



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Ministerstvo zdravotnictví ČR, verze 1.0, vydáno 8. října 2013

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Ministerstvo zdravotnictví ČR, verze 1.0, vydáno 8. října 2013



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

1. ÚVOD	7
1.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O STRATEGII	7
ÚVODNÍ SLOVO MINISTRA ZDRAVOTNICTVÍ ČR	8
PREAMBULE	9
CÍL	9
ÚVOD	10
1.2 ÚČEL STRATEGIE	11
1.2.1 Definice strategie	11
1.2.2 Metodika přípravy veřejných strategií	12
1.3 UŽIVATELE STRATEGIE	12
1.4 OSTATNÍ RELEVANTNÍ STRATEGICKÉ DOKUMENTY	13
2. DEFINICE A ANALÝZA ŘEŠENÉHO PROBLÉMU	15
2.1 DEFINICE ŘEŠENÉHO PROBLÉMU	15
2.2 PROSTŘEDÍ A OČEKÁVANÝ BUDOUCÍ VÝVOJ	17
2.3 REVIZE STÁVAJÍCÍCH OPATŘENÍ	20
2.4 VÝVOJ PŘI TZV. NULOVÉ VARIANTĚ	21
2.5. SOUHRN VÝSLEDKŮ KLÍČOVÝCH ANALÝZ	23
3. VIZE A ZÁKLADNÍ SMĚROVÁNÍ	28
3.1. HIERARCHICKÁ STRUKTURA CÍLŮ A PRÁCE	28
3.2. VIZE A GLOBÁLNÍ CÍLE STRATEGIE	28
3.3. STRATEGICKÉ CÍLE STRATEGIE	30
4. POPIS CÍLŮ V JEDNOTLIVÝCH STRATEGICKÝCH OBLASTECH	31
4.1. NÁZEV A POPIS SPECIFICKÉHO CÍLE, DOPADY JEHO NAPLNĚNÍ	31
4.2. PŘEHLED A POPIS OPATŘENÍ	34
PILÍŘE STRATEGIE	34
STRATEGICKÁ DOPORUČENÍ PRO REFORMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR OBECNĚ	35
OBECNÁ DOPORUČENÍ	35
AMBULANTNÍ PÉČE	39
CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ)	41
PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ NEMOCNIC	43
PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY/NEMOCNICE	44
4.3. VÝSLEDKY A VÝSTUPY REALIZACE JEDNOTLIVÝCH OPATŘENÍ, INDIKÁTORY	46
Nastavení systému indikátorů	46

5. IMPLEMENTACE STRATEGIE	48
5.1. IMPLEMENTAČNÍ STRUKTURA A STRUKTURA ŘÍZENÍ IMPLEMENTACE STRATEGIE	48
5.2. PLÁN REALIZACE AKTIVIT	50
Fáze 1: Iniclace a zajištění podmínek	50
Fáze 2: Realizace a provoz	50
Fáze 3: Vyhodnocení	50
5.3. ČASOVÝ HARMONOGRAM	59
5.4. ROZPOČET A ZDROJE FINANCOVÁNÍ	60
5.5. SYSTÉM MONITOROVÁNÍ A EVALUACE REALIZACE STRATEGIE	61
5.6. SYSTÉM ŘÍZENÍ RIZIK A PŘEDPOKLADY REALIZACE STRATEGIE	65
Vytvoření plánu řízení rizik	65
Organizační struktura řízení rizik	66
6. POSTUP TVORBY STRATEGIE	67
SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POUŽITÝCH POJMŮ	70
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	73
PŘÍLOHY	76

1. ÚVOD

1.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O STRATEGII

NÁZEV STRATEGIE	Strategie reformy psychiatrické péče
KATEGORIE STRATEGIE	
ZADAVATEL STRATEGIE	Ministr zdravotnictví ČR (Leoš Heger, od 10. 7. 2013 Martin Holcát)
GESTOR TVORBY STRATEGIE	1. náměstek ministra zdravotnictví ČR Marek Ženíšek (do 31. 7. 2013)
KOORDINÁTOR TVORBY STRATEGIE	vedoucí Strategické projektové kanceláře MZČR PhDr. Ivan Duškov
DOBA ZPRACOVÁNÍ STRATEGIE	2. 8. 2012–4. 9. 2013 (schválení Strategie Pracovní skupinou)
SCHVALOVATEL STRATEGIE	Ministr zdravotnictví ČR MUDr. Martin Holcát, MBA
DATUM SCHVÁLENÍ	7. října 2013
FORMA SCHVÁLENÍ	schválení Pracovní skupinou, po interním připomínkovém řízení podpisem ministra zdravotnictví
POSLEDNÍ AKTUALIZACE	7. října 2013
SOUVISEJÍCÍ LEGISLATIVA	
DOBA REALIZACE STRATEGIE	2014–2023
ODPOVĚDNOST ZA IMPLEMENTACI	Strategická projektová kancelář MZČR
ROZPOČET IMPLEMENTACE	Stále v jednání, cca 6 mld. Kč
KONTEXT VZNIKU STRATEGIE	Široce sdílená potřeba transformovat stávající systém poskytování psychiatrické péče
STRUČNÝ POPIS ŘEŠENÉHO PROBLÉMU A OBSAHU STRATEGIE	Současný rigidní systém institucionální psychiatrické péče v ČR má těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální. V ČR je zřejmá absence služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízká míra koordinace jednotlivých složek péče. MZČR chce implementací Strategie odstranit deficity zmiňované mezinárodními organizacemi (zejména WHO) a tím zajistit plné uplatnění lidských práv všech duševně nemocných.

ÚVODNÍ SLOVO MINISTRA ZDRAVOTNICTVÍ ČR

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

na systém psychiatrické péče v České republice nahlížím jako na velmi důležitou oblast zdravotnictví, jejíž reforma musí být jednak zodpovědně a pečlivě plánována, ale také náležitě realizována a vyhodnocována. Jakýkoliv unáhlený či razantní zásah do takto citlivé zdravotnické politiky může být k celkovému neprospěchu věci. Na druhou stranu jsem si vědom jistého deficitu, který je v celkovém porovnání české psychiatrické péče s ostatními rozvinutými státy zřejmý, tudíž je korektní konstatovat, že česká psychiatrická péče si oprávněně žádá změn. Z těchto výše zmíněných důvodů Ministerstvo zdravotnictví ČR přistoupilo k tvorbě tohoto strategického materiálu velmi důsledně.

Dokument, který v tuto chvíli držíte v rukou, obsahuje ideová východiska a konsensuální návrhy na změny v oblasti poskytování psychiatrické péče v ČR. Tento strategický materiál je výsledkem četných jednání Pracovní skupiny určené k zabezpečení přípravy Strategie reformy psychiatrické péče v ČR a řady *workshopů* se členy Týmu pro tvorbu Strategie. V těchto dvou základních organizačních strukturách byli zastoupeni všichni klíčoví aktéři, kteří jsou oblastí psychiatrické péče přímo či zprostředkovaně dotčeni. Při formulaci konkrétních návrhů a doporučení byly kromě intenzivní diskuse výše naznačených *stakeholderů* využity jak již existující analytické materiály odborné a další angažované veřejnosti, tak nově vzniklé studie domácí i zahraniční provenience. Výsledkem tohoto celého úsilí je právě tato publikace, která se stane nosným, výchozím a závazným podkladem pro transformaci psychiatrické péče v ČR v období od roku 2014 do roku 2023.

Pevně věřím, že tento dokument poslouží jako vhodný nástroj k provedení změn, které v konečném důsledku vylepší kvalitu života duševně nemocných.

MUDr. Martin Holcát, MBA

ministr zdravotnictví ČR, schvalovatel Strategie reformy psychiatrické péče



PREAMBULE

Záměrem celé Strategie reformy psychiatrické péče je naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu.

CÍL

Cílem strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním.

Specifické cíle Strategie jsou:

- 1/ Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- 2/ Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- 3/ Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- 4/ Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti.
- 5/ Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- 6/ Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- 7/ Humanizovat psychiatrickou péči.

ÚVOD

Duševní zdraví je nedílnou součástí plnohodnotné integrity člověka. Kvalita života, kulturní prostředí, sociální procesy a samotný přístup k životu mají podstatný vliv na duševní zdraví, stejně jako celková duševní kondice člověka významným způsobem determinuje a ovlivňuje všechny aspekty jeho kvality života.

Podle řady vědeckých výstupů a výzkumů¹ je stav péče o duševní zdraví v České republice (dále jen ČR) v některých aspektech horší než u ostatních obyvatel států západní a severní Evropy.

V lednu 2005 v Helsinkách se ČR v rámci revize koncepce psychiatrie připojila k dokumentům, jejichž primárními cíli je zlepšení duševní kondice obyvatel a změna systému poskytované péče. Konkrétně se jedná o Deklaraci o duševním zdraví, o Akční plán duševního zdraví pro Evropu a o Zelenou knihu Komise evropských společností.

Posléze výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP v roce 2007 vyhlásil ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“ (NPP 2007) na podporu reformy psychiatrické péče v ČR. NPP 2007 vychází ze znalostí podmínek a potřeb nemocných s duševní poruchou v ČR a zároveň se opírá o výše zmíněné dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie. Je nutné zdůraznit, že navzdory tomu, že se ČR zavázala k naplňování cílů, které jsou obsaženy ve zmíněných koncepcích a úmluvách, do této doby nebyla fakticky realizována aktivita směřující k jejich naplnění.

V březnu 2013 byla Reforma psychiatrické péče schválena jakožto součást Národního programu reforem 2013. Národní program reforem pro rok 2013 je úzce provázán s plněním Strategie mezinárodní konkurenceschopnosti ČR 2012–2020 a s dalšími strategickými dokumenty vlády. Hlavním cílem Národního programu reforem je podpora hospodářského růstu, posílení konkurenceschopnosti a přispění k tvorbě pracovních míst. Tento program je také plně v souladu s prováděním politiky soudržnosti EU v podmínkách ČR.

Strategie reformy psychiatrické péče je po organizační stránce v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR² (dále jen MZČR). Dedikovaný tým, který byl pověřen zabezpečením tvorby celé Strategie, pojímá reformu psychiatrické péče a její následnou implementaci jako integrální, ale prozatím výchozí krok pro realizaci komplexní reformy péče o duševní zdraví. Komplexní reforma péče o duševní zdraví totiž vyžaduje podporu, zapojení a součinnost více aktérů a orgánů státní správy (zejména zapojení ostatních resortů) a územních samospráv, než v tomto kontextu poněkud subtilněji pojatá reforma psychiatrické péče. Je tedy žádoucí, aby následné práce na komplexní reformě péče o duševní zdraví měly záštitu vlády ČR. MZČR může být nadále koordinátorem tvorby takto holisticky pojaté reformy péče o duševní zdraví.

MZČR přistoupilo k iniciaci přípravy této Strategie reformy psychiatrické péče na základě rigidnosti stávajícího systému institucionální psychiatrické péče, který má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, a také kvůli absenci služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek psychiatrické péče.

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

¹ např. Winkler (ed.), (2013).

² Kromě interní motivace MZČR přistoupit k přípravě reformy psychiatrické péče, byl ministr zdravotnictví ČR vyzván Vládním výborem pro zdravotně postižené občany (VVZPO) k ustanovení Národní skupiny pro transformaci systému péče o osoby s duševním onemocněním a k zahájení práce na přípravě Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním, jehož cílem bude transformace psychiatrické péče. Strategie reformy psychiatrické péče naplňuje toto zadání VVZPO ze dne 16. listopadu 2012.

K samotné tranzitní fázi implementace Strategie reformy psychiatrické péče hodlá MZČR využít strukturální fondy Evropské unie v předpokládané výši 6 mld. Kč, které budou k dispozici v programovacím období EU 2014–2020³.

1.2 ÚČEL STRATEGIE

1.2.1 DEFINICE STRATEGIE

Strategické veřejně politické dokumenty (nebo jednoduše „strategie“) jsou připravovány jako nejvyšší, zastřešující dokumenty pro směřování veřejných politik v určité oblasti. Strategie by měly být nadresortní, střednědobé až dlouhodobé (5–10 let), obecně přijímané a uplatňované⁴.

