to, že péče o OL není nijak bonifikovaná ani v úrovni lůžkové péče (formou dotací či státního programu), ani ve formě ambulantní (zvýšené administrativní náklady, náročnost na komunikaci, vedení zdravotnické dokumentace), je síť poskytovatelů v některých regionech řídká a subjekt exkluzivně odpovědný za její budování (zdravotní pojišťovny) není motivovaný k jejímu rozšiřování. Je tedy nutný vstup státu, kdy jeho jedna složka (soudy) tato léčení nařizuje a výkon je ponechán výhradně na síti zdravotních zařízení placených z prostředků zdravotního pojištění, aby tuto síť definoval a finančně zajistil, neboť toto je ve veřejném zájmu.

V roce 2018 bylo ochrannému léčení podrobováno v ústavní formě cca 950 osob, ambulantní léčba se týká cca 3 300 osob (viz Příloha č. 11).

Síť sociálních a pedagogických služeb relevantních pro oblast dětského duševního zdraví

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zřizuje zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, jejichž činnost se řídí zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivní péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů a s ním souvisejícími prováděcími předpisy a metodickými pokyny. V pobytových zařízeních, kterými jsou dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav a diagnostický ústav, je zajišťována náhradní výchovná péče nezletilým od 3 do 18 let, případně zletilým osobám do věku 19 let. Zařízeními preventivní péče jsou podle tohoto zákona střediska výchovné péče. Střediska poskytují ambulantní, celodenní, pobytovou a terénní služby. Ve školním roce 2018/2019 bylo v České republice 204 školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy s kapacitou 7496 lůžek, kterými prošlo 6394 dětí a mladistvých, z toho 74 mladších tří let a 441 v předškolním věku. Nejvíce z nich bylo v dětských domovech (4248), nejméně v dětských diagnostických ústavech (394). S nabytím účinnosti zákona č. 89/2012 Sb. - nového občanského zákoníku v roce 2014 došlo k převedení pravomoci rozhodovat o umísťování dětí a mladistvých do těchto zařízení z diagnostických ústavů na soudy. Ve stejném školním roce v ČR působilo 31 středisek výchovné péče, která poskytla své služby 13 838 klientů, většinou ambulantní formou (12 367). Do pobytové

internátní služby bylo umístěno 1 264 pacientů/klientů¹. V roce 2016 byla schválena Koncepce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče. Č.j. MŠMT –9559/2013-22. Podle této koncepce má dojít ke vzniku sítě specializovaných zařízení, která by měla být využívána v případech, kdy děti nelze ze závažných důvodů umístit do určité formy náhradní rodinné péče, nebo v případech, kdy potřebují komplexní (speciálně pedagogickou, psychologickou, zdravotní, sociální) odbornou péči. Umístění dítěte v institucionální péči by mělo trvat pouze nezbytně nutnou dobu a zároveň zaručovat realizaci jeho základních práv. Základní vizí koncepce je omezení rozsahu institucionální výchovy s důrazem na rozvoj ambulantní péče a transformaci ústavů na vysoce specializovaná pracoviště poskytující různé formy prevence rizikového chování dětí. Koncepce předpokládá snížení lůžkové kapacity ve prospěch ambulantních a celodenních služeb. Koncepce také předpokládá vznik konzultačních interdisciplinárních týmů.

Podpora rodinných příslušníků v oblasti dětského duševního zdraví.

Analýza inovativních postupů a služeb pro rodiny a děti v České republice zpracovaná v rámci projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí“, číslo projektu CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0001687¹ uvádí jako jeden z hlavních rizikových faktorů ohrožení dětí deficit v oblasti rodičovských kompetencí. Pod tento pojem přitom zahrnuje nejen dovednosti v péči o dítě, vedení domácnosti, zajištění zdravotní péče, vzdělávání atd., ale i rozvoj a udržování bezpečných a kvalitních vztahů mezi rodičem a dítětem. Nedostatečné rodičovské kompetence jsou hlavním důvodem umísťování dětí do náhradních typů péče. Z uvedeného důvodu se postupně a zatím v omezeném měřítku začínají objevovat inovativní služby, které na tento problém reagují. V České republice do roku 2006 existovala pečovatelská služba pro rodiny s dětmi, která rodinám zajišťovala podporu při péči o děti a vedení domácnosti¹. S přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách tato služba zanikla. Podle aktuální právní úpravy tuto službu lze zahrnout do sociálně-aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi, popřípadě také do poradenských aktivit pověřených osob. Tyto služby jsou postaveny na principu dobrovolného využití klientem a vyžadují určitou míru motivace ze strany rodiny. Existuje tedy základní právní rámec pro inovace sociálních služeb

zaměřených na rozvoj rodičovských kompetencí, byť je třeba najít mechanismus, který službu k potřebné rodině dostane.

V rámci výše zmíněného projektu byl v roce 2018 širokou platformou odborníků také zpracován dokument s názvem *Základní principy vybraných inovativních přístupů a služeb pro ohrožené děti a jejich rodiny*¹, který se má stát vodítkem při nastavování změn v dosavadních službách a při přípravě nových programů podpory ohrožených dětí. Jsou zde mimo jiné uvedena doporučení právě pro nastavení služeb zaměřených na rozvoj rodičovských kompetencí a také doporučení pro podporu dětí se specifickými potřebami v oblasti duševního zdraví. Ve vztahu k těmto dětem je kladen důraz na multidisciplinární přístup k podpoře a nutnost zavedení včasné depistáže dětí s potřebami v oblasti duševního zdraví z důvodu psychosociální zátěže.

LIDSKÉ ZDROJE A ODBORNÁ PŘÍPRAVA

SOUČASNÝ STAV A IDENTIFIKACE PROBLÉMŮ

Počty pracovníků

Publikace *Psychiatrická péče* patřící do edice *Zdravotnická statistika*, kterou vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) uvádí následující data ohledně existence personálních kapacit v oblasti duševního zdraví:

- 13,6 psychiatrů na 100 000 obyvatel; 37 % z nich je v následné lůžkové péči v oboru psychiatrie;
- 29,6 sester na 100 000 obyvatel; 88 % z nich je v následné lůžkové péči v oboru psychiatrie (procento psychiatrických sester není známo, kvalifikovaný odhad na základě dostupných dat je 40 %);
- 3 psychologové na 100 000 obyvatel; 61 % v následné lůžkové péči v oboru psychiatrie;
- 23,8 odborníků nezdravotníků na 100 000 obyvatel; z toho 90 % v následné lůžkové péči v oboru psychiatrie.

Dle analýzy VZP (2018) bylo v roce 2017 zaměstnáno v lůžkové péči 874 lékařů (z toho 259 v akutní péči) a 4781 vysokoškoláků/nelékařů (z toho pouze 59 v akutní péči). Dle současných platných verzí normativů personálního zabezpečení je péče na psychiatrických lůžkových pracovištích zajištěna dostatečným počtem pracovníků, resp. úvazků. Pokud by ale byly již nyní aplikovány přísnější normativy na pracoviště akutní péče (vytvořené v rámci reformy psychiatrické péče), tak by současné rozložení kapacit pracovníků u lékařů a VŠ nelékařů normativy splňovalo, byť na hraničních hodnotách, ale u sester by chybělo bezmála sto úvazků. V rámci probíhající deinstitucionalizace psychiatrické péče se sice počítá s výrazným snížením lůžek následné péče, kdy se částečně uvolní kapacita pracovníků nejen pro zřizovaná CDZ, ale i pro pracoviště akutní lůžkové péče, u kterých je naopak předpoklad mírného nárůstu, ani tato řízená změna však zcela nezajistí potřeby personálního pokrytí rozvoje zmíněných služeb. Navíc půjde o složitý proces s potřebou intenzivního vzdělávání k zajištění kompetencí k novému stylu práce a motivací stávajících zaměstnanců ke změně podmínek a způsobu poskytování péče.

V ambulantním sektoru se dle analýzy VZP vývoj počtu lékařů v oboru psychiatrie u dvou nejvýznamnějších ambulantních odborností (psychiatrie a dětská psychiatrie) vyznačuje mírným tempem nárůstu po celé sledované období 2012–2017 (v roce 2017 jde o 807 lékařů odbornosti psychiatrie a 113 lékařů v odbornosti dětská psychiatrie). Ostatní odbornosti (návykové nemoci, gerontopsychiatrie a sexuologie) mají víceméně obdobný počet lékařů i jejich kapacit po celé období (v roce 2017 jsou to počty 4 pro návykové nemoci, 21 pro gerontopsychiatrii a 32 pro sexuologii). Aktuální počet a kapacita pracovníků v psychiatrických ambulantních pracovištích významně variuje dle krajů České republiky. Je patrné, že těžiště poskytované ambulantní péče je v hlavním městě Praze. Regionální rozdíly lze sledovat také u pracovníků v odbornostech 901 a 914, kdy je opět zřejmá dominance hlavního města Prahy, které pokrývá přibližně třetinu veškeré kapacity klinických psychologů i psychiatrických sester.

U sester v ambulantním sektoru je trochu odlišný trend než u lékařů – počet sester u poskytovatelů ambulantních služeb mírně poklesl (v roce 2017 jde o 269 sester v odbornosti psychiatrie a 24 sester v odbornosti dětská psychiatrie). Psychiatrické sestry (odbornost 914) jsou stále co do počtu a kapacit spíše na okraji pozornosti, nicméně v posledních letech lze

sledovat jejich rostoucí trend (17 sester v roce 2017 u provozovatelů ambulantních služeb). Sestry hrají klíčovou roli v rozvoji komunitních služeb. Bude zapotřebí, aby část stávajících kapacit sester, které aktuálně působí v oblasti následné lůžkové péče, byla postupně přesouvána do jiných typů služeb. K tomu je však zapotřebí vytvářet v komunitních službách rovnocenné podmínky, konkurenceschopné podmínkám v lůžkovém sektoru a stimulující žádoucí přesun kapacit.

Klinické psychology (odbornost 901) lze spojovat především s kategorií pracovníků „K“ v ambulantním segmentu – mezi rokem 2012 a 2017 došlo k nárůstu jejich počtu o více než 20 % (na 649 v roce 2017). Jejich počet rostl také v segmentu ústavní péče (na 353 v roce 2017) (viz Příloha č. 10).

Pracovníci v psychiatrických ambulantních službách se potýkají, stejně jako v ostatních segmentech zdravotní péče, s generační obměnou, která však není natolik alarmující, jako např. u pracovníků primární zdravotní péče. Z pohledu na základní věkové struktury lze soudit, že těžiště věkové struktury lékařů ve dvou hlavních psychiatrických odbornostech (psychiatrie a dětská psychiatrie) je ve věkové kategorii 45–49 let, ve které se nachází cca 20 % veškerých pracovníků. U klinických psychologů je patrné, že mezi nejpočetnější věkové kategorie patří věk 40–44 let (cca 20 % pracovníků), ale také 65–69 let (11 % pracovníků, resp. 15 % kapacity). Průměrný věk lékařů na pracovištích akutní péče se mezi roky 2012 a 2017 snížil, a to především v důsledku zvýšeného počtu mladých lékařů do 40 let, kteří tvoří více než dvě třetiny kapacit v tomto segmentu zdravotní péče. K podobné generační obměně ale nedochází u sester, kde se zvýšil jak jejich průměrný věk, tak podíl kapacity pracovníků ve věku 60 a více let, a to z pětiny v roce 2012 na třetinu v roce 2017. Obdobný trend u sester lze sledovat i na pracovištích následné péče (podíl kapacity sester ve věku 60 a více let se více než zdvojnásobil); demografická struktura lékařů na pracovištích následné péče zůstává víceméně stabilní.

Odborná příprava

Reforma psychiatrické péče si klade za cíl systematicky poskytovat koordinovanou, vzájemně propojenou péči, jejímž cílem bude zotavení pacienta/klienta široce definované v bio-psycho-sociálním kontextu. K tomu vznikne síť služeb, která zajistí kontinuitu péče, a to díky

provázanosti a vysoké míře koordinovanosti, přičemž základním nástrojem bude multidisciplinární přístup. Reforma psychiatrické péče však znamená nejen změnu strukturální, například rozšíření nabídky intervencí pro duševně nemocné a jejich blízké o nové „nelůžkové“ formy péče, ale především změnu náhledu poskytovatelů zdravotnických služeb na potřeby a cíle lidí s duševním onemocněním.

V novém systému je akcent kladen na autonomii pacienta/klienta, který je respektován jako partner v léčbě, od něhož se očekává schopnost spolupodílet se na výběru terapeutických i rehabilitačních postupů i ochota při léčbě spolupracovat. Pacientova/klientova rodina je považována za neopominutelný článek v komplexní péči. Motivem organizátorů psychiatrické péče pro zapojení příbuzných a blízkých jsou jednak prokazatelné výhody zdravotní, například redukce relapsů, ale také skutečnost, že v éře akcentující kratší hospitalizace se určitá část péče a zodpovědnosti může přesouvat z instituce na pacientovo/klientovo nejbližší okolí.