Konkrétně vzato, strategie představuje návod, jak předvídatě minimalizovat vývojová ohrožení a maximalizovat rozvojové příležitosti v dané oblasti při účelném využití omezených zdrojů⁵. V případě Strategie reformy psychiatrické péče se dále jedná o eliminaci jistého deficitu, který byl v celkovém prostředí a zázemí poskytované psychiatrické péče v ČR shledán a identifikován.

Rysy dobré a kvalitní strategie jsou odbornou literaturou⁶ definovány následujícím způsobem:

- *Participativnost a pluralitní způsob přípravy.* Tato charakteristika či požadavek souvisí s premisou, že na tvorbě a formulaci strategie by se měli aktivně účastnit všichni, kteří danou politikou budou či mohou být ovlivněni. Toto kritérium bylo plně zohledněno v organizačních strukturách přípravy Strategie.
- *Orientace na problémy a tudíž selektivnost. Identifikace dominantních problémů a možných cest jejich řešení, vycházející z poznání celostního kontextu.* Strategie reformy psychiatrické péče označuje klíčové problémy současného stavu v politice duševního zdraví a decizorům nabízí možnosti k jejich eliminaci. Jak již bylo zmíněno v úvodu, Strategie reformy psychiatrické péče se primárně zaměřuje na oblasti, jež jsou principiálně v gesci MZČR. Komplexní reforma péče o duševní zdraví však bude zahrnovat více kontextů a životních událostí duševně nemocných, proto je stěžejní, aby na ní participovalo a přijalo ji za svou více aktérů a resortů.
- *Alternativnost v hodnotových důrazech i ve způsobech výkladu skutečnosti, zároveň ale snaha hledat společného jmenovatele všude tam, kde je to možné – především v identifikaci aktuálních a možných budoucích problémů a v hledání cest, jak jim čelit a předcházet s využitím disponibilních zdrojů.* Je třeba si uvědomit, že každý aktér v organizační struktuře přípravy Strategie reprezentuje v pozitivním slova smyslu „zájmovou“ skupinu a zasazuje se o to, aby právě nika jeho kolegů a kolegyně byla nastavením dané politiky co možná nejvíce zvýhodněna. Všichni aktéři však jednomyslně dospěli ke konsensu, že v reformě psychiatrické péče jde primárně o duševně nemocné, o ctění jejich lidských práv a o zlepšování kvality jejich životů.
- *Srozumitelnost a inovativnost.* Strategie by měla být srozumitelná a dostupná široké veřejnosti. Aktivní komunikační a informační programy jsou pro řádné vysvětlení ideových záměrů a změn v oblasti psychiatrické péče zcela zásadní.
- *Aktivizace zúčastněných aktérů při poznávání situace a problémů i jejich řešení.* MZČR od samého počátku přípravy Strategie reformy psychiatrické péče uplatňovalo inkusivní přístup, tudíž k formulaci Strategie byli přizváni všichni klíčoví *stakeholderi*, kterých se tato zdravotní politika týká. Tím se mimo jiné předešlo neuspokojivému stavu, který byl řadu let patrný např. ve Velké Británii, kdy

³ Reálně budou jednotlivé programy a projekty probíhat až do roku 2023.

⁴ VESELÝ, Arnošt. NEKOLA, Martin (eds). *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe.* Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-75-5.

⁵ Tamtéž.

⁶ POTŮČEK, Martin. *Základní pojmy strategického řízení* In *Strategické řízení.* Studijní materiál ke kurzu Strategické řízení. Praha: Centrum pro sociální a ekonomické strategie FSV UK, 2006.

uživatelé péče byli jako oficiální a relevantní *stakeholder* uznáni až cca po 30 letech svého artikulo-
vaného zájmu podílet se na formulování této konkrétní zdravotní politiky⁷.

- *Trvalé úsilí – proud neustále aktualizovaných a doplňovaných pohledů na možné a žádoucí budoucnosti*. Strategie zdaleka nekončí svým zformulováním a schválením. V počáteční fázi implementace, kterou tvůrci tohoto dokumentu nazývají „Iniciace a zajištění podmínek⁸“, budou provedeny pečlivé analýzy, které zaručí, aby konkrétní zásahy do systému psychiatrické péče měly jednak svou validní a objektivní podporu exaktních dat a jednak aby byly v souladu s potřebami duševně nemocných.

Během naplňování jednotlivých kroků a cílů Strategie musí docházet i k pravidelné evaluaci a stálému monitoringu tak, aby bylo zabráněno nedostatečnému plnění cílů či jiným nezamýšleným důsledkům. Právě proto je žádoucí, aby – stejně jako na celou přípravu – i na implementaci Strategie dohlížel dedikovaný tým vyškolených specialistů a již ustavené Pracovní skupiny (popř. dalších *ad hoc* vytvořených skupin).

1.2.2 METODIKA PŘÍPRAVY VEŘEJNÝCH STRATEGIÍ

Jak již bylo naznačeno výše, celá příprava Strategie reformy psychiatrické péče byla řízena Metodikou přípravy veřejných strategií⁹. Metodiku zpracovala společnost Ernst & Young, s. r. o. ve spolupráci s Devoteam, s. r. o. a za účasti odborníků z akademické sféry ČR. Projekt tvorby Metodiky byl financován z ESF – OP LZZ, probíhal v letech 2010–2012 a jeho gestorem bylo Ministerstvo financí ČR.

Tvorba Metodiky či vznik tohoto celého projektu byl iniciován na základě několika empirických podnětů, které upozorňovaly na deficity v oblasti systému strategického řízení a tvorby strategických dokumentů v ČR.

Deklarovaným cílem Metodiky je představit vhodný a aplikovatelný postup tvorby strategických dokumentů ve veřejné správě, zvýšit transparentnost a objektivitu informací souvisejících s přípravou strategií na horizontální i vertikální úrovni, přispět k tomu, aby rozhodovatelé měli k dispozici relevantní podklady nezbytné pro odpovědné strategické (či politické) rozhodnutí, sjednotit postup tvorby strategických dokumentů, zvýšit kvalitu vytvářených strategických dokumentů a zajistit jejich lepší konzistentnost.

1.3 UŽIVATELÉ STRATEGIE

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

Významným uživatelem Strategie v návaznosti na realizaci komplexní reformy péče o duševní zdraví jsou i ostatní resorty (ministerstva) a územní samospráva ČR.

Sekundárně se jedná o všechny poskytovatele psychiatrických služeb (lékaři i nelékaři, NNO působící v oblasti psychiatrických služeb, pracovníci sociálního sektoru), zástupce zdravotních pojišťoven a v neposlední řadě je nutné zmínit též uživatele psychiatrické péče, jejich rodiny a blízké.

⁷ Příspěvek na konferenci „*Mental Health: From Strategy to Reality*“. Manchester, Velká Británie (14.-15. března 2013).

⁸ Hierarchická struktura prací, kapitola 3.1, str. 27

⁹ *Metodika přípravy veřejných strategií*. Praha: Ministerstvo financí ČR, 2012. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://www.mmr.cz/getmedia/4ebb3cc7-6f5c-4f37-ad1f-97054a212483/metodika-pripravy-verejnych-strategii_listopad-2012.pdf

Tyto zmíněné zainteresované strany, resp. zástupci všech klíčových segmentů společnosti, kterých se realizace Strategie reformy psychiatrické péče dotkne, jsou primárně integrováni v Pracovní skupině tvorby Strategie reformy psychiatrické péče a Týmu pro tvorbu Strategie.

Ministr zdravotnictví ČR ustanovil Pracovní skupinu jako svůj hlavní poradní orgán k tématu psychiatrické péče, resp. k celému procesu reformy psychiatrické péče.

Za úkol měla shromažďovat podstatné vstupy od všech zainteresovaných skupin, které posléze sloužily jako podklad k četným jednáním Pracovní skupiny a Týmu pro tvorbu Strategie.

V souladu s Metodikou Strategická projektová kancelář MZČR úzce spolupracovala s Pracovní skupinou na tvorbě vstupních dokumentů, prvotní analýze stavu a alternativních možnostech řešení. Složení Pracovní skupiny umožnilo vytvořit a udržovat komunikační vazby se všemi důležitými skupinami aktérů v oblasti péče o duševní zdraví, tj. od poskytovatelů přes odborné společnosti, nevládní organizace, orgány státní správy a v neposlední řadě též zástupce zdravotních pojišťoven a uživatelů péče.

Cílem MZČR je zajistit s pomocí partnerů v Pracovní skupině vzájemnou informovanost, a to jak v oblasti zdravotní péče, tak v oblasti sociální péče.

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

1.4 OSTATNÍ RELEVANTNÍ STRATEGICKÉ DOKUMENTY

Ústavní změny spojené s rozdělením Československa v roce 1993 měly vliv i na legislativu týkající se oblasti duševního zdraví. Po rozdělení a vzniku dvou samostatných státních útvarů České republiky a Slovenské republiky přetrvala i v novém právním řádu obou republik určitá část legislativy týkající se oblasti duševního zdraví v platnosti a účinnosti.

ČR je smluvní stranou významných mezinárodních lidsko-právních Úmluv, např. Úmluva o lidských právech a biomedicině.

Koncept psychiatrie byl v ČR formulován Psychiatrickou společností ČLS JEP v roce 2000 a zakotvil jako hlavní záměr v oblasti duševního zdraví provedení deinstitucionalizace psychiatrické péče s následným propojením do sítě komunitních služeb. Koncept psychiatrie byl schválen Vědeckou radou MZČR v roce 2002, ale k následné implementaci již nedošlo.¹⁰ Výbor pro implementaci Konceptu psychiatrie byl institucionálně ustanoven v roce 2002 jako poradní výbor na MZČR.¹¹

V lednu 2005 v Helsinkách se ČR v rámci revize koncepce psychiatrie formálně připojila k Deklaraci o duševním zdraví, Akčnímu plánu duševního zdraví pro Evropu a k Zelené knize Komise evropských společností.

¹⁰ DLOUHÝ, Martin (ed.). *Mental Health Systems in Central and Eastern Europe*. Prague: Professional Publishing, 2012, s. 48.

¹¹ POTŮČEK, Martin, SCHEFFLER, M. Richard (eds.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press, 2008, s. 91.

V roce 2006 na sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP její výbor ustanovil komisi pro revizi koncepce a následně byl v roce 2007 na semináři v Senátu PČR vyhlášen Národní psychiatrický program. Ve Špindlerově mlýně na sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP výbor schválil revidovanou koncepci Národního psychiatrického programu.

Mezi hlavní úkoly revidované koncepce patřila podpora primární psychiatrické péče, rozvoj komunitní péče, modernizace lůžkového fondu při zachování bio-psycho-sociálního modelu péče zahrnujícího farmakoterapii, psychoterapii a sociální intervenci.

V roce 2012 proběhl Mezinárodní kongres Světové psychiatrické společnosti a byl spuštěn projekt Psychiatrické společnosti ČLS JEP „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“.

Z výše zmíněné publikace byly přijaty tyto odborné, níže uvedené výstupy a doporučení:

- Rovnoměrné doplnění kapacit ambulantních služeb, včetně „nových“ ambulantních služeb, např. rehabilitace, rezidenčních komunitních služeb – těžiště léčby směrem k přirozenému prostředí pacientů.
- Navýšení kapacit na psychiatrických odděleních nemocnic (včetně klinik) – integrace psychiatrie do ostatních medicínských oborů, akutní komplexní péče (intenzivní, specializovaná péče).
- Diferenciace lůžek v psychiatrických nemocnicích/léčebnách – akutní lůžka, následné péče, ochranná léčba, (zdravotně) sociální lůžka, rezidenční péče.
- Nároky na přizpůsobení zdravotnických pracovníků (přeškolení, přesun do nově vzniklých kapacit).
- Potřebu motivace managementu a dalších pracovníků ve všech segmentech služeb.
- Překlenovací investiční finanční zdroje.

Jako další relevantní strategické dokumenty byly využity zprávy Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR, které poskytují cenné informace o činnosti ambulantních a dalších psychiatrických zařízení v ČR.