Má-li být dosaženo hlavního reformního cíle, tedy poskytovat péči, která vede ke zotavení, je třeba určit nové profesní kompetence pracovníků podílejících se na přímé péči o pacienta/klienta a v této souvislosti přehodnotit stávající systém odborné přípravy.

Lékaři

Současný systém specializačního vzdělávání v psychiatrii a dětské a dorostové psychiatrii zajišťuje kvalitní profesní přípravu k výkonu psychiatrické praxe, umožňuje získat potřebné komplexní znalosti a dovednosti a z nich vyplývající kompetence pro výkon profese psychiatra a pedopsychiatra, splňující národní i mezinárodní standardy. Tento obsahově kvalitní systém však naráží na řadu bariér v oblasti **1) kapacitní**, především v důsledku malého zájmu o obor, nedostatečného počtu školicích míst, omezené kapacity školicích pracovišť i školitelů a omezeného prostoru pro reálnou interakci mezi školencem a školitelem; **2) procesní**, k níž patří nestabilita specializačního vzdělávání v důsledku častých legislativních změn, aktuálně absence vyhlášek a prováděcích předpisů a administrativní zátěž poskytovatelů péče spjatá se zajišťováním nových akreditací, dále současná kritická situace v získávání specializované způsobilosti v psychoterapii pro psychiatry a návaznost na úhradové mechanismy; **3) vzdělávací**, především nedostupnost vzdělávacích programů rozšiřujících kompetence

(komunitní psychiatrie, sociální rehabilitace, multidisciplinarita), a to pro psychiatry i spolupracující profese; 4) **finanční**, především nedostatečné financování specializačního vzdělávání, celoživotního vzdělávání, psychoterapeutického výcviku a úhrada mezioborové spolupráce a 5) **politické**, zejména v některých aspektech chybějící podpora pro komplexní péči, jak mezioborovou spolupráci v rámci zdravotnictví, tak i mezirezortní (sociální služby, státní správa, legislativa).

Má-li vzniknout ucelené, systematické a trvale udržitelné vzdělávání lékařů psychiatrů tak, aby splňovalo všechny nároky, které klade na lékaře nový systém péče o duševně nemocné, je třeba aplikovat kvantitativní i kvalitativní hledisko. Z hlediska kvantitativního je třeba mít na paměti, že v rámci reformy psychiatrické péče budou vznikat nová zařízení, především ambulance s rozšířenou péčí a centra duševního zdraví. Pro tato zařízení bude třeba najít kvalifikované psychiatry, což v současném systému pregraduálního i postgraduálního vzdělávání může být značně obtížné. Například má-li vzniknout 100 center duševního zdraví, přičemž pro každé z nich se počítá s 1,5 úvazku psychiatra, pak bude potřeba přibližně 150 psychiatrů. Bylo by nerealistické se domnívat, že tento objem by bylo možné čerpat z lůžkových pracovišť, na nichž dojde k redukci lůžek. Pokud jde o časový horizont, psychiatr nabývá výše popsané kompetence postupně, a to během přípravy v šestiletém pregraduálním studiu oboru všeobecné lékařství na lékařských fakultách, dále během přípravy specializační (předatestační), která v současné době trvá 5 let, po jejímž zakončení získává lékař specializační osvědčení v oboru psychiatrie. Počty atestujících zdaleka nemohou uspokojit výše zmíněné požadavky: v roce 2016 celkem úspěšně odatestovalo 46, v roce 2017 to bylo 31 lékařů a lékařek a v roce 2018 odatestovalo v oboru psychiatrie 34 lékařů a lékařek. V současné situaci tedy zájem o atestaci z psychiatrie spíše stagnuje či klesá.

Zaměříme-li se na počty absolventů medicíny, pak v celorepublikovém měřítku platí, že školy vyprodukují ročně zhruba 1060 nových lékařů. Z dlouhodobých statistik a registrů je známo, že jich 70 až 100 nenastoupí a čtyři až šest procent velmi rychle, zhruba do půl roku, zaměstnání opustí. Ti, kteří nastoupí, také nepracují na plný úvazek, ale na zhruba 0,9 úvazku, z toho plyne 850 plných úvazků českých lékařů do českého zdravotnictví ročně. Z modelu tak vyplývá, že současná produkce nových absolventů, kteří nastoupí do praxe, nebude od roku 2018 schopna

krýt úbytek kapacit z důvodu stárnutí populace lékařů, a to ani za předpokladu, že budou pracovat lékaři nad 65 let v počtu více než tři tisíc úvazků. Prediktivní modely dokládají, že stavu lze docílit navýšením produkce absolventů lékařských fakult o 20 až 25 procent, a to dlouhodobě, tedy do roku 2035 až 2040.

Otázkou však zůstává, nakolik lze i při vyšších počtech absolventů zajistit větší zájem o obor psychiatrie. Zájem o obor psychiatrie mezi studenty medicíny v České republice každoročně mapuje průzkum Barometr mezi mediky (<http://www.hc-institute.org/cz/novinky/barometr-mezi-mediky-2018.html>). V celostátním průzkumu mezi mediky 4., 5. a 6. ročníků osmi lékařských fakult v České republice měli respondenti možnost zvolit si preferovaný obor ze seznamu, přičemž mohli vybrat maximálně 3 obory a také příslušný obor aktivně uvést. Psychiatrii si vybrala v roce 2016 tři procenta mediků (1207 respondentů), stejně jako v roce 2017 (917 respondentů) a v roce 2018 to byla čtyři procenta mediků (1314 respondentů).

Současný systém profesní přípravy psychiatrů vyhovuje kompetencím, které bude psychiatr v zreformovaném systému zastávat, pouze částečně. Všeobecně chybí akcent na zotavení, bio-psycho-sociální přístup, znalost konkrétních metod práce potřebných v multidisciplinárních týmech, včetně specifických rehabilitačních postupů určených pacientům se závažným duševním onemocněním. Stejně tak systém vzdělávání nenabízí psychiatrům přípravu na jejich vůdčí roli, kterou mají v systému zastávat. V následujícím textu je popsán současný stav v oblasti pregraduálního, specializačního, postgraduálního a celoživotního vzdělávání. Zvláštní kapitola je věnována vzdělávání v psychoterapii. Jsou identifikovány „mezery“ ve vzdělávání a navrženy možnosti, jak modifikovat systém vzdělávání tak, aby lépe odpovídal kompetencím psychiatra v zreformovaném systému (výstup z pracovní skupiny ke vzdělávání psychiatrů v projektu Deinstitutionalizace, MZD).

Sestry

70 % zdravotnických pracovníků v péči o duševní zdraví tvoří sestry. Z nich 3 904 pracuje v následné psychiatrické lůžkové péči, 739 v akutní lůžkové péči, 267 v ambulantní péči a 30 v komunitní péči. 31 % sester v oboru je mladších čtyřiceti let, 60 % se nachází ve věkovém

rozmezí 40–59 let (viz Příloha č. 10). Samostatná odbornost psychiatrická sestra (914) byla do Sazebníku výkonů zavedena v roce 2004.

Vzdělávání psychiatrických sester

Potřeba změn v odborné přípravě psychiatrických sester vyplývá z probíhající reformy psychiatrické péče, v důsledku které se postupně proměňuje struktura psychiatrických služeb a přesouvá se těžiště péče z institucí do přirozeného prostředí pacientů. Změny v systému služeb vyžadují také změny v přístupu profesionálů a jejich odlišné dovednosti. Drtivá většina psychiatrických sester aktuálně pracuje v lůžkové péči a jejich stávající odborná příprava tomu odpovídá. V budoucnosti by měly sestry najít uplatnění také v jiných typech péče, jako jsou Centra duševního zdraví, psychiatrické ambulance s rozšířenou péčí, mobilní týmy a denní stacionáře. Odborná příprava sester musí na tyto změny reagovat tak, aby sestry byly na nové úkoly připraveny a vybaveny potřebnými znalostmi a dovednostmi.

Identifikované nedostatky

- 1) Stávající vzdělávací program specializačního studia Ošetřovatelství v psychiatrii nereflektuje probíhající a plánované změny v systému péče o duševní zdraví:
 - nedostatečný důraz je kladen na princip recovery a dlouhodobou podporu klientů a také na osvojení si základních dovedností v psychosociálních přístupech, osnovy neobsahují rehabilitační procesy ani recovery přístupy
 - sestry nezískávají znalosti a dovednosti potřebné k provádění některých výkonů odbornosti 914 – psychiatrická sestra (např. individuální psychiatrická rehabilitace, podpůrné terapeutické aktivity, krizová intervence aj.)
 - ve studiu chybí ucelený výklad hlavních principů a modelů komunitní péče
 - nedostatečný prostor je věnován procvičování dovedností, jde převážně o frontální způsob výuky
 - sestry nejsou dobře seznámeny s různými vyhodnocovacími nástroji – dotazníky potřeb a schopností klienta (např. GAF, HONOS aj).

- do praktické přípravy není zařazena praxe ve specializovaných Centrech duševního zdraví či v jiných multidisciplinárních týmech. Velká část praxe probíhá na pracovišti studenta a její přínos je tedy problematický.

2) Neuskutečňuje se vhodná specializovaná příprava pro sestry v dětské a dorostové psychiatrii.

V současné době se neuskutečňuje specializační vzdělávání sester v dětské a dorostové psychiatrii, tento program byl zrušen v roce 2006. Oblast pedopsychiatrie byla částečně zařazena do specializačního vzdělávání Dětské a Psychiatrické sestry, ale postupně se ukázalo, že pro teoretické, praktické, odborné a legislativní požadavky není tento systém vhodný a je potřeba vytvořit vhodnou formu odborné přípravy pro sestry pracující v oblasti dětské a dorostové psychiatrie. V roce 2018 se do NV č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání, podařilo ukotvit pro povolání dětské sestry obor specializačního vzdělávání Ošetrovatelská péče v dětské a dorostové psychiatrii s označením specialista dětská sestra pro dětskou a dorostovou psychiatrii. V následujícím období musí dojít k vypracování a schválení vzdělávacího programu a zahájení vzdělávání v tomto oboru.

3) Není k dispozici systematická příprava v oblasti psychoterapie.

Psychiatrické sestry při své práci využívají soubor specifických aktivit a prostředků (rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, interakce ve skupině aj.), jejichž cílem je širší kontakt s pacientem a jeho blízkými, včetně pomoci při porozumění, odstranění nebo zmírnění jeho potíží.

K činnostem poskytovaným psychiatrickými sestrami patří zejména:

- činnosti při krizové intervenci,
- psychická aktivizace,
- podpůrná psychoterapie,
- edukační a podpůrná práce s pacientem a jeho rodinou,

- relaxační techniky,
- aktivizace kognitivních funkcí,
- činnosti koterapeuta,
- další činnosti v návaznosti na specifickou odbornou přípravu (např. KBT strategie aj.).

Aktuální systém vzdělávání nezajišťuje odpovídající přípravu pro výkon výše uvedených činností. Současný systém odborné přípravy nenabízí ucelenou a koncepční přípravu pro další vzdělávání sester v oblasti psychoterapie. Sestry absolvují mnoho terapeuticky zaměřených kurzů s různou kvalitou, část z nich se účastní sebezkušenostních výcviků pro psychiatry a psychology, jejich dovednosti však nejsou v praxi dostatečně rozpoznány. Jejich práce se mnohdy kryje s prací psychologů a psychiatrů. Komunikace a osobnost pomáhajícího jsou v práci s psychicky nemocným jedním z klíčových nástrojů, které při své práci používá. Proto by sestra měla být připravena na situace, které v interakci s pacientem mohou nastat. Odklon od přímé práce s klientem může být v mnoha případech způsobený právě nejistotou, kterou v různých nestandardních situacích pomáhající zažívá. Dále pak by se měla sestra naučit využívat svůj potenciál. Pracovat sama se sebou, svými prožitky a také posilovat zdravé složky osobnosti nemocného. To je důležité z hlediska duševní hygieny, bezpečnosti a diagnostiky. Také by se ale měla naučit vymezit v některých situacích, kdy je to na místě.

Cílem je vytvoření jednotného systému odborné přípravy v oblasti psychoterapie. Definovat požadavky na vytvoření sebezkušenostního výcviku specifického pro sestry a vytvořit certifikovaný kurz. Ucelené vzdělávání bude obsahovat kombinaci teorie, sebezkušenosti a supervize. Po jeho absolvování bude sestra připravena k provádění rozmanitých psychoterapeutických činností pod supervizí erudovaného psychoterapeuta a bude hrát významnou roli při zajišťování terapeutické péče.