Využity jsou dále odborné strategické materiály interdisciplinárního charakteru z Centra pro sociální a ekonomické strategie FSV UK v Praze. Přínos těchto odborných výstupů spočívá v popsání a analýze stavu psychiatrické péče optikou tvorby veřejných politik a konceptu strategického vládnutí a řízení v ČR.

2. DEFINICE A ANALÝZA ŘEŠENÉHO PROBLÉMU

2.1 DEFINICE ŘEŠENÉHO PROBLÉMU

ČR patří mezi menšinové země v Evropské unii, které doposud neměly vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče.¹²

Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v ČR dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Z hlediska výdajů na duševní zdraví v ČR je podíl finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví okolo 2,91 % (ostatní členské země EU mezi 5–10 %), což zaujímá hodnotu 0,26 % HDP (naproti tomu v EU jsou to průměrně 2 % HDP)¹³. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. Mimo jiné i proto, že z principu věci psychiatrie nevykazuje množství drahých instrumentálních výkonů a diagnostická i léčebná vysoce specializovaná a psychicky náročná práce v psychiatrii je podceněná. Toto zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové.¹⁴

V rámci vymezení mezi ostatními medicínskými obory se psychiatrii nedostává dlouhodobě potřebného zájmu.

Při pohledu na chronologický vývoj psychiatrické péče od devadesátých let dvacátého století do dnešní doby je zřejmé, že struktura ambulantní, ale zvláště lůžkové péče, neprošla zásadní restrukturalizací zohledňující soudobý společenský vývoj.¹⁵ Psychiatrickou péči poskytuje 31 psychiatrických oddělení nemocnic. Síť psychiatrických oddělení v nemocnicích je nedostatečná svým rozsahem i funkcí, velkou část akutní péče tedy provádějí rovněž psychiatrické nemocnice/léčebny¹⁶. V nastalé situaci, kdy se v ČR každoročně zvyšuje počet pacientů vyhledávajících psychiatrickou péči, bylo nutné revidovat současný model péče o duševní zdraví. Koncem roku 2012 bylo v provozu 18 psychiatrických léčeben pro dospělé s 8 847 lůžky (v nich je vyčleněno pro dětské pacienty 188 lůžek) a 3 léčebny jen pro dětské pacienty s 250 lůžky.¹⁷ Oproti roku 2011 tedy v psychiatrických léčebnách ubylo 157 lůžek. Od roku 1990 klesl lůžkový fond psychiatrických léčeben o necelých 30 %.¹⁸

Z 18 léčeben pro dospělé bylo 13 státních, přímo řízených MZČR (8 437 lůžek), 5 nestátních, z toho 2 byly spravovány krajem (220 lůžek) a 3 zřizovány jinou právnickou osobou (190 lůžek). Všechny 3 léčebny pro děti jsou přímo řízené MZČR.¹⁹

¹² RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 2.

¹³ WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013, s. 29.

¹⁴ Tamtéž, s. 2.

¹⁵ *Vstupní zpráva*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 4.

¹⁶ Tamtéž, s. 4.

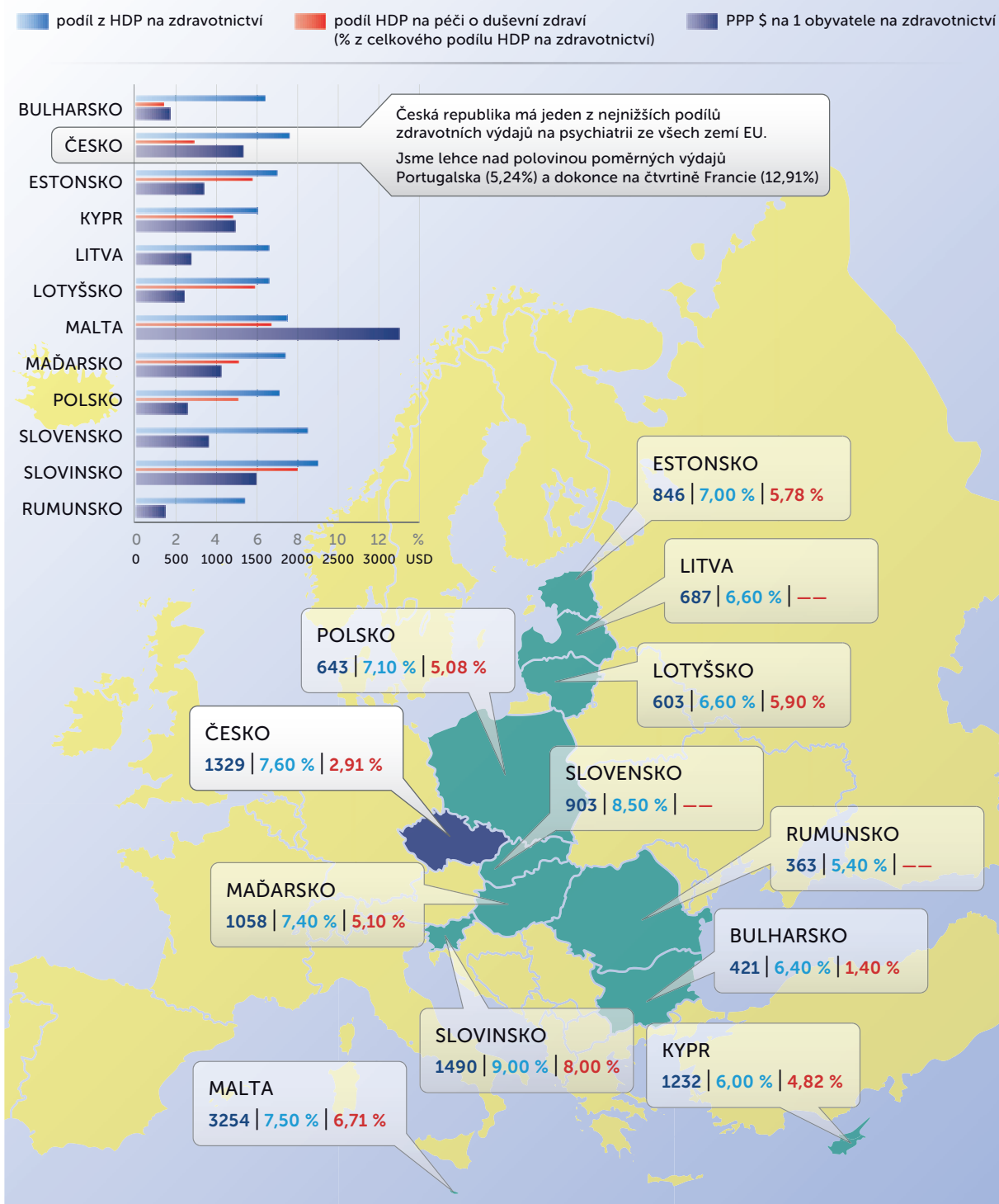
¹⁷ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Lůžková péče 2012: Zdravotnická statistika*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 23.

¹⁸ Tamtéž, s. 23.

¹⁹ Tamtéž, s. 23.

Při existenci řady strategických dokumentů, které deklarují nutnost změny péče o duševně nemocné, nebyly dosud v systému realizovány potřebné kroky, které by těžiště systému psychiatrické péče posunuly směrem k modelu kvalitativně odpovídajícímu celosvětovým trendům.²⁰

FINANCE INVESTOVANÉ DO OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V NOVÝCH ZEMÍCH EU



WHO, 2011 In: Winkler et al. 2013

²⁰ Vstupní zpráva. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 4.

2.2 PROSTŘEDÍ A OČEKÁVANÝ BUDOUCÍ VÝVOJ

Přestože jsou klady stávajícího systému nesporné (např. vyšší dostupnost psychofarmak, zlepšující se odborná úroveň pracovníků), lze v něm najít i četné nedostatky.

V současnosti se v psychiatrických ambulancích odehrává většina psychiatrické péče. V psychiatrických ambulancích bylo provedeno 2 834 000 vyšetření. Proti předchozímu roku došlo k nárůstu o více než 1 % (o 34 745 vyšetření více) a od roku 2000 jejich počet vzrostl o téměř 38 %, tj. o 775 992 vyšetření. Ve sledovaném roce bylo ošetřeno 578 413 pacientů a proti předešlému roku došlo k jejich nárůstu, a to o téměř 4 % (o 21 957 pacientů).

Při porovnání s rokem 2000 dochází u dospělé populace k nárůstu počtu pacientů o téměř 60 % a rychleji rostl počet žen než mužů, počet pacientů ve věkové skupině 0–19 let stoupl o necelou pětinu²¹. V ČR je 733,69 ambulantních psychiatrů²². Jsou financováni převážně z veřejného zdravotního pojištění formou plateb za zdravotní výkony a nemají pevněji definované spádové oblasti. Ze statistik ÚZISu vyplývá, že nárůst počtu pacientů s duševním onemocněním vyhledávajících ambulantní psychiatrickou péči je mnohonásobně vyšší než nárůst počtu lékařů – psychiatrů, kteří by jim tuto péči měli poskytovat. Tento trend je dlouhodobě patrný.

Zatímco hospitalizace zachycují určitou krátkou, i když významnou, část onemocnění, kontakt i vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky. Významným faktorem je pak obeznámenost ambulantního psychiatra s pacientovým sociálním a vztahovým prostředím, možnost kontaktu s ním a intervence v něm.²³ Petrifikovaný systém úhrad nutí ambulantního psychiatra ošetřovat vysoký počet pacientů, na které se mu zákonitě nedostává potřebný čas. Nemá dostatečný prostor pro komunikaci s pacientem, pro sociálně-psychiatrické intervence a pro psychotherapii. Stávající systém tedy stimuluje kvantitu péče a působí proti zvyšování jeho kvality.²⁴

Rizikem systému je vysoká skrytá nemocnost, která také potenciálně zvýší tlak na kvantitu péče na úkor její kvality. Podobný trend může způsobit případná redukce lůžek a přesun péče do ambulancí bez jejich výrazného posílení a rozvinutí intermediární péče. Ve většině regionů (mimo některá velká města) chybí dostatečná nabídka psychoterapie poskytovaná psychoterapeuticky kvalifikovanými psychiatry a klinickými psychology, je zde patrný nedostatek sociálně-psychiatrických služeb. Podstata péče tak spočívá v psychofarmakologii, která je sice na kvalitní úrovni, zůstává však jednostranná – biologická, nikoliv bio-psycho-sociální, jak postulují standardy moderní psychiatrické péče.²⁵

Nejsou dostatečně rozvinuty specializované ambulance. Není dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu. Rovněž existuje nedostatek specialistů na problematiku dětské psychiatrie. Provázanost péče není dostatečná, a to jak z hlediska spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak v oblasti kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology apod.²⁶

Z hlediska lůžkové psychiatrické péče je cca 80 % všech finančních a personálních kapacit soustředěno v psychiatrických nemocnicích/léčebnách. Kapacita psychiatrických nemocnic/léčeben v ČR se zhruba z jedné třetiny skládá z lůžek akutní péče a ze dvou třetin z lůžek pro dlouhodobě nemocné, dohromady je v psychiatrických nemocnicích/léčebnách 8 847 lůžek.²⁷ Také je možné říci, že cca polovina lůžek v těch-

²¹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 2.

²² Tamtéž, s. 2.

²³ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu.* Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 17.

²⁴ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu.* Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 17.

²⁵ Tamtéž, s. 18.

²⁶ Tamtéž, s. 18.