Psychologové

V rámci procesu reformy péče o duševní zdraví je kromě potřeby úprav vzdělávání s ohledem

na změnu paradigmatu poskytované péče identifikován nedostatek klinických psychologů pro zajištění kvalitních již existujících služeb a rozvoj nových komunitních služeb, a také nedostupnost psychoterapie pro lidi s duševním onemocněním.

Ohledně procesu vzdělávání je první podmínkou výkonu profese ve zdravotnictví získání odborné způsobilosti. Té dosáhne absolvent jednooborového bakalářského studia psychologie a navazujícího jednooborového magisterského studia psychologie absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu Psycholog ve zdravotnictví. Následuje specializační příprava v klinické psychologii, která trvá 5 let, z nichž 3 roky tvoří kmen. Po tuto dobu pracuje psycholog ve zdravotnictví pod odborným dohledem klinického psychologa. Podmínkou získání odbornosti klinický psycholog, tj. specializované způsobilosti, je úspěšné složení atestační zkoušky. Vzdělávání v psychoterapii je specializační, tzv. nadstavbové. Aktuálně se konstituuje v návaznosti na novely z. 96/2004 Sb. a nařízení vlády 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání, je připravován nový dvouletý vzdělávací program. Dle něj je podmínkou jeho započítání splnění základního kmene v oboru klinické psychologie a absolvování 200 hodin komplexního psychoterapeutického výcviku schváleného pro zdravotnictví. Podmínkou k získání odbornosti psychoterapeut je úspěšné absolvování komplexního psychoterapeutického výcviku schváleného pro zdravotnictví (s částí teoretickou, praktickou i supervizní), splnění podmínek vzdělávacího programu a úspěšné složení atestační zkoušky z psychoterapie. Vzdělávání v dětské klinické psychologii je specializační, tzv. nadstavbové. Navazuje na získání odbornosti klinický psycholog, je dvouleté, završené atestační zkouškou. Aktuálně není možné složit atestaci z psychoterapie ani u klinických psychologů, ani u lékařů. Současný stav rozděluje smysluplný koncept společného nadstavbového vzdělávání v PT pro klinické psychology a lékaře.

Sociální pracovníci / zdravotně sociální pracovníci

Současná transformace psychiatrické péče se orientuje na komunitní psychiatrii, která využívá mezioborovou spolupráci a integrovaný přístup při zajišťování komplexní péče o pacienty/klienty v jejich přirozeném prostředí. Celkově mění se koncepce péče, dává vzniknout zcela nové roli sociálních pracovníků na poli naplňování potřeb duševně nemocných

pacientů/klientů, a to zejména v oblasti individualizované podpory a zajištění multidisciplinárního přístupu v komunitních službách.

Sociální pracovník dle zákona č. 108/2006 Sb. vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 má také sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu (zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních).

V současné situaci lze identifikovat nedostatečnou kapacitu zdravotně sociálních pracovníků u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie, kteří by mohli zajistit intenzivní individualizovanou sociální práci ve prospěch pacientů. V současnosti je role zdravotně sociálních pracovníků u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie převážně administrativní a na vlastní sociální práci s pacientem nezbývá kapacita. Zdravotně sociální pracovníci u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie jsou přetíženi agendou důchodů, manipulací s finančními prostředky klientů a vyřizováním dalších jejich záležitostí. Pracovní pozice zdravotně sociálního pracovníka není systematicky využívána pro mapování a zprostředkování služeb v přirozené komunitě pacientovi opouštějícímu následnou lůžkovou péči, ani individualizaci podpory v samotném zdravotnickém zařízení, přestože právě dané oblasti jsou součástí profesní kvalifikace zdravotně sociálních pracovníka.

Zároveň je velkým problémem neexistence standardů sociální práce pro poskytovatele následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a zdravotnická zařízení věnující se problematice duševního zdraví. Chybí obsahová definice základních kompetencí, které mají sociální pracovníci v moderní péči o duševně nemocné vykonávat, stejně jako vymezení standardů

v oblasti vzdělávání, které by definovaly jak výuku pregraduální, tak i obsahové zaměření základních stupňů celoživotního kontinuálního vzdělávání a zahrnovaly by problematiku duševního zdraví, individualizované péče a multidisciplinárního přístupu.

Pracovníci v sociálních službách

Kvalifikaci a výkon činnosti pracovníka v sociálních službách upravuje zákon č. 108/2006 Sb. Podrobnější specifikací role pracovníka v sociálních službách v oblasti duševního zdraví se věnuje Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví Ministerstva práce a sociálních věcí, nicméně je nutné konstatovat, že daný doporučený postup specificky nerozpracovává roli pracovníka v sociálních službách, ale slučuje ji s rolí sociálního pracovníka i přes rozdílnou kvalifikaci.

Oblast duševního zdraví v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

Vzdělávání v mateřských, základních, středních a vyšších odborných školách je upraveno zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcími předpisy. Obsah a cíle vzdělávání v mateřských, základních a středních školách vymezují rámcové vzdělávací programy, na základě kterých si školy vytvářejí svoje školní vzdělávací programy zohledňující specifika jednotlivých škol. Profesní příprava učitelů probíhá na vysokých školách, zejména na pedagogických fakultách. Katedry připravující budoucí pedagogy jsou však i na fakultách s jiným odborným zaměřením. Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů zajišťuje vysokým školám samosprávnou působnost při tvorbě a uskutečňování studijních programů. Vzdělávací obsahy, které jsou v souladu s veřejným zájmem, však lze plošně do profesní přípravy budoucích pedagogů začlenit prostřednictvím nařízení vlády.

Školský zákon a jeho prováděcí vyhlášky zakládají právní rámec pro poskytování podpory dětem, žákům a studentům (dále jen žáci) s psychosociální zátěží a duševním onemocněním. Novela školského zákona č. 82/2015 Sb. od roku 2016 zavedla systém nárokových podpůrných

opatření, která jsou určena všem žákům, kteří je nezbytně potřebují „k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními.“¹ Podpůrná opatření spočívají v nezbytných úpravách ve vzdělávání a školských službách, které odpovídají zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám žáka. S ohledem na širší definice skupiny žáků s nárokem na zajištění podpory ve vzdělávání i v dalších školských službách lze konstatovat, že tato podpora je určena i žákům s duševním onemocněním či psychosociální zátěží, přestože v zákoně nejsou explicitně zmíněni. V § 16 školský zákon definuje skupiny žáků, pro které lze zřizovat samostatné školy, třídy, oddělení nebo skupiny. Patří sem mimo jiné žáci s mentálním postižením, poruchami autistického spektra a závažnými vývojovými poruchami chování. Uvedené kategorie speciálních vzdělávacích potřeb jsou zavedeny pro účely školství, druh speciálních vzdělávacích potřeb stanovuje školské poradenské zařízení, pedagogicko-psychologická poradna nebo speciálně pedagogické centrum. Školská poradenská zařízení mají při stanovování speciálních vzdělávacích potřeb (SVP) vycházet ze zdravotních diagnóz žáků, ne vždy se to však tak děje v případě kategorie závažné vývojové poruchy chování. Počet žáků s touto SVP vzrostl v základních školách v období od roku 2005 do roku 2017 čtyřnásobně, přičemž ve školním roce 2018/2019 činil již 15 855 žáků (zdroj: Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání, 2018)¹. Nárůst počtu žáků s touto kategorií SVP však neodpovídá skutečnému nárůstu počtu žáků s duševní poruchou a poruchou chování (F90-F98). Počet žáků se závažnou vývojovou poruchou chování (10 dětí na 1000 dětí v ZŠ) nejvíce odpovídá počtu klientů středisek výchovné péče a počtu případů dětí do 15 let s výchovnými problémy evidovaných kurátory pro mládež. Počet případů dětí, které se dopustily trestné činnosti řešené kurátory pro mládež je výrazně nižší (2 děti na 1000 dětí v ZŠ). To samé platí i pro počet dětí přijatých v důsledku problémů v chování do dětských domovů se školou (méně než jedno na 1000 dětí), nebo pro počet dětí hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních z důvodu léčby diagnózy F90-F98 (1,1 dětí na tisíc dětí v ZŠ).

Počty žáků s evidovanou závažnou vývojovou poruchou chování v jednotlivých krajích ČR se značně liší. Ve školním roce 2016/2017 jich bylo 15,3 na 1000 dětí v ZŠ v Karlovarském kraji, zatímco v Jihočeském kraji jen 3,6. Takto vysoké rozdíly jsou dány odlišnými postupy v

posuzování SVP ve školských poradenských zařízeních v jednotlivých krajích, které jsou do značné míry spojeny se subjektivními očekáváními pedagogických pracovníků ve vztahu k chování žáků ve školním prostředí.

Z několika reprezentativních šetření¹ vyplynulo, že vývojové poruchy chování a duševní onemocnění jsou pro pedagogy nejnáročnější kategorií speciálních vzdělávacích potřeb, se kterými se ve školách setkávají. Učitelé se nepovažují být na vzdělávání těchto žáků dostatečně připraveni. Současně učitelé i ředitelé základních škol projeví zájem o další vzdělávání a metodickou podporu v této oblasti. Z analýzy potřeb škol v oblasti dalšího vzdělávání realizované Národním institutem dalšího vzdělávání taktéž vyplývá, že se jedná o téma, ve kterém pedagogové nejvíce pociťují nedostatečné kompetence¹. Z tematické zprávy České školní inspekce¹ vyplynulo, že v současné době je převažujícím způsobem řešení problémového chování žáků v českých školách využívání kázeňských trestů (poznámky, důtky třídního učitele, ředitele, snížená známka z chování aj.). Některé školy zavádějí separátní místnosti, do kterých posílají žáky, kteří svým chováním ruší ve výuce.¹ Opatření uplatňovaná ve školním prostředí jsou tedy převážně represivní povahy. Problémové chování ve škole bývá také jednou z příčin umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Identifikace příčin problémového chování žáků a od nich se odvíjející pedagogické a speciálněpedagogické intervence v českých školách systémově uplatňovány nejsou. Ve školách také není rozvinuta včasná identifikace ohrožených dětí, včetně dětí se syndromem CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Tyto děti tráví významnou část dne ve školách a školských zařízeních, přesto jsou jejich obtíže nezhvězda zachyceny až po několika letech nevhodného zacházení. Po přijetí novely školského zákona v roce 2016 se ve školách díky systému podpůrných opatření začíná zvyšovat počet školních speciálních pedagogů a školních psychologů, kteří by mohli mít aktivní roli ve včasném záchytu dětí s psychosociálním ohrožením a podpoře jejich zapojení do vhodných forem intervence.

Za realizaci primární prevence rizikového chování (podle terminologie školského zákona sociálně patologických jevů) v základních a středních školách odpovídají metodici prevence. Ti dle vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů zajišťují metodickou, koordinační a

poradenskou činnost v problematice prevence rizikového chování žáků (šikana, užívání návykových látek, sebepoškození, poruchy příjmu potravy, rizikové chování spojené s násilím, vandalismus, záškoláctví, rizikové sexuální chování, aj.). Nejedná se však o pracovníky, kteří by měli na starost výlučně agendu primární prevence. Tuto funkci zastávají učitelé, kteří prošli specializačním vzděláváním, jejich přímá vyučovací povinnost však není pro výkon preventivních činností snížena. Dle tematické zprávy České školní inspekce¹ mělo tuto práci zohledněnou finančně jen 15 % učitelů. Zajištění primární prevence rizikového chování je díky takto nastaveným podmínkám ve školách většinou nedostatečně efektivní.

DESTIGMATIZACE A PREVENCE

Destigmatizace a prevence jsou zásadním předpokladem pro snižování zátěže způsobované duševními onemocněními, protože umožňují lidem včas rozeznat symptomy duševního onemocnění, vyhledat odbornou pomoc a lépe se vypořádat se sociálními důsledky duševních onemocnění.

V ČR je oproti původním členským státům EU mimořádně vysoká stigmatizace, a to jak mezi veřejností, tak mezi specifickými subpopulacemi jako jsou zdravotníci (Winkler et al., 2015a, Winkler et al., 2016a).

Destigmatizační aktivity mají v ČR dlouhou tradici, nicméně zpravidla zůstávaly bez řádné evaluace. V roce 2017 byl však v rámci reformy psychiatrické péče spuštěn celonárodní projekt Destigmatizace, financovaný – stejně jako ostatní implementační projekty reformy psychiatrické péče – z Evropských strukturálních a investičních fondů. Projekt Destigmatizace a jeho iniciativa Na rovinu se soustředí výhradně na evidence-based (založený na důkazech) destigmatizační opatření pro šest strategicky vybraných cílových skupin, jimiž jsou zdravotníci, sociální pracovníci, veřejná správa, komunity v okolí zařízení péče o duševní zdraví, samotní lidé s duševním onemocněním a jejich rodinní příslušníci. Projekt Destigmatizace je celonárodní a působí ve všech regionech ČR. Kromě zmíněných cílových skupin se soustředí také na podporu uživatelského hnutí. Financování projektu končí v roce 2022. Z důvodu

omezení kladených MPSV na relevantní výzvu, nebylo možné v projektu Destigmatizace zacílit na další relevantní populační skupiny jako policie, učitelé nebo všeobecná populace.