²⁷ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví České republiky 2012 ve statistických údajích.* Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 48.

to zařízeních jsou lůžka gerontopsychiatrická, lůžka pro dětskou a dorostovou psychiatrii, lůžka forenzní a pro léčbu návykových nemocí. Psychiatrické nemocnice/léčebny jsou financovány v závislosti na počtu obsazených lůžek (což je v souladu s úhradovou vyhláškou MZČR, je zde uplatňován princip paušální sazby za ošetrovací den ve vazbě na kategorii pacienta) a to bez ohledu na to, zdali se jedná o dlouhodobou či akutní hospitalizaci pacienta. Velká část hospitalizací probíhá v psychiatrických nemocnicích/léčebnách. Zařízení pro dospělé v průběhu roku 2012 hospitalizovala 39 615 pacientů, dětská zařízení 1 040 pacientů. Skutečná lůžková kapacita psychiatrických léčeben pro dospělé byla využita z 93,3 %, dětských léčeben z 87,7 %.²⁸ Akutní příjmy obsazují v léčebnách zhruba 30 % lůžkové kapacity, ostatní lůžková kapacita připadá na péči specializovanou a následnou. Problémem psychiatrických nemocnic/léčeben jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálně-technické opotřebení v důsledku nedostatečného financování a nedostatku investičních zdrojů, a také nedostatečné personální vybavení vyplývající jednak z nedostatku finančních prostředků, ale také nedostatku kvalifikovaných zdravotníků na trhu práce.²⁹

V psychiatrických odděleních nemocnic je celková kapacita 1 268 lůžek.³⁰ Část psychiatrických oddělení v nemocnicích neposkytuje péči pacientům s vážnější duševní poruchou z důvodu nedostatečné personální a technické kapacity. Psychiatrická oddělení nemocnic disponují 14,4 % z celkového počtu psychiatrických lůžek a poskytují akutní lůžkovou péči, která je vzhledem k nedostatečné kapacitě lůžek psychiatrických oddělení poskytována také v psychiatrických nemocnicích/léčebnách.

Lze tedy konstatovat, že z celkového počtu psychiatrických lůžek – 9 254 (z toho 260 pedopsychiatrických) – jich pro akutní péči v psychiatrických léčebnách a psychiatrických oddělení nemocnic slouží cca 3 000, tj. přibližně 30 %, což odpovídá doporučenému poměru akutních a následných lůžek (30:70). Problém je pouze v tom, že psychiatrické léčebny provozují akutní péči, kterou nemají ve smluvním vztahu s pojišťovnami a často ani potřebné zázemí jak personální, tak technické. Tím dochází kromě rozporů ve financování lůžkové péče také ke statistickému zkreslování skutečného počtu a potřeby akutních psychiatrických lůžek.³¹

Velký rozdíl také panuje mezi jednotlivými (nasmlouvanými) poskytovateli akutní lůžkové péče. Existují oddělení, která skutečně poskytují akutní lůžkovou péči, tedy jsou schopna nepřetržitě přijímat pacienty v akutním stavu z celého spektra psychiatrických diagnóz (jsou k tomu vybaveny jak personálně, tak věcně a technicky), ale existuje také řada oddělení, která mají sice nasmlouvanou akutní péči, ale vzhledem ke svému personálnímu a materiálně-technickému vybavení tento typ péče nemohou reálně provozovat a jejich metoda léčby je převážně psychoterapeutická. Tyto nesrovnatelnosti mezi jednotlivými akutními lůžkovými odděleními jsou dalším faktorem, který vytváří rozpor ve financování akutní péče a zkresluje počet a potřebu akutních psychiatrických lůžek.

K otázce budoucího vývoje je nutno poznamenat, že rozložení lůžkové péče je v ČR velmi nerovnoměrné a regionálně se velmi liší, v českých krajích je situace výrazně horší oproti krajům moravským. V některých krajích se nachází jak nemocnice/léčebna, tak lůžkové psychiatrické oddělení v nemocnici, v jiných je pouze jeden lůžkový subjekt, přičemž tam kde není nemocnice/léčebna, se nachází úplné minimum lůžek (např. kraj Karlovarský disponuje pouhými 45 lůžky, Liberecký pak 51 lůžky). Dostupnost lůžkové péče navíc zhoršuje skutečnost, že zákonem byla zrušena spádovost zdravotnických zařízení a v praxi se dodržuje v různé formě pouze zvykově.³²

V ČR je relativně dobře rozvinut systém péče o drogově závislé (včetně závislých na alkoholu), každý kraj má k dispozici svého koordinátora, na vládní úrovni působí hlavní koordinátor. Je provozováno 20–30

²⁸ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Lůžková péče 2012: Zdravotnická statistika*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 23.

²⁹ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 19.

³⁰ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví České republiky 2012 ve statistických údajích*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 56.

³¹ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 19.

³² Tamtéž, s. 19.

terapeutických komunit. Léčení osob závislých na alkoholu je zpravidla koncentrováno do psychiatrických nemocnic/léčeben, v tomto smyslu není patrná podpora od komunitních center, jelikož tyto nejsou pro tuto skupinu specializovaná. Současný systém ambulantních služeb v tomto smyslu funguje nedostatečně.³³

Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má tudíž z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče.³⁴

V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v ČR 21 denních stacionářů spadajících pod resort zdravotnictví. Méně než polovina z nich je součástí lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však převážně vznikala do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají. Existují pouze 3 krizová centra v ČR s nepřetržitou dostupností psychiatra. Další krizové služby, které se snaží v některých místech pokrýt tento nedostatek, jsou omezeny časovou dostupností nebo nedostatečným vybavením odborného personálu a mají povahu spíše experimentálního pracoviště (např. mobilní krizový tým DPS Ondřejov, Praha 4). Nízkoprahová kontaktní centra a terénní služby jsou nedostatečně rozvinuty.³⁵

Dále je v ČR etablováno cca 10 mobilních týmů, registrovaných jako sociální služby, které pracují v terénu s klienty s vícečetnými potřebami dlouhodobého charakteru. Péči zde poskytují převážně sociální pracovníci, spíše výjimečně jsou zastoupeni zdravotničtí pracovníci. Aktivní vyhledávání těch, kteří potřebují odbornou pomoc, poskytují pouze 2 týmy. Specializované psychiatrické sestry zde jsou k dispozici pouze na 3 místech.³⁶

Sociální programy, podpora bydlení, zaměstnávání apod. jsou zajišťovány zhruba třemi desítkami neziskových organizací specializovaných na vážně duševně nemocné, tyto organizace jsou zpravidla financovány dotacemi na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu prostřednictvím MPSV, dále z rozpočtů krajů, obcí a specifických grantových titulů. Nutno upozornit na to, že stávající způsob financování je velmi nestabilní a objem prostředků limitovaný, což neumožňuje NNO systémově rozvíjet síť služeb a uvažovat v dlouhodobějších perspektivách.³⁷

Do sítě péče o osoby s duševním onemocněním je nutno taktéž zahrnout lůžka v domovech sociální péče a zvláště pak lůžka v domovech sociální péče se zvláštním režimem. Počty klientů s duševním onemocněním zde umístěných je možno odhadnout na několik tisíc. Odhadem nejméně 80 % finančních zdrojů na provoz státních sociálních služeb o osoby s duševním onemocněním je vázáno na pobyťová sociální zařízení institucionálního typu, MPSV však v posledních letech realizovalo pilotní projekt deinstitucionalizace sociálních pobyťových služeb³⁸, podobný projekt pro oblast psychiatrické péče dosud chybí.³⁹

Současný systém financování psychiatrické péče bývá velmi často odbornou komunitou napadán, je mimo jiné poukazováno na celkové podfinancování tohoto sektoru zdravotní péče.⁴⁰

Tyto všechny výše uvedené odborné prohlášení vycházejí z výsledků provedených analýz a jsou tak signifikantní pro budoucí vývoj psychiatrie v ČR.

³³ Vstupní zpráva. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 6.

³⁴ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 20.

³⁵ Tamtéž, s. 20.

³⁶ Vstupní zpráva. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 6.

³⁷ Tamtéž, s. 6.

³⁸ Pilotní projekt MPSV (Podpora transformace sociálních služeb) byl ukončen 31. března 2013. Projekt navazoval na vládou schválenou Koncepti podpory transformace pobyťových sociálních služeb z roku 2007. Na pilotní projekt (Podpora transformace sociálních služeb) v současnosti navazuje další projekt v gesci MPSV, a to Transformace sociálních služeb.

³⁹ Vstupní zpráva. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 6.

⁴⁰ Tamtéž, s. 6.

2.3 REVIZE STÁVAJÍCÍCH OPATŘENÍ

Koncepce oboru psychiatrie byla prvně publikována v roce 2000. Tento dokument měl poskytovat podklad pro politická rozhodování, která měla vést k nezbytnému zlepšení systému psychiatrické péče v ČR. Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP vyhlásil v roce 2007 ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“ (NPP 2007) na podporu reformy psychiatrické péče v ČR. NPP 2007 vychází ze znalostí podmínek a potřeb nemocných s duševní poruchou v ČR a zároveň se opírá o důležité dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie (Výzva evropské ministerské konference WHO v Helsinkách roku 2005, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise, usnesení Evropského parlamentu o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva z roku 2006). Přes důležitost a vážnost obou výše zmiňovaných dokumentů k významnému posunu v poskytování psychiatrické péče nedošlo.

Hlavní cíle NPP 2007 jsou:

- Zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami – zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicínskými obory, důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci.
- Zajištění dostupnosti psychiatrické péče – se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemocnosti.
- Redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění – suicidia, závažná psychická i tělesná poškození, sociální izolace, invalidizace.
- Podpora primární psychiatrické péče.
- Rozvoj komunitní péče.
- Modernizace lůžkového fondu.

Konkrétní úkoly Národního psychiatrického programu 2007 spočívají v zajištění:

- Zvýšené péče o rizikové skupiny psychicky nemocných (schizofrenie, afektivní poruchy, závislosti, demence, poruchy příjmu potravy, závažné poruchy osobnosti, posttraumatické poruchy a další).
- Doplnění a zkvalitnění sítě ambulantní psychiatrické péče včetně obnovení sítě ordinací pro léčbu závislostí.
- Rozvinutí komunitní péče jak v obsahu vlastní léčebné péče, tak v institucionálním zabezpečení.
- Diferenciaci akutní a následné lůžkové péče s dopadem na kvalitu a restrukturalizaci lůžkového fondu a rozvoj komunitní rezidenční péče.
- Redukci skryté psychiatrické nemocnosti ve spolupráci s praktickými lékaři.
- Boji proti stigmatizaci a izolaci duševně nemocných především šířením pravdivých informací o psychiatrických poruchách i o stavu psychiatrické péče v ČR.
- Dosažení spravedlivého, v Evropě obvyklého financování psychiatrické péče přiměřené jejímu zdravotnímu, společenskému i ekonomickému významu.
- Rozvoji krizových psychiatrických služeb.
- Úpravě legislativy týkající se péče o osoby trpící duševní poruchou s důrazem na jejich práva a při respektování doporučení od orgánů EU.
- Podpoře psychiatrického výzkumu a vzdělávání v psychiatrii.⁴¹

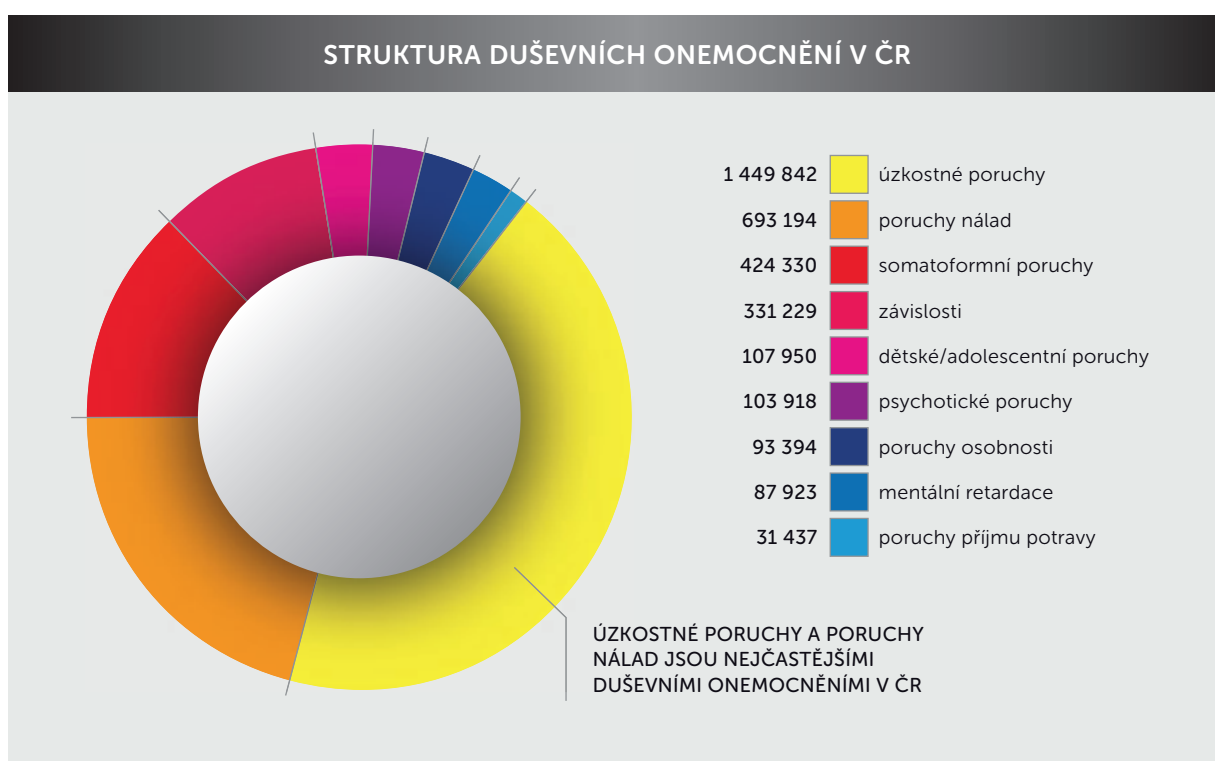
První Revize proběhla v červnu 2008 a je periodickou aktualizací „Koncepce oboru psychiatrie“ (KOP), která byla přijata na sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve Špindlerově mlýně v roce 2000 a Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002.