Prevence se v ČR soustředí především na sekundární jevy, jako šikana, záškoláctví, drogy atd., nicméně univerzálně cílená prevence soustředěná na duševní zdraví není systematicky dostupná. WHO doporučuje zařazení školních programů zaměřených na psychosociální dovednosti, aplikovaných učiteli, jako součást prevence patologických jevů (WHO, 2013a). Výzkum ukazuje, že psychosociální gramotnost žáků je zásadní pro akademické úspěchy ve škole, nižší incidenci rizikového chování, dokončení základního vzdělání a pokračování ve vysokoškolském studiu a celkově vyšší pravděpodobnost stát se zodpovědným občanem (Jones et al., 2017). Jelikož jsou univerzální programy pozitivně nastavené a nezávislé na přítomnosti rizika u dané skupiny, nejsou stigmatizující, a proto snadno přijatelné a implementovatelné (Greenberg et al., 2001). Existují dvě komponenty efektivních destigmatizačních programů. Za prvé, destigmatizační programy musí být systematické a dlouhodobé. Za druhé, destigmatizačních aktivit se musí účastnit lidé se zkušeností s duševním onemocněním (Thornicroft et al., 2016).

Jedním ze šesti základních principů *Evropského akčního plánu pro duševní zdraví* (WHO, 2013a), který akcentujeme i v tomto dokumentu, je princip životního cyklu. Smyslem tohoto principu je, aby veškeré politiky, plány a služby v oblasti duševního zdraví braly v úvahu zdravotní a sociální potřeby ve všech fázích života člověka, včetně dětství, adolescence, dospělého a seniorského věku. Ve vztahu k prevenci se kromě seniorského věku, který je z velké míry ošetřen ve dvou dalších strategických dokumentech (MZd 2016, MPSV, 2013), a výše popsané prevence duševních onemocnění u dětí a adolescentů nutno zaměřit na období produktivního věku a specificky oblast zaměstnání.

Duševní zdraví ve vztahu k zaměstnání je definováno jako schopnost pracovat produktivně a kreativně, zapojit se do pevných, stabilních a pozitivně nastavených vztahů, naplňovat osobní i společenské cíle a tím přispívat do komunity a získat/udržet si pocit smysluplnosti své práce.

Na obecné rovině je uznáváno, že „práce je pro lidi dobrá“ a přispívá k pocitu naplnění a finanční a sociální prosperitě, ale také k lepšímu duševnímu zdraví. U lidí se zkušeností

s duševním onemocněním je udržení si / návrat do práce vitální součástí procesu zotavení, a to pomocí budování sebedůvěry, sebevědomí, sociální jistoty/statutu a inkluze do společnosti (Kondrátová and Winkler, 2017). Zlepšování pracovních podmínek může zvýšit procento zaměstnaných lidí s duševními obtížemi či duševním onemocněním – naopak, pokud k tomu nedochází, narůstají vládě náklady na sociální podporu u lidí, kteří by sami preferovali být zaměstnaní (Barbato et al., 2016).

Je potřeba poznamenat, že obecné vyjádření, že práce je pro lidi dobrá, platí pouze pokud je samotná práce „dobrá“. V případě „nedobré“ práce již máme v současnosti významný objem dat dokládajících negativní vliv zátěže spojené se zaměstnáním na duševní i tělesné zdraví zaměstnanců z obecné populace, spolu se souvisejícím negativním efektem na produktivitu a výkonnost obchodu a společnosti. I když samozřejmě i fyzické prostředí, ve kterém je práce vykonávána, může mít přímý negativní efekt na duševní zdraví, je to právě psychosociální pracovní prostředí (spojené s charakteristikami organizace práce), které zakládá na signifikantní zdravotní rizika, a to zejména cestou pracovní stresové zátěže (OECD, 2012, OECD, 2015).

V současné době kromě průzkumů, jež potvrzují vysokou míru subjektivně vnímaného negativního vlivu podmínek v zaměstnání na zdraví zaměstnanců, pozorujeme zvyšující se incidenci duševních onemocnění v souvislosti se zaměstnáním, vyšší míru předčasných důchodů a pracovní neschopnosti ve spojitosti se stresovou zátěží. Pracovní neschopnost jednoho zaměstnance navíc vede ke zvýšení pracovního tlaku a stresové zátěže na zbytek týmu. Zaměstnavatelé se kromě vcelku dobře měřitelného absenteismu čím dál častěji potýkají s tzv. presenteismem (nízký pracovní výkon kvůli nepohodě v práci), kde studie naznačují až pětinasobný vliv na ušlý zisk proti samotnému absenteismu. Presenteismus je také rizikový pro duševní nebo tělesné (kardiovaskulární či metabolické) onemocnění v budoucnu, což dále přispívá k ekonomické ztrátě zaměstnavatele (Barbato et al., 2016, OECD, 2015).

Zaměření se na zlepšení psychosociálních podmínek v zaměstnání tedy nejenom zlepší produktivitu zaměstnanců, ale také sníží míru migrace zaměstnanců mezi zaměstnavateli, zlepší dialog mezi zaměstnanci, posílí míru kreativity a inovací, které jsou zásadní pro

dynamický obchod, a zlepší reputaci zaměstnavatele a je významně nákladově efektivní. Dle analýzy provedené v roce 2009 (NICE, 2009) komplexní přístup k posilování duševní pohody na pracovišti sníží ztrátu produktivity zaměstnanců jako důsledek nadměrného stresu přibližně o 30 % a pro 1.000 podnik/zaměstnance ušetří nadměrné náklady ve výši 473 000 dolarů.

OBHAJOBA PRÁV A ZÁJMŮ KLIENTŮ A JEJICH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Zapojování klientů a jejich rodinných příslušníků do rozhodování

Ačkoliv nám může připadat, že zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů má být samozřejmé, jsme v České republice teprve na začátku tohoto procesu. To, že jsme na začátku, je způsobeno několika faktory jako poměrně krátká tradice v zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním, která započala na začátku 90 let minulého století, přes zatím nepříliš silné a vlivné uživatelské hnutí, které by důsledně prosazovalo zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním do všech úrovní rozhodování, až po nízký počet uživatelů péče, kteří se chtějí osobně do těchto procesů zapojit.

Je ovšem nutné objektivně přiznat, že tyto problémy nejsou specifické pouze pro Českou republiku, ale potýká se s nimi mnoho zemí světa, a to i v obecné rovině zapojování občanů do rozhodovacích procesů. V roce 1969 byl publikován článek „A Ladder of Citizen Participation“ (Arnstein, 1969), ve kterém byl prvně zveřejněn žebřík míry participace občanů na rozhodování. Tento žebřík může sloužit jako nástroj i pro hodnocení současného stavu zapojování lidí s duševním onemocněním i rodinných příslušníků do rozhodování v České republice. Od spodní příčky žebříku k nejvyšší příčce jsou jednotlivé stupně seřazeny následovně:

- Občanská kontrola (Citizen Conroll)
- Delegovaná moc (Delegated power)
- Partnerství (Partnership)

Stupně
občanského
vlivu
|
ipace

<ul style="list-style-type: none"> • Ukonejšení (Placation) • Konzultování (Consultation) • Informování (Informing) 	Stupně tokenismu ipace
<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Terapie (Therapy) • Manipulace (Manipulation) 	Ne- participacet okenismu

Na tomto žebříku patří Manipulace a Terapie do domény „Ne-participace“, příčky Informování, Konzultování a Ukonejšení pak představují společně různé stupně tokenismu, Partnerství, Delegovaná moc a Občanská kontrola pak představují společně různé stupně občanského vlivu. Více o jednotlivých příčkách žebříku na: www.partnerships.org.uk/part/arn.htm.

Aktuální stav

Uživatelé psychiatrické péče a zástupci jejich rodin jsou členy Pacientské rady, která vznikla v roce 2017 jako poradní orgán ministra zdravotnictví s cílem zvýšit ochranu práv pacientů.

V rámci reformy psychiatrické péče vznikla Odborná rada pro odbornou garanci Strategie reformy psychiatrické péče (dále jen Odborná rada), která je odborným poradním orgánem Ministerstva zdravotnictví. Odborná rada připomínkuje a oponuje koncepční materiály, které se týkají péče o lidi s duševním onemocněním.

V Odborné radě jsou zastoupeni jak uživatelé psychiatrické péče, tak zástupci rodinných příslušníků.

Reforma psychiatrické péče je řízena Výkonným výborem pro řízení implementace Strategie reformy psychiatrické péče (dále jen Výkonný výbor). Jeho úkolem je operativně řešit problémy vzniklé během implementace reformy psychiatrické péče a řídit projekty Implementace Strategie reformy psychiatrické péče.

Výkonný výbor je složen z odborníků na jednotlivé oblasti, kterých se reforma péče o duševní zdraví dotkne, a lidé se zkušeností s duševním onemocněním mají i zde své zástupce. Výkonný výbor plní prakticky i funkci expertní platformy, kde je možné problémy, které implementace reformy přináší, diskutovat.

V rámci reformy hrají důležitou roli Krajské řídicí skupiny. Smyslem práce Krajské řídicí skupiny je vytvořit fungující síť péče o lidi s duševním onemocněním v regionech a řídit reformu péče o duševní zdraví v daném regionu. Členy těchto Krajských řídicích skupin jsou i uživatelé péče a zástupci neformálních pečovatелů.

Zástupci lidí se zkušeností s duševním onemocněním jsou i členem všech pracovních skupin zřízených Odbornou radou, které se zaměřují na návrhy řešení dílčích oblastí ve vztahu k systému péče o lidi s duševním onemocněním (Pracovní skupina pro vzdělávání v psychiatrii, Pracovní skupina k síti služeb, Pracovní skupina k materiálně technickému standardu akutní lůžkové péče v psychiatrii atd.).

Na úrovni jednotlivých psychiatrických nemocnic/léčeben jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním členy transformačních týmů nemocnic.

Lidé s duševním onemocněním a jejich rodinní příslušníci jsou středem zájmu reformy. Proto je důležitým krokem, že jejich zástupci jsou členy všech výše uvedených těles, a to vždy v počtu 1 až 2 zástupci.

V roce 2019 začala v rámci reformy psychiatrické péče fungovat Pracovní skupina k uživatelům péče. Smyslem této pracovní skupiny je diskuze nad problémy, které přináší reforma péče o duševní zdraví, a tvorba a poskytování fundovaných stanovisek lidí se zkušeností s duševním onemocněním, která se dostávají na Výkonný výbor a Odbornou radu a odrážejí pohled lidí se zkušeností s duševním onemocněním. K tvorbě fundovaných stanovisek si pracovní skupina může pozvat pro diskusi nad daným tématem odborníky v dané oblasti.

Důležitou funkcí této pracovní skupiny je informování lidí se zkušeností s duševním onemocněním v regionech a získávání zpětné vazby pro její další činnost. K informování lidí se zkušeností s duševním onemocněním slouží regionální setkávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním v rámci vznikajícího uživatelského hnutí.

V současnosti jsou lidé s duševním onemocněním přizýváni k rozhodování na regionální i celostátní úrovni, nicméně jejich zapojení je často formální. Nejsou mnohdy např. přizýváni k tvorbě dokumentů, ale až k připomínkování již vytvořených dokumentů. Aby vznikající dokumenty obsahovaly skutečné potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich

rodin, je nezbytně nutná účast lidí se zkušeností s duševním onemocněním a zástupců rodinných příslušníků na tvorbě dokumentů od jejího začátku. Jedině takto lze vytvořit aktivní spolupráci nad tvořenými dokumenty mezi lidmi s duševním onemocněním, jejich rodinami a odborníky (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, článek 4 Obecné závazky, odstavec 3). Zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním také nepokrývá všechny úrovně řízení systému péče, např. úroveň řízení jednotlivých služeb, vyhodnocování kvality poskytované péče atd.

Vzájemné informování odborné veřejnosti a zástupců uživatelů psychiatrické péče je považováno za prioritu, jejímž cílem je propojování dvou světů, a to světa uživatelů psychiatrické péče a světa odborníků. Vzájemné propojení těchto pohledů totiž pomůže významně zlepšit stav péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním v České republice.