Cílem Revize koncepce oboru psychiatrie je vyhodnocení stávající sítě psychiatrických služeb a stanovení potřeb jejich dalšího rozvoje. V komplexu psychiatrických služeb se vyžaduje definovat služby zdravotnické a služby sociální.

⁴¹ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 22.

Pro přípravu Revize koncepce psychiatrické péče jmenovala PS ČLS JEP speciální pracovní skupinu⁴². Před zahájením činnosti této pracovní skupiny byly jejím koordinátorem osobně vyzvány všechny skupiny poskytovatelů psychiatrické péče ke spolupráci na Revizi koncepce psychiatrické péče s tím, že pro jejich náměty a připomínky jsou k dispozici veřejně dostupné webové stránky Psychiatrické společnosti ČLS JEP, aby byla kontrola nad tím, jaké podněty a návrhy byly pracovní skupině k dispozici, a s jakým výsledkem byly zpracovány do Revize koncepce psychiatrické péče.

Revize koncepce psychiatrické péče měla být konsensuálním materiálem přijatelným pro všechny skupiny poskytovatelů psychiatrické péče, o který by se mohly opřít při prosazování svých potřeb ve prospěch zkvalitnění péče o osoby trpící duševní poruchou.⁴³



Gustavsson et al., 2011 In Winkler et al., 2012

2.4 VÝVOJ PŘI TZV. NULOVÉ VARIANTĚ

Z hlediska přijetí tzv. nulové varianty vývoje, lze předpokládat, že dojde k poklesu kvality poskytované péče ve všech segmentech (pilířích péče).

Z hlediska činnosti ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012 dle aktuálních informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2012 provedeno 2 834 tisíc

⁴² Třinácti členná pracovní skupina byla v následujícím složení: MUDr. Zdeněk Bašný (koordinátor pracovní skupiny), MUDr. František Čihák (dětská a dorostová psychiatrie), MUDr. Petr Jeřábek Ph.D. (adiktologie), MUDr. Erik Herman, Ph.D. (ambulantní psychiatrie), MUDr. Martin Hollý (sexuologie, ochranné léčení), PhDr. Karel Koblic (psychologie), MUDr. Jiří Konrád (gerontopsychiatrie), MUDr. Petr Možný (lůžková péče), MUDr. Ondřej Pěč (komunitní péče), MUDr. Juraj Rektor (ambulantní péče), MUDr. Ivan Tůma, CSc. (lůžková péče), MUDr. Irena Zrzavecká (lůžková péče), MUDr. Vladislav Žižka (lůžková péče).

⁴³ Psychiatrická společnost ČLS JEP. Koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize 2008. In.: RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 3.

vyšetření-ošetření.⁴⁴ Jak již bylo zmíněno výše, při porovnání s rokem 2000 dochází u dospělé populace k nárůstu počtu pacientů o téměř 60 %.⁴⁵

Vycházíme-li z výše uvedených dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky týkajících se činnosti ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012, je vývoj při tzv. nulové variantě při zachování stávajícího systému ambulantní psychiatrické péče alarmující.

Zakonzervování aktuálního stavu v psychiatrických ambulancích, v ambulancích dětské klinické psychologie a dětské a dorostové psychiatrie předpokládá prodlužující se čekací doby, snižování úrovně péče, možné prohlubování potíží a jejich intenzity, eventuálně zvyšování komorbidit s dalšími poruchami.

Výhledově lze očekávat další zvýraznění potřeby péče v dospělém věku kvůli nedostatečně poskytované péči osobám s duševními poruchami v dětství. Tato situace může gradovat v následnou zátěž pro veřejné rozpočty jak v rámci resortu zdravotnictví, tak i v rámci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (větší riziko nezaměstnanosti a závislosti na podpoře státu), eventuálně i Ministerstva spravedlnosti ČR (zvýšené kriminalita jedinců s některými typy psychiatrických diagnóz).

Zároveň při nízké podpoře těchto odborností lze předpokládat snížení kvality péče vzhledem ke snížení zájmu ve vzdělávání v oboru psychiatrie.

Při stop stavu na nové úvazky psychiatrů, dětských a dorostových psychiatrů, klinických psychologů a dětských klinických psychologů bude docházet k dalšímu prodlužování délky objednání (resp. přijetí) v ambulantních pracovištích. Tím bude docházet často k chronifikaci problému a k zvyšování nákladů na následnou léčbu, jelikož bude čerpána nákladnější péče poskytovaná v lůžkových zařízeních.

Při omezené kapacitě kvalitního vstupu do systému a zachycení nových pacientů bude docházet k postupnému navyšování počtu nezachycené, skryté populace s duševními potížemi a s duševním onemocněním.

Z důvodu neexistence návaznosti na komunitní péči a komunitní sociální služby bude docházet k postupné akumulaci pacientů v nákladných zdravotních službách.

Zaniknou nestandardní a dle aktuálního stavu nesystémová zařízení – krizová centra a snahy o komunitní sociálně zdravotní služby, protože dojde k vyčerpání lidského potenciálu a k vyčerpání nesystémových finančních prostředků, které jsou doposud financovány z jiných – dočasných nebo nestabilních zdrojů (dotací EU, krajských úřadů, obcí, apod.).

Mnohá oddělení nemocnic neposkytují akutní péči, v ČR se vyskytují regiony, které nemají žádné oddělení splňující standardy pro poskytování akutní péče. Pokud má být akutní psychiatrická péče dostupná a má být poskytována v souladu se současnými standardy odborné společnosti, není zachování statusu quo udržitelné.

Při nulové variantě v psychiatrických nemocnicích/léčebnách bude vzhledem k technické zanedbanosti docházet k dalšímu zhoršování podmínek léčby. Mírný pokrok, kterého bylo dosaženo směrem k humanizaci a zlepšení komfortu prostředí, jehož psychiatrické nemocnice/léčebny s krajním úsilím dosahovaly, se zastaví.

⁴⁴ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 2.

⁴⁵ Tamtéž, s. 2.

2.5. SOUHRN VÝSLEDKŮ KLÍČOVÝCH ANALÝZ

Důležitým zdrojem umožňujícím mezinárodní srovnání a rozvoj jednotlivých zemí v oblasti duševního zdraví je vydání publikace *WHO Mental Health Atlas – 2005*,⁴⁶ navazující na další již vydané publikace *Mental Health Resources in the World 2001*,⁴⁷ *Country Profiles on Mental Health Resources 2001*.⁴⁸ Kapitola týkající se ČR byla vytvořena se supervizí prof. Höschla, který je zároveň odborným zástupcem ČR pro tuto oblast pro spolupráci s WHO. Novější publikací srovnávající péči o duševní zdraví v různých zemích Evropy je publikace „Politika a praxe duševního zdraví v Evropě“ (*Policies and Practices for Mental Health in Europe – Meeting the Challenges*),⁴⁹ vydaná Regionální kanceláří pro Evropu WHO v roce 2008.

MZČR je od roku 2004 signatářem smluv o spolupráci na dvouletá období s kanceláří WHO v ČR. Obsahem smluv je podpora zkvalitňování péče o pacienty s duševní poruchou s důrazem na podporu komunitní péče (služby v oblasti duševní péče mají být dostupné v komunitě a dosažitelné podle potřeby), které obsahují souhrnné analýzy stavu o duševním zdraví.

Mezi další relevantní strategické materiály, které reflektují klíčové analýzy stavu péče o duševní zdraví, patří „Zelená kniha“ – strategický dokument pro duševní zdraví v EU a Evropský pakt duševního zdraví a *well-being* (*European Pact for Mental Health and Well-being*)⁵⁰ přijatý na konferenci na nejvyšší úrovni v Bruselu ve dnech 12.–13. června 2008, které se účastnili ministři zemí EU a někteří komisaři EU.

Výchozím materiálem pro zhodnocení současného systému poskytované psychiatrické péče byla výzkumná zpráva z projektu „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“⁵¹, vypracovaná kolektivem autorů zastupujících jednotlivé segmenty psychiatrické péče. Výsledky potvrdily hypotézy zveřejněné ve Vstupní zprávě ke Strategii reformy psychiatrické péče.⁵²

Údaje o segmentech ambulantní psychiatrické péče (odbornost 305) a ambulantní psychologické péče (odbornost 901) získané od Všeobecné zdravotní pojišťovny byly zpracovány v dokumentu „Zpracování statistických dat pro odbornost 305 a 901 za roky 2011 a 2012“. Tato analýza potvrdila značné přetížení psychiatrických i psychologických ambulancí, nedostatek ambulantních specialistů v logické návaznosti na výše zmiňovaný nárůst počtu pacientů vyhledávajících tento typ péče.⁵³

Analytická publikace shrnující klíčové analýzy komparativního charakteru o systémech psychiatrické péče v Evropě byla zpracovaná a vydaná v roce 2013 Psychiatrickým centrem Praha („Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenosti a doporučení“).⁵⁴

Tato studie pomocí ateoretického komparativního přístupu, v jehož rámci se nehodnotí, který systém je „lepší“ či „horší“, ale pomocí matematického modelování se identifikují státy, které jsou si strukturou psychiatrické péče vzájemně nejbližší a naopak. Výsledky jsou znázorněny formou tzv. sociomap.⁵⁵

⁴⁶ World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: WHO, 2005.

⁴⁷ World Health Organization. *Atlas: Mental Health Resources in the World 2001*. Geneva: WHO, 2001.

⁴⁸ World Health Organization. *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources 2001*. Geneva: WHO, 2001.

⁴⁹ World Health Organization. *Policies and Practices for Mental Health in Europe: Meeting the Challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Geneva: WHO, 2008.

⁵⁰ The European Union. *European Pact for Mental Health and Well-being*: EU high-level conference. Brussels: EU, 2008. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

⁵¹ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012.

⁵² *Vstupní zpráva ke Strategii reformy psychiatrické péče*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 4.

⁵³ MORCINEK, Tomáš. *Zpracování statistických dat pro odbornost 305 a 901 za roky 2011 a 2012: se zaměřením na případný další rozvoj těchto odborností*. Praha, 2013.

⁵⁴ WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum, 2013.

⁵⁵ Metoda sociomapování je určena ke zkoumání skrytých vztahů v prostředí komplexních systémů. Přístup je založena teorií fuzzy množin, matematické topologii a rozeznávání skrytých vzorců. Sociomapování bylo původně vyvinuto jako nástroj pro předpovídání vývoje skupinové dynamiky sociálních vztahů při simulaci dlouhodobých vesmírných letů v rámci projektu Evropské vesmírné agentury.