Rozhodování uživatelů psychiatrické péče na individuální úrovni

Jednou z nejdůležitějších oblastí rozhodování je pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním rozhodování na individuální úrovni. Tato úroveň rozhodování totiž zasáhne každého člověka se zkušeností s duševním onemocněním, ať již v rozhodnutí hledat práci, dokončit studium, být rovnocenným partnerem ve vztahu ke svému psychiatrovi, až po rozhodování v oblasti zakládání rodiny.

Pro partnerský vztah se svým psychiatrem je velmi důležitá informovanost člověka se zkušeností s duševním onemocněním zajištěná profesionálem v oblasti péče o duševní zdraví. Taková informovanost poskytuje také prostor pro sdílené rozhodování, kdy se do léčby zapojuje vedle profesionálů jak sám člověk se zkušeností s duševním onemocněním, tak jeho rodina. Přestože je evidentní, že partnerský vztah pomáhá člověku se zkušeností s duševním onemocněním vytvořit pozitivní vztah k léčbě duševního onemocnění, je ze strany lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků často uváděno, že právě tento partnerský vztah není v současném systému péče o duševní zdraví normou.

Malá pozornost je věnována terapeutickému plánování jak v akutní péči, kdy existují důkazy o výhodnosti strukturovaného plánování péče, tak i strukturovanému sestavování plánů s aktivním zapojením nemocných v péči dlouhodobé. Taktéž je nedostačující současná praxe,

kdy nejsou vypracovávány krizové plány za participace nemocných, jejich blízkých a podpůrců a u nemocných, u kterých došlo k aplikaci omezovacích prostředků, plány prevence aplikace těchto restriktivních opatření.

Z důvodu nedostatečného počtu personálu u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie je prostor pro individuální podporu člověka v akutním stavu duševního onemocnění u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie často omezen.

Lidé se zkušeností s duševním onemocněním často neznají svoje práva, jako například právo na nápomoc při rozhodování. Nápomoc při rozhodování umožňuje podporu člověka s duševním onemocněním dalším člověkem – podpůrcem v jakémkoli rozhodovacím procesu osobního života. Podpůrcem se stává člověk, kterého si člověk se zkušeností s duševním onemocněním svobodně zvolí, na základě smlouvy schválené soudem. Podpůrce radí a pomáhá podporovanému, účastní se jednání apod., podporovaný rozhoduje sám. Občanský zákoník umožňuje podporovanému mít i více podpůrců. Podpůrce nesmí podporovaného nevhodně ovlivňovat nebo se na jeho úkor obohatit. Při písemném jednání může podpůrce připojit svůj podpis, s uvedením funkce. Na návrh podporovaného nebo podpůrce soud vztah ukončí. Ačkoliv se soudy snaží o uplatňování nápomoci při rozhodování v praxi, rodiny velmi často trvají na omezení svéprávnosti.

Další formou podporovaného rozhodování je podpora opatrovníka bez omezení svéprávnosti opatrovance. Opatrovník jedná společně s opatrovancem. Jedná-li opatrovník samostatně, jedná v souladu s vůlí opatrovance, a nelze-li ji zjistit, rozhodne na návrh opatrovníka soud. Opatrovník tak musí dbát mimo jiné na ochranu nejlepších zájmů opatrovance a naplňování jeho práv. Poměrně dobře funguje v praxi okresních soudů.

Problematika neformálních pečujících

Z kvalitativního výzkumu vedeného výzkumníky z Národního ústavu duševního zdraví, který se zabýval stigmatizací a diskriminací rodinných příslušníků lidí s diagnózou schizofrenie (Krupchanka et al., 2018a), mimo jiné vyplynulo, že rodinní příslušníci jsou vystaveni velké zátěži, která je důsledkem často neomezené péče a podpory jejich nemocného blízkého.

Rodinní příslušníci si velmi stěžují na nedostatečnou podporu v jejich roli neformálních pečovatelů ze strany státu, a to i na nedostatečnou finanční podporu jejich nebo jejich nemocných blízkých, kdy např. přiznávání příspěvků na péči není dostatečně přizpůsobeno lidem se zkušeností s duševním onemocněním.

Dalším problémem, který neformální pečovatelé často zmiňují, je situace, kdy nejsou dostatečně zapojováni do léčby jejich nemocného blízkého a nejsou jim mnohdy podávány informace o psychickém stavu příbuzného se zkušeností s duševním onemocněním, např. v období jeho hospitalizace. Leckdy je tato situace důsledkem přání pacientů neposkytovat informace o jejich zdravotním stavu rodině. Tato situace je pro rodinné příslušníky často velmi těžká, protože neznají aktuální zdravotní stav svého nemocného příbuzného.

Role opatrovníků

Z dotazníkového šetření MZd k Národnímu akčnímu plánu pro duševní zdraví vyplynula potřeba podpory opatrovníků pro výkon jejich funkce, včetně vzdělávacích programů o jejich povinnostech. Problém je totiž často ve formálním výkonu funkce opatrovníka, který nereflektuje potřeby opatrovance. Dalšími problémy jsou:

- nedostatečně vymezena role a kompetence opatrovníka, včetně definované funkce opatrovníků (u opatrovníků – rodinných příslušníků);
- nespolupráce rodinných příslušníků a opatrovníků, a to i v případě, kdy je opatrovníkem rodinný příslušník;
- metodické vedení veřejných opatrovníků není dostatečné.

V roce 2018 proběhlo plošné školení veřejných opatrovníků, kterého se účastnili zaměstnanci obecních úřadů. U obcí ale nedošlo k proškolení starostů, kteří často plní funkci veřejného opatrovníka. Dalším problémem je častá nejednoznačnost rozsudků o omezení svéprávnosti.

Role peer konzultantů v systému psychiatrické péče

Přestože pomoc peer konzultantů (lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním pomáhající svými zkušenostmi lidem, kteří s duševním onemocněním bojují) lidem se zkušeností s duševním onemocněním má terapeutický účinek, není jejich pracovní postavení

legislativně ukotveno, není vymezeno jako typová pozice v Národní klasifikaci profesí. Poskytovatelé následné lůžkové péče v oboru psychiatrie tak nemají ve většině případů možnost vytvořit oficiální pracovní pozici peer konzultanta na dobu neurčitou.

Zapojení uživatelů psychiatrické péče do výzkumu

Lidé se zkušeností s duševním onemocněním mají specifické potřeby a přání s ohledem na systém poskytované psychiatrické péče a jsou odborníky na své duševní onemocnění. Zároveň mohou poskytnout komplementární pohled a zpětnou vazbu na systém psychiatrické péče, protože tímto systémem sami procházejí. Proto je velkou výhodou, jsou-li lidé s duševním onemocněním zapojováni do hodnocení systému psychiatrické péče i plánování jeho rozvoje. Role lidí se zkušeností s duševním onemocněním ve výzkumu, který je základním kamenem rozvoje služeb pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, se v současnosti začíná rozvíjet. O to více je potřeba se nyní soustředit na rozvoj potřebných kompetencí a znalostí pro toto zapojení, a také hledání legálních mechanismů a finančních zdrojů pro podporu tohoto procesu.

Vzdělávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním

Jak bylo zmíněno výše, pro plnohodnotné zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním do rozhodovacích procesů a do výzkumu je potřebné vzdělávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním, a to s cílem vybavit uživatele psychiatrické péče potřebnými znalostmi a dovednostmi, které k těmto činnostem budou využívat.

Proto Ministerstvo zdravotnictví připravilo spolu s uživateli psychiatrické péče v rámci projektu Deinstitutionalizace roční vzdělávací cyklus pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, a to nyní primárně pro uživatele psychiatrické péče, kteří jsou členy transformačních týmů u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a pro zástupce uživatelů psychiatrické péče, kteří jsou v Krajských řídicích skupinách při každém kraji a kteří se podílejí nebo budou podílet na plánování služeb a tvorbě koncepcí péče o lidi s duševním onemocněním v regionech. Účastníci tohoto vzdělávání by měli nabyté znalosti přenášet dále mezi lidi se zkušeností s duševním onemocněním v jednotlivých krajích. Ideálním místem pro

toto předávání zkušeností, znalostí a dovedností jsou regionální setkání uživatelů v rámci budovaného uživatelského hnutí.

V případě, že nedojde ke zvyšování kompetencí lidí se zkušeností s duševním onemocněním v rozhodování ve větší míře, nebudou tito schopni účinně hájit svoje práva, ať již na individuální nebo jiné úrovni rozhodování. Základem kompetencí pro rozhodování je u každého jedince společnosti znalost potřebných informací. Pokud tedy nebude možné lidi se zkušeností s duševním onemocněním vzdělávat, nebudou moci nikdy hrát rovnocennou roli na jakémkoli stupni rozhodování a jejich pozice v rozhodovacím procesu bude vždy oslabena a bude více či méně formální. Z těchto důvodů je velmi potřebné vytvořit ve vzájemné spolupráci profesionálů, lidí s duševním onemocněním a neformálních pečovatелů, ucelený vzdělávací program, nejlépe modulární, jehož absolventi (ať již profesionálové nebo lidé se zkušeností s duševním onemocněním či neformální pečovatelé) budou vybaveni dovednostmi k vytváření partnerských vztahů na všech úrovních rozhodování v oblasti péče o duševní zdraví.

Místem pro spolupráci profesionálů, lidí se zkušeností s duševním onemocněním, rodinných příslušníků a ostatních lidí, kteří se zajímají o problematiku duševního zdraví, by mohla být „škola zotavení“ (Recovery College). Tyto školy již fungují v zahraničí a stojí na následujících principech:

- **Poskytování zplnomocňujícího (empowering) vzdělávání** založeného na zotavení (recovery based) pro každého, kdo má zájem o oblast duševního zdraví.
- **Vzájemná spolupráce** lidí se zkušeností s duševním onemocněním, rodinných příslušníků, přátel a odborníků v oblasti duševního zdraví založená na vzájemném respektu a partnerství. Smyslem této spolupráce je společné navrhování, společné absolvování a společná evaluace všech aspektů školy zotavení.
- **Přístup komunitního rozvoje**, kde škola zotavení usiluje o rozvoj partnerské a podporující sítě v komunitě tak, aby se v ní rozvíjela kultura zotavení. Cílem školy zotavení je inkluze jejích studentů do všech oblastí života komunity (sociální, vzdělávací, kulturní a pracovní) a o informování členů komunity, tak aby se stala více inkluzivní, respektující a měla větší povědomí o principech zotavení.

- **Vzdělávání dospělých**, kdy každý student si může vybrat vzdělávací kurz dle jeho zájmů a potřeb, k tomu, aby mohl rozvinout svůj potenciál k zotavení. Škola zotavení při tom není místem pro léčbu nebo terapii, ale poskytuje přátelské a neodsuzující prostředí, kde je možné učit se jeden od druhého, pěstovat vzájemný respekt a pocit propojení.

Více o Recovery College např.:

[https://transformativecollegewestmeath.wordpress.com/about-us-4/;](https://transformativecollegewestmeath.wordpress.com/about-us-4/)

<https://www.sussexrecoverycollege.org.uk/>

Programy Recovery college mají prokázaný pozitivní dopad na zotavení účastníků, na jejich dovednosti a znalosti. Existuje i evidence o vyšší kvalitě života a nižším čerpání profesionálních služeb v souvislosti s navštěvováním programu. Princip koprodukce má také přímý vliv na postoje profesionálů, kteří se programů účastní (Bourne, Meddings, & Whittington, 2018).

ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY

Na mezinárodní i vnitrostátní úrovni jsou nyní diskutovány a intenzivně probíhají kroky k implementaci lidských práv osob se zdravotním postižením a posílení kvality zdravotních služeb. Česká republika ratifikovala v roce 2009 Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva“), která deklaruje práva osob se zdravotním postižením, a tedy i osob s duševním onemocněním, která je třeba vzít v úvahu při poskytování veřejných služeb, věnujících se péči o duševní zdraví (UN, 2006).

V oblasti péče o duševní zdraví lze říci, že se oblast poskytování kvalitní péče týká osob-pacientů s vysokou potřebou individualizované podpory, s vysokou mírou pracovní neschopnosti a invalidizace. S ohledem na jejich vysokou zranitelnost a sníženou sociální adaptibilitu danou onemocněním nelze přistupovat k zajištění péče bez komplexního pohledu na člověka a individualizované péče. Důsledkem absence individualizované péče v praxi naopak může být porušování práv pacientů/klientů. Poskytování péče pro lidi s duševním onemocněním je náročné na profesionalitu personálu, na nutnost identifikovat specifičnost podpory a také na finanční prostředky, které jsou v oblasti psychiatrické péče ve srovnání s jinými zeměmi podhodnoceny (viz. blíže kapitola financování).