Ze sociomapy na následující straně lze vyčíst nejen mezi jakými státy se ČR v parametru struktury psychiatrické péče nachází, ale také kde by se teoreticky, vzhledem k výši HDP na obyvatele, nacházet měla. Z výsledků znázorněných formou sociomapy je patrné aktuální postavení systému české psychiatrické péče v kontextu ostatních evropských států. V rámci této studie byly provedeny celkem dvě základní analýzy:

- 1/ Kontextuální postavení psychiatrické péče v ČR v parametru dostupnosti extramurálních forem psychiatrické péče. Z hlediska dostupnosti extramurálních forem péče a komunitních služeb je česká psychiatrie nejbližší Rumunsku a Bulharsku. Další okruh podobnosti tvoří Gruzie a Ázerbájdžán. Z hlediska parametru HDP na hlavu zaujme při porovnání ČR s chudšími zeměmi posun řady těchto zemí směrem k horizontu nejvyspělejších států Evropy. Jde zejména o Chorvatsko, Bosnu, Moldávii a hlavně Estonsko.⁵⁶
- 2/ Celková analýza kompilující data ze šetření prezentovaném v sociomapě č. 1 a z údajů o základní struktuře lůžkového fondu a financování. Pokud jde o celkový charakter psychiatrické péče, je podle dostupných dat ČR strukturálně nejbližší Bulharsku, Rumunsku, Gruzii, Černé Hoře a Lotyšsku. Opět je zde ostrov států s nižším HDP per capita, který je v porovnání s ČR blíže skupině nejrozvinutějších zemí Evropy (Chorvatsko, Černá Hora, Bosna a překvapivě i Albánie a Moldávie). Ze srovnatelné příjmové skupiny se znovu vyděluje Estonsko, které strukturou psychiatrické péče stojí na prahu klubu nejvyspělejších zemí Evropy.⁵⁷

K uvedeným nálezům je zapotřebí přistupovat obezřetně. Pro nedostatek údajů byly z analýzy vyřazeny Bělorusko, Kypr, Finsko, Francie, Makedonie, Polsko, Portugalsko, Rusko, Slovinsko, Švédsko a Ukrajina. Kontraintuitivní postavení některých zemí v prostředí zvolené sociomapy může vyvolávat otázky o kvalitě vstupních dat, respektive o existenci skrytých (neanalyzovaných) proměnných tato data ovlivňujících. Na druhou stranu, tyto obavy ve vztahu k ČR oprávněné nejsou. Data poskytnutá WHO jsou v souladu s dalšími dostupnými zdroji a reflektují skutečnou situaci.⁵⁸

Z výše popsaných analýz vyplývají tyto základní závěry:

- 1/ Vnitřní uspořádání psychiatrické péče v ČR je nejpodobnější některým zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Od těchto států se však lišíme značně vyšším HDP *per capita*.
- 2/ V tomto klastru států je jednotlivým prvkem nízký podíl psychiatrie na celkových zdravotních výdajích, koncentrace péče v psychiatrických léčebnách a nedostatečně rozvinutá komunitní péče.
- 3/ Tato skupina států disponuje systémy psychiatrické péče, které jsou z posuzovaných zemí ve vztahu ke klubu vyspělých států Evropy nejdálší. Jinými slovy, rozdíly ve vnitřním uspořádání psychiatrické péče mezi ČR a vyspělými státy Evropy jsou propastné. Tento fakt zůstane patrně nejdůležitějším nálezem komparace psychiatrických systémů v prostředí sociomapování.⁵⁹

V závěru výše citované analýzy je uveden odkaz na souhrn doporučení od odborníků i nadnárodních institucí působících na poli duševního zdraví, kde panuje značná shoda a komplementarita v tom, jaké jsou v politice duševního zdraví priority a co je třeba v tomto kontextu dělat.⁶⁰

⁵⁶ WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013, s. 32.

⁵⁷ WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum, 2013, s. 32.

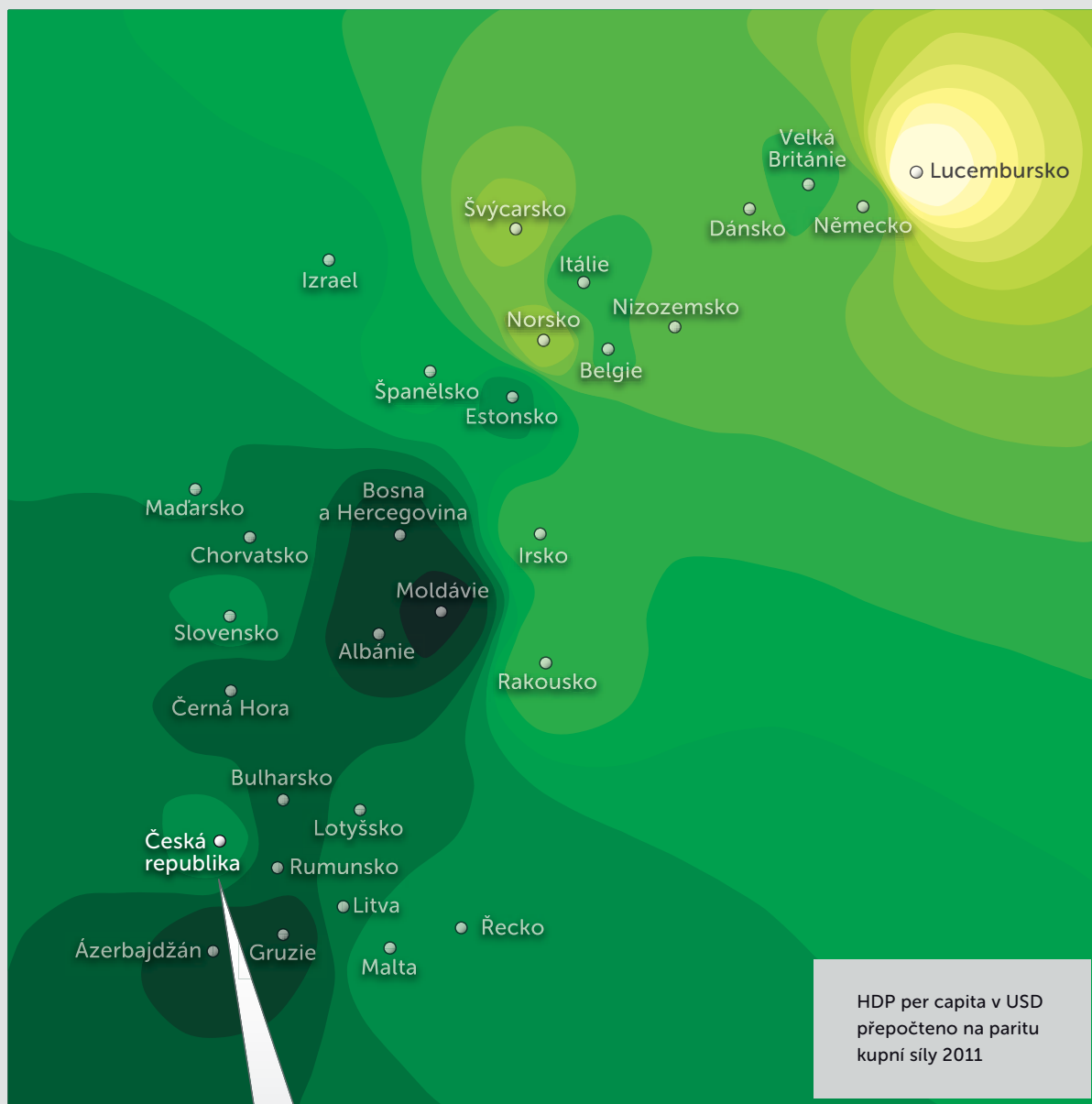
⁵⁸ Tamtéž, s. 33.

⁵⁹ Tamtéž, s. 33.

⁶⁰ World Health Organization. *Atlas: Mental Health Resources in the World 2001*. Geneva: WHO, 2001; World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: WHO, 2005; European Commission. *Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005; Gaebel, Wolfgang, Zielasek, Jürgen. *Psychiatry in Germany*. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 2012, s. 371–378; FEAM. *FEAM Statement on Mental Health Policy Issues*. Praha: Psychiatrické centrum, 2010; The Schizophrenia Commission. *The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness, 2012; Fears, Robin, Höschl Cyril. *Mental health policy issues: the view from FEAM*. *European Psychiatry*, 26(1), 2011, s.3–6; Höschl, Cyril. *European psychiatry: needs, challenges and structures*. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 259 (Suppl.2), 2009, s.119–122; Thornicroft, Graham. *European mental health policy: the key issue is social inclusion*. *European Journal of Public Health*, 21(5), 2011, s.548–549; Medeiros, Helen (ed.). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: London School of Economics, 2008; Knapp, Martin, McDavid, David, Mossialos, Elias, Thornicroft, Graham. *Mental Health policy and practise across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press, 2007.

Green Paper (European Commission, 2005) označuje za priority oblasti a) podpora duševního zdraví v mládí a vzdělávání k duševnímu zdraví, b) prevence deprese a sebevražd, c) duševního zdraví ve stáří, d) duševního zdraví na pracovišti, e) eliminace stigmatu a sociálního vyloučení.⁶¹

STRUKTURÁLNÍ PODOBNOST PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR V KONTEXTU 31 ZEMÍ EVROPY



Systém psychiatrické péče v Česku je nejpodobnější zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Systém je charakteristický nízkým podílem psychiatrie na celkových zdravotních výdajích a koncentrací péče v psychiatrických léčebnách.

WHO, 2011 In Winkler et al., 2013

⁶¹ European Commission. *Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005.

EPA (*European Psychiatric Association*)⁶² rozděluje doporučení na strukturální a procesní, přičemž jednotlivá doporučení směřuje na makro, mezo i mikro úroveň a klade důraz na práva pacientů, personál a jeho vzdělávání, kvalitu, strukturu, systém fungování a poskytování služeb, v neposlední řadě pak samozřejmě také na informace a výzkum.⁶³

FEAM (*The Federation of the European Academies of Medicine*)⁶⁴ vydala své prohlášení ke klíčovým tématům politik vztahujících se k duševnímu zdraví. Svá doporučení rozdělila do tří oblastí: a) dosáhnout lepšího porozumění psychosociálním a biologickým faktorům asociovaným k duševním onemocněním a jejich vzájemným interakcím, b) využít vědeckého pokroku k rozvoji efektivního rozpoznávání, klasifikaci, diagnostice a léčbě duševních onemocnění, c) sdílet nejlepší praxi a optimalizovat systém relevantních služeb.

The Schizophrenia Commission doporučuje identifikovat nejpalčivější oblasti v systému péče z hlediska uživatelského i finančního a tyto pak řešit v souladu s přístupem, který jsme doporučili výše.⁶⁵ Fears & Höschl a Höschl doporučují mimo jiné harmonizaci výzkumu, vzdělávání, legislativy a politických aktivit.⁶⁶ Thornicroft dodává, že klíčovou oblastí, na níž je třeba zaměřit pozornost, je sociální vyloučení.⁶⁷ *The Mental Health Economics European Network* doporučuje nahlížet reformy a deinstitucionalizaci jako dlouhodobý proces, kdy je třeba zajistit a ekonomicky dostatečně reflektovat poskytování služeb skrze zařízení primární péče, která jsou podporována adekvátním systémem sekundární péči, a kde komunitní péče zajišťuje podporu v oblasti sociální, bydlení, vzdělávání a pracovní.⁶⁸ Knapp (ed.) poskytuje další cenná doporučení, jak postupovat v procesu reformy, tak aby byl co nejvíce *evidence-based*.⁶⁹

Dokumentům WHO nebyla v předchozím odstavci věnována pozornost, neboť mezi nimi existuje značná kontinuita, která má svůj vrchol v Akčním plánu duševního zdraví 2013–2020.⁷⁰

Tomuto dokumentu se zde pro jeho fundamentální důležitost budeme věnovat obsírněji. Akční plán shledává, že evropská společnost čelí v oblasti duševního zdraví zásadním výzvám, které, pokud nebudou adekvátně zvládnuty, tak velmi citelně naruší kvalitu života v celé společnosti. Navrženy jsou proto následující cíle a úkoly pro jednotlivé členské státy, z nichž je patrná multidimenzionalita problematiky duševního zdraví:

1. Každý má rovné právo realizovat svojí duševní pohodu v kterémkoli věku a toto právo je zajištěno zvláště těm, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohroženi

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadají: vývoj a implementace programů zaměřených na prevenci suicidality, vývoj a implementace kvalitní programy prevence ve školách, stimulace zaměstnavatelů k vývoji a implementaci preventivních programů na pracovištích, zajištění nízkoprahových služeb včasné intervence pro staré lidi.