Legislativní vymezení a kontrola

Oblast legislativního vymezení problematiky kvality a lidských práv osob se zdravotním postižením / duševním onemocněním ve vztahu k problematice kvality je v České republice reflektována prostřednictvím dvou klíčových oblastí. První z nich je samotný legislativní rámec kvality a lidských práv. Tento je zahrnut do platné legislativy v příslušných zákonech a vyhláškách včetně souvisejících dokumentů, rezortů, a tento rámec je pro příslušné subjekty právně závazný. Druhou oblastí je definice standardů a realizace hodnocení kvality a lidských práv nestátními subjekty, např. asociacemi služeb. Jimi vypracované standardy, metodiky hodnocení a související dokumenty v těchto případech bývají zveřejňovány na jejich webových stránkách a nejsou právně závazné. Uvedené subjekty také nabízejí přidělování vlastních typů certifikací, jejichž cílem by měla být veřejná deklarace kvality certifikovaného subjektu, a pro zájemce o službu, uživatele i např. nadřízené orgány mohou být ukazatelem, zda je konkrétní služba poskytována kvalitně.

V oblasti implementace kvality a lidských práv do zdravotních služeb ČR řeší zmíněnou oblast zejména zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování a zákon č. 108/2006 Sb. a jejich prováděcí předpisy.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen MZd) k problematice kvality a lidských práv uveřejnilo ve Věstníku MZd č. 16/2015 Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (dále jen „Minimální požadavky“). Tyto rozpracovává příloha č. 2 k vyhlášce č. 102/2012 Sb., minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování (dále jen „Minimální standardy“), které ovšem problematiku lidských práv pouze zmiňují, avšak podrobněji nereflektují. Stejně tak nepřinášejí bližší nástroje implementaci lidských práv.

V oblasti zdravotní v ČR působí nezávislé certifikační subjekty s vlastními systémy hodnocení, zaměřující se na kvalitu zdravotních služeb. Uvedené systémy standardů a hodnocení kvality v oblasti zdravotních služeb jsou realizovány dle § 98 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování. Dle odst. 2 výše uvedeného paragrafu jsou tvořeny souborem

požadavků na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém zařízení z hlediska zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Vytvoření první minimální sady souměřitelných indikátorů kvality zdravotní péče včetně její metodiky bylo uveřejněno v rámci metodických doporučení Národního systému hlášení nežádoucích událostí, nicméně tyto indikátory podrobně nereflektují oblast naplňování práv osob se zdravotním postižením ani principy zotavení. V oblasti primární péče zdravotní pojišťovny využívají data získaná od poskytovatelů do určité míry k hodnocení kvality a bonifikaci ke kapitační platbě, nicméně ani zdravotní pojišťovny běžně nehradí zdravotní péči na základě dat ohledně nákladové efektivity, kvality hrazené služby (včetně kvality ve vztahu k dodržování lidských práv) či žádoucího chování systému péče a dopadu na jeho uživatele.

Na základě výše uvedeného lze konstatovat, že na národní úrovni v oblasti péče o duševní zdraví neexistuje jednotná metodika hodnocení kvality služeb ani národní doporučení pro jednotné postupy v oblasti kvality a naplňování lidských práv v oblasti služeb péče o duševní zdraví, ze kterých by poskytovatelé zdravotní a sociální péče mohli vycházet. Zároveň není systematicky sbírána dobrá praxe.

Částečně tuto problematiku řeší probíhající projekty reformy psychiatrické péče, kde součástí projektu Deinstitutionalizace je právě sběr dobré praxe, zpracování metodiky hodnocení kvality péče a její certifikace v psychiatrii (a to jak v lůžkových zařízeních, tak v ambulantním sektoru) a zavedení doporučených postupů a metodik v rámci jednotlivých typů služeb, ale pouze v systému zdravotnictví.

Kvalita péče a spokojenost s péčí

V ČR se zatím neprovádějí pravidelná šetření ohledně spokojenosti s péčí mezi uživateli služeb v oblasti péče o duševní zdraví v širším rozsahu. Nicméně do konce roku 2019 proběhne v rámci reformy psychiatrické péče rozsáhlé šetření mezi uživateli a rodinnými příslušníky s cílem zjistit kvalitu poskytovaných služeb a potřeby lidí s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků. Lidé s duševním onemocněním i rodinní příslušníci byli spolutvárci dotazníku pro uživatele péče a dotazníku pro rodinné příslušníky. Jde však o jednorázové šetření bez vazby na zavedené systémy hodnocení služeb.

V ČR existuje dlouhodobý projekt “Kvalita očima pacientů”, jehož smyslem je hodnocení kvality poskytované péče samotnými pacienty. Historie projektu sahá do roku 2000/2001. V jeho rámci jsou hodnocena zařízení lůžkové péče i ambulantní zařízení. Obě oblasti jsou hodnoceny odděleně. Jedná se o dotazníkové šetření mezi pacienty a projektu se účastní i poskytovatelé následné lůžkové péče v oboru psychiatrie. Hodnocení konkrétního zařízení v daném roce se nalézají na [stránkách projektu: www.hodnoceni-nemocnic.cz](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz), kde je možno nalézt i podrobnější informace o projektu. Standard sběru dat vyšel ve Věstníku MZd 2008/3. Výsledkem hodnocení zařízení je certifikace “Spokojený pacient”. Účast jednotlivých zařízení v tomto projektu je ale dobrovolná, konkrétně za rok 2018 se projektu zúčastnily 3 psychiatrické nemocnice.

Ačkoliv jsou lidé se zkušeností zapojování do rozhodovacích procesů, méně jsou již přizýváni k designování, tvorbě, poskytování a evaluaci intervencí pro ně potřebných. Zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním do takového procesu přináší žádanou efektivitu (Chamberlin, 2005; Thornicroft & Tansella, 2005) ve formě intervencí reflektujících vlastní zkušenost lidí s duševním onemocněním.

Kvalita péče v psychiatrických nemocnicích

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém projektu QualityRights for Mental Health (WHO, 2018b) identifikovala nedostatky v naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v institucích poskytujících dlouhodobou péči pro dospělé osoby s duševním a mentálním postižením v rámci celé Evropy, včetně tří vybraných zařízení v ČR. Z tohoto důvodu bylo v rámci implementace Strategie reformy psychiatrické péče (SRPP) provedeno komplexní šetření kvality naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v psychiatrických nemocnicích v ČR poskytujících dlouhodobou péči. Cílem mapování bylo získat validní podklady pro práci na zvyšování kvality poskytované péče a naplňování lidských práv jejich uživatelů v těchto institucích. Popis projektu a výsledky jsou zveřejněny na stránkách reformy psychiatrie (<http://www.reformapsychiatrie.cz/2019/04/01/zprava-z-mapovani-kvality-pecive-smyslu-naplnovani-umluvy-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim-v-ceskych-psychiatrickych-nemocnicich/>).

Výsledky šetření prokázaly, že u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie bylo iniciováno naplňování článku 28 Úmluvy (přiměřená životní úroveň a sociální ochrana); článku 25 (nejvyšší možná úroveň zdraví); článků 12 a 14 (rovnost před zákonem, svoboda a osobní bezpečnost); a článku 19 (nezávislý život a zapojení do komunity). Naplňování článků 15 a 16 (ochrana proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání a ochrana před vykořisťováním, násilím a zneužíváním) bylo částečně dosaženo. Mezi nejproblematictější oblasti patřilo zohledňování plánů na zotavení formulovaných spolu s uživateli péče, zohledňování preferencí uživatelů péče co do místa a způsobu léčby, používání alternativních metod pro deeskalaci krizových situací namísto izolace a omezujících prostředků, a v neposlední řadě také naplňování přístupu k edukačním a zaměstnaneckým příležitostem.

V další fázi reformy budou zaměstnanci MZD v rámci klíčové aktivity Kvality péče projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (dále Deinstitutionalizace) spolu s psychiatrickými nemocnicemi pracovat na odstranění zjištěných nedostatků. Některé nedostatky lze relativně snadno a rychle zlepšit, zatímco jiné jsou důsledkem dlouhodobé strukturální diskriminace lidí s duševním onemocněním a vyžadují změnu v samotném systému poskytování péče pro tuto cílovou skupinu, která zahrnuje oblast financování, legislativy, vzdělávání a systematickou deinstitutionalizaci.

Současná psychiatrická praxe výrazně nereflektuje specifika péče pro lidi s mentálním postižením. Psychiatrické nemocnice a léčebny suplují nedostatečnou síť sociálních služeb pro lidi se specifickými potřebami a jejich prostor a provoz není potřebám lidí s mentálním postižením přizpůsoben. Lidé s mentálním postižením a rizikem v chování jsou i přes existenci programů vedoucích k podpoře návratu dlouhodobě hospitalizovaných lidí s mentálním postižením do přirozené komunity hospitalizováni mnohdy desítky let z důvodu nedostatečnosti sítě služeb.

Kvalita péče o nemocné s nařízeným ochranným léčením trpí jednak absencí indikátorů mapujících rizika u daného nemocného (risk assessment), tak i faktorů protektivních (vycházející z principů zotavení) a nedostatečným zapracováním doporučených postupů v této oblasti péče.

Kvalita péče na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic

Kvalita poskytování akutní péče je definována standardem akutní psychiatrické péče vydaném ve Věstníku MZd 5/2016. Naplňování záměrů standardu není v současné době systematicky sledováno. Určitým vodítkem mohou být výkazy provedených výkonů, počtu pacientů, délka hospitalizace pro zdravotní pojišťovny a data získaná ze systému ÚZIS. Kvalita ve smyslu naplňování lidských práv nebo spolupráce s ostatními složkami péče není, jak již bylo popsáno výše, metodicky ošetřena ani monitorována.

Kvalita péče v psychiatrických ambulancích

Kvalita péče v ambulantní oblasti není systematicky sledována, částečně je řešena zdravotními pojišťovnami, které sledují, zda výkony popsané v Seznamu zdravotních výkonů mají v rámci péče v ambulanci naplněn obsah. U ambulantních specialistů není závazně ukotveno dodržování doporučených postupů, které vypracovávají odborné společnosti (Psychiatrická společnost ČLS JEP) a pravidelně je aktualizují.

V návaznosti na vyhlášku o dispenzární péči (vyhláška č. 39/2012 Sb., vyhláška o dispenzární péči) a definici dispenzární péče (§ 5, zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování) je účelem ambulantní léčby aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci. Lze říci, že ne všechny psychiatrické ambulance se k zákonné povinnosti provádět dispenzární péči hlásí. Na druhé straně metodický pokyn MZd k provádění dispenzární péče ze dne 22. 5. 2012 nereflektuje specifika psychiatrie a u pacientů, kteří při ambulantní péči nespolupracují, neřeší detailně postup, jak zhoršení stavu pacienta zabránit. I v návaznosti na rozvoj komunitních služeb, se zohledněním asertivního přístupu komunikace s pacienty, by byla potřeba legislativně zakotvit dispenzarizaci (včetně její vymahatelnosti) v zákoně.

Pacient/klient s nařízeným ochranným léčením se podrobuje léčbě na základě nařízení soudu, zde metodický pokyn zcela chybí. Na MZd vzniká pracovní skupina pro potenciálně nebezpečné pacienty/klienty s nařízeným ochranným léčením, kde by měla být tato problematika řešena.

V běžné psychiatrické ambulanci nelze péči o pacienta/klineta s ochranným léčením kvalitně poskytovat, ambulantní psychiatr nemá žádné nástroje k dohledu nad pacientem/klientem, pouze při nedodržování léčebného režimu má povinnost informovat soud a policii České republiky.

Kvalita péče v CDZ

Centra duševního zdraví vznikají od roku 2018 v rámci pilotních projektů MZ ČR.

Jedná se o multidisciplinární týmy složené ze zdravotníků a pracovníků v oblasti sociálních služeb. Legislativně jde o kombinaci poskytování zdravotní péče a sociálních služeb jedním multidisciplinárním týmem. Centra duševního zdraví byla poprvé definována ve *Strategii reformy psychiatrické péče* v roce 2013. Fungování služby bylo dále zakotveno ve *Standardu péče poskytované v CDZ* (věstník MZd ČR 5/2016). MPSV vydalo následně *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. Posledním metodickým materiálem je potom dokument *Základní principy péče poskytované v CDZ*, publikovaný MZ ČR v roce 2018.

Pro zdravotní služby CDZ platí legislativní požadavky zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování 372/2011. Posuzování kvality se dále týká především Věstník č. 5/2012, který stanoví minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. V tomto materiálu se jedná především o kritéria bezpečí a hygieny, vodítka specifická pro ambulantně terénní služby typu CDZ zde nalézt nelze.

Pro sociální služby CDZ platí legislativní požadavky zákona o sociálních službách 108/2006. Posuzování kvality probíhá dle Standardů, které jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., a je realizováno ze strany MPSV. V současnosti reálné riziko spočívá v tom, že nově vznikající služby typu CDZ budou procházet externími, na sobě nezávislými hodnoceními kvality podle různých legislativních norem a s různou závazností. To může zatížit fungování těchto služeb a také působit proti pojetí CDZ jako služby založené na týmové spolupráci.

Kvalita péče v pobytových sociálních službách

Poskytovatel je povinen při poskytování sociální služby plnit povinnosti a standardy kvality sociálních služeb, které jsou definovány zákonem. Jsou zaměřeny především na proces poskytování sociálních služeb a ochranu práv osob, kterým jsou poskytovány sociální služby. U registrovaných poskytovatelů sociálních služeb provádí kontrolu inspekce poskytování sociálních služeb, která je realizována Ministerstvem práce a sociálních věcí.

V oblasti implementace kvality a lidských práv do sociálních služeb ČR řeší zmíněnou oblast zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jejich prováděcí předpisy. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje oblast lidských práv nejprve v § 2 zákona, kde je v odst. 2 definováno, že „sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ Dále je v § 88 vymezena povinnost poskytovatelů sociálních služeb v odst. c) „vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby“ a dále v odst. h) „dodržovat standardy kvality sociálních služeb“. Standardy kvality sociálních služeb jsou přílohou 2. vyhlášky č. 505/2006 Sb. a upravují povinnosti poskytovatelů v oblasti kvality sociálních služeb a rozsah naplňování kvality v sociálních službách hodnotí inspekce poskytování sociálních služeb, která je realizována v režimu státní kontroly a je vymezena zákonem č. 108/2006 Sb. Jednou z hlavních příčin nedostatečného dopadu inspekci na zvyšování kvality sociálních služeb je nejednoznačné legislativní vymezení obsahu ustanovení, která jsou následně předmětem kontroly, a nevymezení metodických postupů věnujících se jednotlivým oblastem tak, aby nedocházelo k rozdílnému výkladu kontrolovaných kritérií. Jednotlivé oblasti naplňování Úmluvy o právech osob nejsou nijak legislativně ani metodicky rozpracovány a systém nezohledňuje problematiku duševního onemocnění. Současné pojetí kvality v zákonu je definováno zejména na základě cílové skupiny, nicméně v praxi oblasti duševního zdraví se ukazuje, že zohlednění problematiky cílové skupiny není reflektováno, v rámci výkonu inspekci sociálních služeb nejsou k inspekci přizváni odborníci s přímou zkušeností v oblasti duševního

zdraví, tj. nedochází k objektivnímu posouzení a reflexi praxe na základě odborné znalosti dané problematiky.

V praxi lze konstatovat nedostatek odborných kapacit a metodologie vycházející z duálních diagnóz (např. mentální postižení a duševní onemocnění), stejně jako reálných kapacit sociálních služeb. Skutečnost, že v České republice stále plně neproběhl proces deinstitucionalizace sociálních služeb, vede k tomu, že neexistuje dostatečná síť komunitních služeb a lůžkové kapacity jak pro lidi se zdravotním postižením, tak seniory jsou nadále fixovány ve velkokapacitních pobytových službách, kde dochází ke shodné institucionalizaci jako u lidí s duševním onemocněním dlouhodobě pobývajících v u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie. Klíčovým dopadem nedostatečné transformace sociálních služeb na kvalitu služeb je také skutečnost, že právě možnost úzké specializace na potřeby specifických cílových skupin (např. lidé s autismem či rizikem v chování), kdy příležitostí je budovat specifické cílové služby, není v praxi využívána, a zároveň jsou lůžkové kapacity zařízení sociálních služeb poskytovány lidem, kteří tuto péči v celoročním režimu 24 hodin denně nepotřebují a pro které by při individualizaci péče v komunitních službách bylo dostačující zajistit nižší míru podpory s ohledem na jejich schopnosti. Z tohoto důvodu v u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie setrvávají lidé s vysokou mírou podpory, které sociální služby nepřijímají s ohledem na nedostatečnou znalost odborné metodologie, ačkoli jsou jejich cílovou skupinou.

INFORMAČNÍ SYSTÉMY

Informační zázemí pro sledování moderní psychiatrické péče je budováno na platformě rekonstruovaného Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), dle ustanoveného zákona č. 372 / 2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů (novela z roku 2016). Nově budované komponenty NZIS mají pro hodnocení péče o duševní zdraví zejména následující přínos:

- Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS) – je budován jako klíčový informační systém umožňující hodnotit rozsah a distribuci zdravotních služeb,

morbiditu pacientů a výsledky (kvalitu) zdravotnických intervencí; podstatnou schopností je i hodnocení nákladů zdravotních služeb a modelování dopadů do rozpočtu veřejného zdravotního pojištění.

- Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) – je vybudován jako reprezentativně editovaný systém monitorující všechny poskytovatele, dostupnost jejich sítě a další atributy, včetně podílu na péči o duševně nemocné.
- Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP) představuje základní systém pro kvantifikaci personálních kapacit poskytovatelů a plánování potřeb v oblasti lidských zdrojů.

Výše uvedené plošné informační systémy jsou dále v rámci rekonstruovaného NZIS doplňovány následujícími zdroji dat:

- **Statistická šetření prostřednictvím ročního výkazu o činnosti psychiatrických ambulancí** vyplňuje samostatně každé ambulantní pracoviště všech psychiatrických oborů, tj. psychiatrie, ambulantní pracoviště AT, sexuologie, gerontopsychiatrie, zařízení parciální hospitalizace, zařízení krizové intervence, zařízení pro léčbu drogových závislostí a ambulantní pracoviště psychiatrické léčebny. Na tomto výkaze se sleduje personální kapacita jednotlivých poskytovatelů a počty léčených pacientů podle skupin psychiatrických diagnóz. Data jsou v elektronické formě k dispozici od roku 1994 a umožňují hodnocení dlouhodobých trendů. Eviduje se také údaj o tom, že u daného nemocného je nařízeno ochranné léčení.
- **Statistická šetření v rámci ročního výkazu o činnosti psychoterapeutických stacionářů a krizových center** – vyplňuje samostatně každé výše uvedené zařízení u všech poskytovatelů zdravotních služeb bez ohledu na jejich zřizovatele. Výkaz vyplňují i stacionáře, které nejsou vyčleněny jako samostatné zařízení. Na tomto výkaze se sleduje personální kapacita jednotlivých poskytovatelů, informace o činnosti (počet míst, počet přijatých a stav pacientů/klientů, počet ošetrovacích dnů atd.), o pacientech/klientech (v členění podle postižení a věkových skupin), o počtu léčených

pacientů/klientů ve sledovaném roce podle skupin diagnóz V. kapitoly MKN-10, pohlaví a věkových skupin a o typu zařízení.

- **Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP)** jako celoplošný populační registr, kde jsou evidovány osoby, které byly hospitalizované na lůžkových odděleních a jejichž hospitalizace byla ve sledovaném období ukončena. Z registru lze získat informace o hospitalizovaných pacientech/klientech v psychiatrických lůžkových zařízeních (tzn. na psychiatrických odděleních nemocnic, v psychiatrických nemocnicích/léčebnách atd.) i psychiatrických pacientů hospitalizovaných jinde. U hospitalizovaných pacientů se sleduje rodinný stav, zaměstnání, obec místa trvalého pobytu a příslušnost k EU. V souvislosti s léčbou je v registru evidováno, kdo přijetí doporučil, datum přijetí, důvod přijetí, základní diagnóza, to zda byl pacient/klient pro základní diagnózu hospitalizován poprvé v životě, vnější příčina úrazu, čtyři vedlejší diagnózy, seznam provedených výkonů, informace o operaci, pokud byla provedena, informace o DRG, počet ošetrovacích dnů, datum propuštění, důvod propuštění, potřeba další péče, informace o úmrtnostních diagnózách, pokud pacient/klient během hospitalizace zemřel a další.
- **Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD)** sledující informace o pacientech/klientech, kteří zahajují a ukončují adiktologickou léčbu. Registr se skládá ze dvou částí, a to z hlášení substituční léčby závislosti na opiátech/opioidech, které se hlásí s plnou identifikací pacienta (rodné číslo), a hlášení ostatní léčby, které probíhá pomocí anonymního identifikátoru. Registr shromažďuje základní sociodemografické údaje klientů/pacientů, údaje o užívaných návykových látkách, rizikovém chování, zdravotních a sociálních dopadech jejich užívání atd. Data o substituční léčbě jsou v elektronické formě k dispozici od roku 2000, data o ostatních léčbách jsou od roku 2015.

Od počátku roku 2019 je nově rekonstruovaný NZIS z hlediska funkčnosti výše uvedených komponent plně funkční a poskytuje plošný i regionální informační servis. Je tak dobudována základní informační infrastruktura pro hodnocení péče o duševní zdraví v ČR.

Výhodami a již naplněnými úkoly rekonstruovaného NZIS je z hlediska péče o duševně nemocné zejména:

- kapacita výše uvedených systémů sledovat vybrané jevy a procesy prospektivně a rovněž retrospektivně (hospitalizace od r. 1994, zdravotní péče plošně od r. 2010); vzniká tím systém umožňující hodnocení vývoje systému i s dlouhodobými trendy, bez nutnosti na časová data dlouhé roky čekat;
- hodnocení regionální dostupnosti zdravotních služeb a mapování distribuce těchto služeb v systému;
- možnost stratifikovat hodnocení výsledků péče s ohledem na rizikovost nemoci;
- sledování nejen zdravotních aspektů, ale i personálních a infrastrukturních kapacit systému.

Hlavním problémem k řešení je stále nedokončené propojení všech dílčích komponent NZIS na služby eGovernmentu. Významně by se tak posílila ochrana osobních a citlivých dat a NZIS by se stal vysoce zabezpečeným systémem, minimalizujícím riziko zneužití osobních údajů. Informační potenciál NZIS začíná být již v současnosti intenzivně využíván ve smyslu produkce ukazatelů zdravotního stavu obyvatel, jde však o formu vyžadující značné nasazení lidských kapacit (zejména z důvodu vysokého množství ad hoc prováděných analýz).

V oblasti poskytování informací je tedy prioritou vybudování rozumné míry automatizace výstupů, tedy reportingu formou on-line pracujícího analytického portálu.

Významným krokem k posílení funkčnosti a udržitelnosti NZIS pro oblast péče o duševní zdraví je i jeho nové legislativní ukotvení v chystaném zákonu o elektronizaci zdravotnictví (připraven ve formě věcného záměru), kde je mimo jiné definována kategorie Rezortních referenčních statistických ukazatelů. Mezi tyto ukazatele budou ve významné míře zařazovány indikátory

kapacity a výsledků péče o duševní zdraví. Tyto ukazatele budou definovány jako statistiky, které

- jsou vždy generovány na základě centrálních datových zdrojů NZIS;
- jsou povinně v nastaveném režimu publikovány správcem NZIS a publikace je doplněna interpretací správce NZIS a jím určených recenzentů či odborných garantů;
- jsou správcem NZIS poskytovány jako národní referenční údaje do mezinárodních statistických šetření či mezinárodních srovnávacích zdrojů dat;
- jsou na základě zmocnění zákona zveřejňovány až na úroveň jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb (pokud to podstata ukazatele dovoluje).

Zákonným ukotvením tzv. referenčních statistik se podstatně zvýší dostupnost těchto informací pro laickou i odbornou veřejnost.

VÝZKUM A HODNOCENÍ POLITIK A SLUŽEB

Výzkum a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví jsou základním předpokladem pro rozvoj systému založeného na důkazech, tj. systému, který využívá dostupné zdroje k co možná největšímu užítku pro obyvatele.

Pro výzkum a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví jsou zapotřebí A) datové zdroje; B) systém adekvátního, legálního a transparentního způsobu využívání datových zdrojů; C) metodika výzkumu hodnocení politik a služeb; D) zdroje pro analýzy a výzkum v oblasti hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví.

- A) **Datové zdroje** mohou být tvořeny daty sbíranými rutinně a daty sbíranými mimořádně. Mezi zdroje rutinně sbíraných dat patří Národní registr hospitalizovaných, dále Národní registr hrazených zdravotních služeb či nové klinické registry (Psychiatrická péče o děti a mladistvé, Psychotická onemocnění, Poruchy nálady, Poruchy duševního zdraví u populace ve věku 65+). Mezi mimořádně sbírané zdroje řadíme populační šetření typu CZEMS (Czech Mental Health Study) (Winkler et al., 2018b).