2. Lidská práva lidí s duševními problémy jsou naplňována, ceněna, podporována a chráněna

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadají: adaptace nebo aktualizace politiky a legislativy zajišťující ochranu lidských práv a proti diskriminaci spojených s problematikou duševního zdraví, zajistit pacientům a jejich rodinným příslušníkům adekvátní a přístupné informace týkající se léčby a jejich

⁶² Evropská psychiatrická asociace.

⁶³ Gaebel, Wolfgang, Zielasek, Jürgen. *Psychiatry in Germany*. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 2012, s. 371–378

⁶⁴ Federace evropských zdravotnických akademií.

⁶⁵ The Schizophrenia Commission. *The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness, 2012.

⁶⁶ Fears, Robin, Höschl Cyril. *Mental health policy issues: the view from FEAM*. *European Psychiatry*, 26(1), 2011; Höschl, Cyril. *European psychiatry: needs, challenges and structures*. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 259 (Suppl.2), 2009.

⁶⁷ Thornicroft, Graham. *European mental health policy: the key issue is social inclusion*. *European Journal of Public Health*, 21(5), 2011.

⁶⁸ Medeiros, Helen (ed.). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: London School of Economics, 2008.

⁶⁹ Knapp, Martin, McDaid, David, Mossialos, Elias, Thornicroft, Graham. *Mental Health policy and practise across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press, 2007.

⁷⁰ World Health Organization. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: WHO, 2013. Tento akční plán duševního zdraví byl přijat na 66. Světovém zdravotnickém shromáždění WHO 19. září 2013.

práv, vytvořit mechanismy participace duševně nemocných na tvorbě politik a služeb, zajisti bezplatný přístup k právním informacím pro nedobrovolně přijaté do léčby.

3. Služby v oblasti duševního zdraví jsou dostupné, finančně dosažitelné a poskytované v komunitě

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadají: vytvoření národních strategií obsahujících priority a zodpovědnosti jednotlivých aktérů, zajistit schopnost poskytnout základní ošetření problémů spojených s duševním zdravím v rámci primární lékařské péče, zakládat komunitní služby schopné včasné intervence a *outreach* týmy na dosah nejvíce zranitelným skupinám obyvatel, vytvořit psychiatrická oddělení s adekvátní úrovní pokojů a jiných zařízení a obsluhované kvalifikovaným personálem, zajistit zvláštní trénink pro personál obsluhující forenzní lůžka, dlouhodobě a všestranně podporovat pečující rodiny, odstranit překážky k péči pro nejvíce deprivované skupiny obyvatel a implementovat *evidence-based* kampaně zaměřené na snižování stigmatu v komunitách a mezi veřejností.

4. Lidé mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní léčbu, o které mohou spolurozhodovat.

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadají: zajistit bezpečné a efektivní intervence podporující respekt k pacientovi, zahrnout pacienty do procesu léčby a umožnit jim podílet se na rozhodování, zajistit dodržování etických standardů ve veškerých zařízeních, zajistit adekvátní proporci učiva věnovaného duševnímu zdraví do bakalářských a jiných vzdělávacích programů všech lékařů a dalšího relevantního personálu, zajistit péči o personál a příležitosti pro jeho celoživotní vzdělávání a připravit tak personál na změny.

5. Zdravotnické systémy poskytují dobrou fyzickou i duševní péči pro všechny

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadají: zajistit rovnost v poskytování zdravotní péče, vhodnou antidiskriminační legislativou zlepšit přístup lidí s duševním onemocněním ke zdravotní péči, monitorovat ukazatele zdraví a vedlejší účinky medikace u lidí s duševním onemocněním, zahrnout do vzdělávání a léčby duševně nemocných otázky týkající se životního stylu, zajistit všem všeobecným lékařům adekvátní výcvik tak, aby byli schopni rozpoznat a umět pomoci s úzkostí a depresí u lidí s fyzickými problémy.

6. Systémy péče o duševní zdraví pracují v rámci dobře koordinovaných partnerství s ostatními relevantními sektory

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadají: specifikovat role a koordinovat jednotlivé *stakeholdery* v systému a neomezovat se pouze na zdravotnictví, iniciovat partnerství, vytvářet příležitosti pro účasti lidí s duševním onemocněním a jejich rodin na plánování péče

7. Politika a poskytování péče se řídí náležitými informacemi a znalostmi (uplatňování přístupu evidence-based policy)

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadají: naplňovat stanovené indikátory a reportovat je zpět WHO, kvalitu a lidská práva posuzovat a reportovat v rámci transparentních zpráv, v režimu zajišťujícím ochranu a důvěrnost osobních údajů zajistit sdílení informací mezi kliniky a ostatními poskytovateli péče, zajistit účast uživatelů péče a jejich rodin na hodnocení kvality poskytovaných služeb a podporovat výzkum ve všech směrech od efektivních inovací po hodnocení výsledků služeb.⁷¹

Při tvorbě Strategie bylo ke všem výše uvedeným analýzám přihlédnuto a jejich výsledky a doporučení byly zohledněny.

⁷¹ WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum, 2013, s. 54–56.

3. VIZE A ZÁKLADNÍ SMĚROVÁNÍ

3.1. HIERARCHICKÁ STRUKTURA CÍLŮ A PRÁCE

Definovaným globálním cílem je zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. Tento cíl bude postupně naplňován řadou dalších strategických cílů, z nichž každý bude v této etapě (2014–2023) naplňovat globální cíl jen do určité míry. Nelze tedy očekávat, že po roce 2023 bude psychiatrická péče zcela zreformována a plně v souladu s potřebami a očekáváními jejích uživatelů. Reformy péče o duševní zdraví je dlouhodobější proces, než který pokrývá tato Strategie.

Pro správné nastavení struktury práce vycházíme ze všech doporučených opatření agregovaných v procesu tvorby Strategie. Jednolitost doporučení byla rozdělena podle definovaných pilířů, což ale neposkytuje dostatečnou podporu pro určení odpovědností a strukturu práce.

Strategie vytváří 8 oblastí práce zahrnujících vše potřebné od tvorby standardů po legislativní změny. Tyto oblasti jsou pak řídicími prvky pro aktivity, výzvy a projekty, které budou naplňovat strategické cíle a v součtu i cíl globální.

Viz graf Hierarchická struktura práce na protější straně.

3.2. VIZE A GLOBÁLNÍ CÍLE STRATEGIE

Vize⁷²

Strategie naplňuje vizi o zdravější společnosti, ve které není vysoká kvalita života vyhrazena jen většinové zdravé populaci, ale i skupinám s určitými zdravotními omezeními. Snaží se tedy naplňovat právo všech na lepší a humánnější péči a kvalitnější život obecně.

Globálním cílem Strategie je proto zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv duševně nemocných, proto hlavním motivem Strategie je právě důraz na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu.

Strategie reformy psychiatrické péče si bere za své v konkrétních opatřeních, která z ní budou vyplývat, uplatňovat lidská práva: „Všichni lidé mají právo na nejlepší dostupnou péči v oblasti duševního zdraví, která bude součástí systému zdravotní a sociální péče.“⁷³

⁷² Vize je definována jako obecný popis žádoucího budoucího stavu, kterého chceme prostřednictvím realizace strategie dosáhnout. Jedná se o dopad naplnění globálního cíle. Vztahuje se na strategii jako celek. K naplnění vize by mělo dojít ve střednědobém či dlouhodobém horizontu (což nemusí být bezprostředně po ukončení realizace strategie) (VESELÝ, Arnošt. NEKOLA, Martin (eds). *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-75-5).

⁷³ United Nations. UN Resolution 46/119 on the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, přijato 17. 12. 1991. New York: United Nations, 1991. Předklad autorů.

HIERARCHICKÁ STRUKTURA PRÁCE

		Fáze 2: Realizace a provoz								STRATEGICKÉ CÍLE ETAPY 1			
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
OBLAST	1 Tvorba standardů a metodik	Tvorba metodiky pro měření kvality života (CoLMet) Tvorba metodiky pro měření stigmatizace (StigMet) Projekt Standardní Klasifikace vybudovaného prostředí (SKVP) Projekt Ekonomika duševního zdraví (EKODUZ) Definice standardu CDZ Definice metod měření spokojenosti uživatelů péče (USat)	2015	Měření kvality života Měření stigmatizace Implementace standardní Klasifikace vybudovaného prostředí (SKVP) Projekt Ekonomika duševního zdraví (EKODUZ II) Měření spokojenosti uživatelů péče	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování
	2 Rozvoj sítě psychiatrické péče	Příprava pilotních projektů CDZ – proveditelnost, financování Výběr realizátorů pilotních projektů Příprava dobudování sítě psychiatrických nemocničních oddělení	2015	Pilotní provoz CDZ Vyhodnocení pilotních provozů CDZ Příprava plánu budování celorepublikové sítě CDZ Vybudování sítě CDZ Dobudování sítě psychiatrických nemocničních oddělení	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí
	3 Humanizace psychiatrické péče		2015	Příprava projektů humanizace psychiatrické péče Realizační projekty humanizace péče zlepšením prostředí v psych. nemocnicích Projekty podpory provázanosti komunitní sítě s CDZ	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Humanizovat psychiatrickou péči
	4 Destigmatizace a komunikace	Stanovení pravidel pro vyhodnocování komunikačních kampaní Příprava plánu komunikace reformy psychiatrické péče	2015	Podpora destigmatizačních aktivit v místech pilotních projektů Destigmatizační kampaně celoplošné Komunikace změn v poskytování psychiatrické péče	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně
	5 Vzdělání a výzkum	Tvorba osnov vzdělávacích programů v psychiatrii Vzdělávání pracovníků složek veřejné správy	2015	Vzdělávání vzdělávatelů Vzdělávání poskytovatelů péče Vzdělávání návazných profesí	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté nemocnosti
	6 Legislativní změny	Analýza dopadů reformy na legislativu Zpracování návrhu legislativních změn	2015	Prosazení legislativních změn	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb
	7 Udržitelné financování	Příprava nového modelu financování psychiatrické péče	2015	Jednání se zdravotními pojišťovnami týkající se nového modelu financování psychiatrické péče Zavedení nového modelu financování psychiatrické péče	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti
	8 Meziresortní spolupráce	Příprava plánu pro koordinaci změn s dopadem na ostatní resorty	2015	Koordinace změn s přesahem do ostatních resortů	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	