B) **Systém adekvátního, legálního a transparentního způsobu využívání dat** se vztahuje především k datovým zdrojům z rutinně sbíraných dat. Rutinně sbíraná data jsou spojeny s následujícími etickými problémy:

1) *Nemožnost souhlasu*

Informace o identifikovaném nebo identifikovatelném člověku (dále subjektu) se považují za osobní data. Jedná se například o jméno, identifikační číslo, bydliště aj. Zvláštní kategorií osobních dat jsou tzv. senzitivní (citlivá) osobní data, to jsou data, jejichž užíváním je potenciálně možné ohrozit základní osobní práva, osobní integritu a svobodu subjektu. Takovéto informace se týkají rasy nebo etnicity, politických názorů, náboženského vyznání, sexuality a sexuální orientace a zdraví. Pro výzkum a hodnocení politik a služeb v systému péče o duševní zdraví je zapotřebí používat senzitivních osobních dat, v tomto případě dat týkajících se zdraví. To ale není legálně možné, pokud k tomu subjekt, kterého se hodnocení nebo výzkum týká, nedá souhlas. Subjekt by měl mít možnost svůj souhlas také kdykoliv stáhnout.

Pro výzkum a hodnocení politik a služeb za pomoci registrů ale nedosáhneme toho, že subjekt dá souhlas k tomu, že se jeho senzitivní osobní data použijí. Výzkum a hodnocení politik a služeb za pomoci registrů bude mít nejlepší validitu, pokud se bude provádět na co největší populaci. Požadování souhlasu od subjektů by vedlo ke snížení analytického vzorku subjektů, výběrovému zkreslení, a tedy k výraznému narušení platnosti, případně i preciznosti výsledků. Pro zjištění dlouhodobých změn se v mnoha případech bude výzkum a hodnocení provádět retrospektivně za delší dobu, kdy subjekt už nebude naživu, a proto nemůže dát souhlas.

2) *Nemožnost anonymizace*

Výzkum a hodnocení služeb na anonymizovaných osobních datech (taková data, která se nedají propojit se subjektem) je upřednostňován, protože při něm nehrozí narušení osobní integrity subjektu. Pro výzkum na anonymizovaných datech není potřeba souhlas etické komise. Nicméně pro maximální využití komplexních informací obsažených v registrech je třeba propojovat různé datové zdroje. Toho lze dosáhnout propojením registrů navzájem za pomoci rodného čísla. To znamená, že registry není možné anonymizovat a v úvahu připadá jenom pseudoanonymizace, kdy výzkumník nebo pracovník provádějící hodnocení služeb

dostane data se zašifrovaným rodným číslem. Klíč k rozšifrování mu není k dispozici, ale je uložen separátně v jiné instituci, zpravidla u držitele registru. To znamená, že pseudoanonymizovaná data se dají zpětně propojit se subjektem. Výzkum za pomoci pseudoanonymizovaných dat podléhá schválení etické komise a je spojen s určitým rizikem narušení osobní integrity subjektu.

3) *Jiný účel než primární účel sběru dat*

Osobní data se mají sbírat pro specifický účel a nemají být dále procesována způsobem, který je nekompatibilní s primárním účelem. Osobní data shromažďovaná v registrech jsou sbírána z administrativních důvodů a nejsou primárně určena pro výzkum. Specifické otázky, které budou kladeny pro výzkum a hodnocení služeb, budou často jiné, než byl primární účel sběru dat.

Výše zmíněné tři základní problémy, které se týkají souhlasu, pseudoanonymizace a užití osobních senzitivních dat za jiným účelem, než jaký byl primární účel sběru dat, mohou ohrozit osobní integritu subjektu. Tato rizika mohou být ale převážena, pokud výzkum a hodnocení politik a služeb v systému péče o duševní zdraví, popř. jinak orientovaný akademický výzkum bude mít jasný prospěch ve veřejném zájmu.

V současnosti však neexistuje systém adekvátního, legálního a transparentního způsobu využívání dat, což do značné míry znemožňuje využívání existujících datových zdrojů pro výzkum a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví.

C) **Metodika pro hodnocení systému a služeb** péče o duševní zdraví se týká a) hodnocení systému psychiatrické péče jako celku, a to prostřednictvím makro indikátorů, b) hodnocení jednotlivých psychiatrických institucí a organizací, a to prostřednictvím mezo indikátorů, c) hodnocení efektivity jednotlivých psychiatrických služeb a intervencí, a to prostřednictvím mikro indikátorů. V rámci projektu MERRPS byla vyvinuta metodika pro hodnocení systému psychiatrické péče jako celku (a) a metodiky hodnocení efektivity jednotlivých psychiatrických služeb a intervencí, a to prostřednictvím mikro indikátorů (c). Metodika pro hodnocení jednotlivých psychiatrických institucí a organizací (b) není zcela dopracována.

- D) V současné době nejsou specificky alokovány **finanční zdroje pro analýzy a výzkum politik a služeb v oblasti duševního zdraví**. Ministerstvo zdravotnictví sice věnuje zdroje na výzkum prostřednictvím prostředků pro Agenturu zdravotnického výzkumu (AZV) a pro NÚDZ, nicméně v žádném z těchto finančních zdrojů není specifikován nepodkročitelný objem prostředků, který musí být věnován na výzkum politik a služeb v oblasti (duševního) zdraví.

REFERENCE

- ALEXOVÁ, A., KÅGSTRÖM, A., WINKLER, P., KONDRÁTOVÁ, L. & JANOUŠKOVÁ, M. 2019. Correlates of internalized stigma levels in people with psychosis in the Czech Republic. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764019850204.
- ANDREWS, D. A. & DOWDEN, C. 2007. The risk–need–responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: Crime-prevention jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 49, 439-464.
- ANTHONY, W. A. 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16, 11.
- ARNSTEIN, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224.
- BARBATO, A., VALLARINO, M., RAPISARDA, F., LORA, A. & DE ALMEIDA, J. M. C. 2016. EU compass for action on mental health and well-being. *Access to mental health care in Europe. Scientific paper. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014–2020)*.
- BOURNE, P., Meddings, S., & Whittington, A. (2018). An evaluation of service use outcomes in a recovery college. *Journal of Mental Health*, 27(4), 359-366.
- BROULÍKOVÁ, H. M. D., MARTIN; WINKLER, PETR 2019. Expenditures on Mental Health Care in the Czech Republic in 2015. *Unpublished text*.
- EHLER, E., BEDNAŘÍK, J., HÖSCHL, C., WINKLER, P., SUCHÝ, M. & PÁTÁ, M. 2013. Náklady na poruchy mozku v České republice. *Cesk Slov Neurol*, 76.
- ELBOGEN, E. B. & JOHNSON, S. C. 2009. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general Psychiatry*, 66, 152-161.
- FORMÁNEK, T., KAGSTRÖM, A., CERMAKOVA, P., CSÉMY, L., MLADÁ, K. & WINKLER, P. 2019. Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry*, 60, 1-6.
- GREENBERG, M. T., DOMITROVICH, C. & BUMBARGER, B. 2001. The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & treatment*, 4, 1a.

- HÖSCHL, C., WINKLER, P. & PĚČ, O. 2012. The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 24, 278-285.
- CHAMBERLIN, J. (2005). User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(01), 5.
- JANOUSHKOVÁ, M., KÁŽMER, L. & WINKLER, P. Péče o blízkou osobu s duševním onemocněním v ČR mezi lety 2001 a 2011. *Nepublikovaný manuskript*.
- JANOUSHKOVÁ, M., WINKLER, P. & KÁŽMÉR, L. 2014. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011. *Psychiatrie*.
- JONES, D., CROWLEY, D. & GREENBERG, M. 2017. Improving social emotional skills in childhood enhances long-term well-being and economic outcomes. *Edna Bennet Pierce Prevention Research Center, Pennsylvania State University*.
- KONDRÁTOVÁ, L., CHRTKOVÁ, D., MLADÁ, K., JANOUSHKOVÁ, M., ŠTANGLOVÁ, A., ROBOCH, Z., PÁV, M. & WINKLER, P. 2018. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 114.
- KONDRÁTOVÁ, L. & WINKLER, P. 2017. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním - zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 113.
- KRUPCHANKA, D., CHRTKOVÁ, D., VÍTKOVÁ, M., MUNZEL, D., ČIHAŘOVÁ, M., RŮŽIČKOVÁ, T., WINKLER, P., JANOUSHKOVÁ, M., ALBANESE, E. & SARTORIUS, N. 2018a. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science & Medicine*, 212, 129-135.
- KRUPCHANKA, D., MLADÁ, K., WINKLER, P., KHAZAAL, Y. & ALBANESE, E. 2018b. Mortality in people with mental disorders in the Czech Republic: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet Public Health*, 3, e289-e295.
- LUKASOVÁ, M. 2018. Omezovací prostředky v psychiatrii. *MZD*.
- MZD. 2013. Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MZD. 2016. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění 2016-2019. In: Databáze strategií [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- MPSV. 2013. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence). 2009. Promoting mental wellbeing at work: Business case. London: NICE.
- OECD 2010. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers; A Synthesis of Findings Across Oecd Countries*, OECD.
- OECD 2015. *Mental Health and Work Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, OECD Publishing.
- POLANZYK, G.V., SALUM, G.A., SUGAYA, L.S., CAYE, A., ROHDE, LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Mar; 56(3): 345-65.
- RASIC, D., HAJEK, T., ALDA, M., UHER, R. Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With

- Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2014; 40(1): 28-38.
- SIGNORINI, G., SINGH, S. P., BORICEVIC-MARSANIC, V., DIELEMAN, G., DODIG-ĆURCOVIC, K., FRANIC, T., et al. (2017). Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *The Lancet Psychiatry*. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30127-X](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30127-X)
- THORNICROFT, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C. and Henderson, C., 2016. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), pp.1123-1132.
- THORNICROFT, G., & TANSELLA, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(1), 1-3.
- UN 2006. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *In: NATIONS, U. (ed.)*. Adopted by the United Nations General Assembly in December 2006
- UZIS 2017. Psychiatrická péče 2016. Prague: Institute for health information and statistics, Czech Republic.
- VIGO, D., THORNICROFT, G. & ATUN, R. 2016. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3, 171-178.
- WANG PS, ANGERMEYER M, BORGES G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):177-185.
- WHO 2005. World Health Organization assessment instrument for mental health systems- WHO-AIMS version 2.2. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2013a. The European Mental Health Action Plan. Copenhagen: WHO Regional Office to Europe.
- WHO. 2013b. *Mental health action plan 2013–2020* [Online]. WHO Geneva. Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1 [Accessed 15 December 2016].
- WHO 2016. Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva, World Health Organization; 2016.
- WHO 2018a. Culture and reform of mental health care in central and eastern Europe. WHO European regional office, Copenhagen.
- WHO 2018b. Mental health, human rights and standards of care: Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office to Europe.
- WINKLER, P., BROULÍKOVÁ, H. M., KONDRÁTOVÁ, L., KNAPP, M., ARTEEL, P., BOYER, P., GALDERISI, S., KARKKAINEN, H., IEVEN, A. & MOHR, P. 2018a. Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 53, 116-122.
- WINKLER, P., CSEMY, L., JANOUSKOVA, M., MLADA, K., MOTLOVA, L. B. & EVANS-LACKO, S. 2015a. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, 30, 801-806.

- WINKLER, P., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., MLADÁ, K., MOTLOVÁ, L. B. & EVANS-LACKO, S. 2015b. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, 30, 801-806.
- WINKLER, P., FORMÁNEK, T., MLADÁ, K. & CERMAKOVA, P. 2018b. The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *International journal of methods in psychiatric research*, e1728.
- WINKLER, P., KOESER, L., KONDRÁTOVÁ, L., BROULÍKOVÁ, H. M., PÁV, M., KALIŠOVÁ, L., BARRETT, B. & MCCRONE, P. 2018c. Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5, 1023-1031.
- WINKLER, P., KRUPCHANKA, D., ROBERTS, T., KONDRATOVA, L., MACHŮ, V., HÖSCHL, C., SARTORIUS, N., VAN VOREN, R., AIZBERG, O., BITTER, I., CERGA-PASHOJA, A., DELJKOVIC, A., FANAJ, N., GERMANAVICIUS, A., HINKOV, H., HOVSEPYAN, A., ISMAYILOV, F. N., IVEZIC, S. S., JAREMA, M., JORDANOVA, V., KUKIĆ, S., MAKHASHVILI, N., ŠAROTAR, B. N., PLEVACHUK, O., SMIRNOVA, D., VOINESCU, B. I., VRUBLEVSKA, J. & THORNICROFT, G. 2017. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry*, 4, 634-642.
- WINKLER, P., MLADÁ, K., CSÉMY, L., NECHANSKÁ, B. & HÖSCHL, C. 2015c. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study. *Journal of affective disorders*, 184, 164-169.
- WINKLER, P., MLADÁ, K., JANOUŠKOVÁ, M., WEISSOVÁ, A., TUŠKOVÁ, E., CSÉMY, L. & EVANS-LACKO, S. 2016a. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-9.
- WINKLER, P., MLADÁ, K., KRUPCHANKA, D., AGIUS, M., RAY, M. K. & HÖSCHL, C. 2016b. Long-term hospitalizations for schizophrenia in the Czech Republic 1998–2012. *Schizophrenia research*, 175, 180-185.