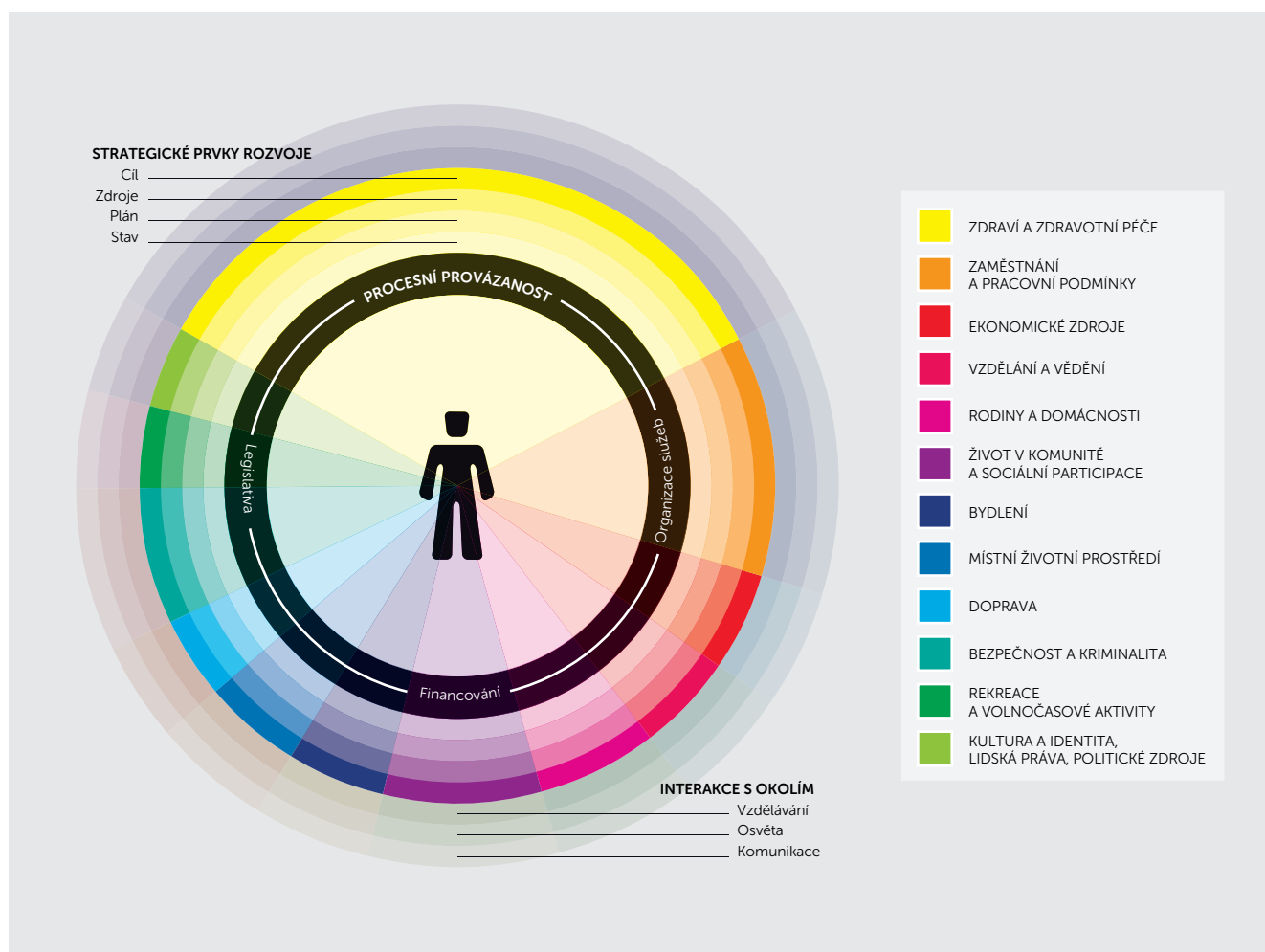
GLOBÁLNÍ CÍL: Zvýšení kvality života lidem s duševním onemocněním

3.3. STRATEGICKÉ CÍLE STRATEGIE

Výše definovaný globální cíl byl rozpracován do skupiny sedmi strategických cílů.

Strategické cíle

- 1/ Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- 2/ Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- 3/ Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- 4/ Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- 5/ Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- 6/ Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- 7/ Humanizovat psychiatrickou péči.



Koncept kvality života tvoří základní referenční rámec celé Strategie reformy psychiatrické péče a všechny aktivity a opatření budou posuzovány z tohoto pohledu.

4. POPIS CÍLŮ V JEDNOTLIVÝCH STRATEGICKÝCH OBLASTECH

4.1. NÁZEV A POPIS SPECIFICKÉHO CÍLE, DOPADY JEHO NAPLNĚNÍ

Níže specifikované cíle, stejně jako prostředky k jejich dosažení a způsob jejich vyhodnocování, jsou vzájemně provázané a částečně se překrývají.

CÍL 1: ZVÝŠIT KVALITU PSYCHIATRICKÉ PÉČE SYSTÉMOVOU ZMĚNOU ORGANIZACE JEJÍHO POSKYTOVÁNÍ.

První cíl byl stanoven na základě zmapované zpětné vazby od uživatelů psychiatrické péče a odborné veřejnosti. Reaguje na řadu nedostatků v oblasti poskytování zdravotní péče, provázanosti zdravotní a sociální péče, její dostupnosti, vazeb mezi poskytovanými službami a řadou dalších identifikovaných nedostatků.

Změna organizace primárně povede ke zkvalitnění poskytovaných služeb a zajistí tak kvalitnější péči pro jejich uživatele. Systém psychiatrické péče bude mít vytvořené mechanismy k reflexi vlastní činnosti, ale i stavu současného poznání, aktuálním trendům, ekonomické situaci apod.

Klíčová opatření zahrnují vznik Center duševního zdraví jakožto nového pilíře poskytování psychiatrické péče s návazností na sociální oblast, a dále pak opatření vedoucí k rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče včetně návazných služeb a restrukturalizace lůžkové péče (ve smyslu lepší dostupnosti).

Hlavním předpokladem pro naplnění tohoto cíle je zajištění dlouhodobě udržitelného nastavení financování systému psychiatrické péče.

Mezi potenciální rizika z hlediska udržitelnosti financování psychiatrické péče je možné uvést nedostatek prostředků alokovaných do nového systému financování psychiatrické péče.

CÍL 2: OMEZIT STIGMATIZACI DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH A OBORU PSYCHIATRIE OBECNĚ.

Vychází z výsledků mapování vnímání duševně nemocných a duševních nemocí laickou i odbornou veřejností a orgány státní správy. Ve společnosti jsou duševně nemocní často stigmatizováni, což vytváří další komplikace pro jejich plnohodnotné začlenění do společnosti, při léčbě, vzdělávání, zaměstnávání apod.

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

Klíčová opatření vedoucí k dosažení tohoto cíle spočívají především v oblasti edukace laické a odborné veřejnosti a zaměstnanců státní správy a územní samosprávy, dále pak v zajištění transformace směrem k větší otevřenosti a zajištění nezávislé a jasně metodicky ukotvené kontroly (včetně kontroly kvality služeb).

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

Mezi hlavní riziko u tohoto cíle řadíme především nedostatečnou alokaci finančních prostředků pro destigmatizační a vzdělávací programy a jejich následnou nedostatečnou účinnost.

CÍL 3: ZVÝŠIT SPOKOJENOST UŽIVATELŮ A JEJICH RODIN S POSKYTOVANOU PSYCHIATRICKOU PÉČÍ.

Vychází z identifikovaných nedostatků v poskytování psychiatrické péče, které v konečném důsledku snižují celkovou spokojenost duševně nemocných a jejich rodin.

Hlavním zaměřením je zlepšení komunikace odborné veřejnosti s duševně nemocnými a jejich rodinami.

Zvýšení spokojenosti duševně nemocných a jejich rodin má přímý dopad na naplňování globálního cíle strategie.

Klíčová opatření jsou zaměřena na edukaci odborné veřejnosti a vyšší provázanost zdravotních a sociálních služeb. Významným nástrojem naplňujícím tento cíl bude uplatnění výsledků z aktuálně připravovaného projektu „SKVP“. (Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče). Cílem projektu bude mimo jiné definice standardů kvality poskytované péče.

Hlavním předpokladem je zajištění efektivních edukačních programů pro odbornou i laickou veřejnost.

Rizikem je naopak setrvávání konzervativního přístupu k poskytování psychiatrické péče v ČR.

CÍL 4: ZVÝŠIT EFEKTIVITU PSYCHIATRICKÉ PÉČE VČASNOU DIAGNOSTIKOU A IDENTIFIKACÍ SKRYTÉ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNOSTI.

Vychází ze shromážděných dat a informací o nedostatečné schopnosti identifikovat skrytou psychiatrickou nemocnost v systému zdravotnictví.

Pro dosažení cíle je nezbytné zlepšit a rozšířit pregraduální i postgraduální vzdělávání lékařů a odborných pracovníků mimo oblast psychiatrie tak, aby se zvýšila schopnost odhalovat psychiatrickou nemocnost, což povede k časně léčbě a předání duševně nemocného do péče odborníkům.

Skrytá nemocnost znemožňuje účinnou péči pro duševně nemocného, čímž zhoršuje kvalitu jeho života. Její odhalování má tak přímý dopad na dosažení globálního cíle strategie.

Klíčová opatření spočívají v edukaci zdravotnických pracovníků a jsou popsána v pasážích tohoto dokumentu pod názvem „Edukace“, a to jak v části obecných doporučení, tak v rámci jednotlivých pilířů. Další klíčovou roli zaujímá uplatňování konsiliární psychiatrie (týmu) ve všeobecných nemocnicích, která zajistí identifikaci skryté psychiatrické nemocnosti na somatických odděleních a poskytne asistenci somatickým lékařům v diagnostice a léčbě pacientů.

Předpokladem pro dosažení tohoto cíle je rozšíření systému vzdělávání ve zdravotnictví.

CÍL 5: ZVÝŠIT ÚSPĚŠNOST PLNOHODNOTNÉHO ZAČLEŇOVÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH DO SPOLEČNOSTI (ZEJMÉNA ZLEPŠENÍM PODMÍNEK PRO ZAMĚSTNANOST, VZDĚLÁVÁNÍ A BYDLENÍ AJ.).

Vzdělávání a plnohodnotné začleňování duševně nemocných do společnosti je oblast, kterou odborná i laická veřejnost vnímá jako nedostatečně rozvinutou. Pro mnoho duševně nemocných pak není možné dosáhnout vyššího stupně uplatnění, což negativně ovlivňuje kvalitu jejich života.

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

Předpoklady pro dosažení cíle zahrnují zajištění nového systému financování psychiatrické péče a zvýšení provázanosti mezi zdravotní a sociální oblastí.

Riziko spočívá v setrvávání na konzervativním přístupu k poskytování psychiatrické péče.

CÍL 6: ZLEPŠIT PROVÁZANOST ZDRAVOTNÍCH, SOCIÁLNÍCH A DALŠÍCH NÁVAZNÝCH SLUŽEB.

Zdravotní, sociální a další návazné služby jsou organizovány v rámci různých částí státní správy a územní samosprávy. Spadají tak do kompetence několika resortů a územně samosprávných celků.

V rámci předchozích fází přípravy Strategie byla provázanost těchto služeb vyhodnocena jako nedostatečná.

Duševně nemocní vyžadují nejen psychiatrickou péči, ale pro jejich uplatnění ve společnosti je třeba usnadnit přístup k využívání sociálních služeb a k dalšímu vzdělávání. Klíčová je vzájemná provázanost, důraz na meziresortní a multiprofesní přístup.

Hlavní opatření vedoucí k dosažení cíle primárně zahrnuje nastavení efektivní spolupráce mezi složkami státní správy (resorty) a územní samosprávy.

Předpokladem pro úspěšné dosažení cíle je zajištění spolupráce nezdavotnických složek státní správy (resortů) a územních samospráv při přípravě a realizaci organizačních změn a opatření. Potenciálním rizikem je naopak nedostatek součinnosti všech zainteresovaných stran.

CÍL 7: HUMANIZOVAT PSYCHIATRICKOU PÉČI.

Lůžková psychiatrická péče v ČR je primárně založena na modelu, který má své těžiště v institucionálním prostředí. Tento model je charakteristickým nedostatkem komunitních služeb poskytovaných v prostředí blíže duševně nemocným.

Neméně důležitým aspektem v rámci humanizace je zlepšení podmínek péče ve stávajících zařízeních, jako jsou psychiatrické léčebny/nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic, a to za pomoci investic do kultivace tamějšího prostředí.

Přiblížení péče k duševně nemocným a odklon od institucionálního modelu péče k modelu vyváženému ve svém důsledku povede ke zlepšení jejich kvality života.

Rozvoj péče poskytované v rámci CDZ a dalších extramurálních služeb, optimalizace sítě a modernizace lůžkového fondu s vazbou na definovaný cílový stav, kdy přirozeným důsledkem rozvinuté extramurální⁷⁴ péče bude redukce lůžkové kapacity, patří mezi klíčová opatření pro dosažení cíle humanizace péče.

Předpokladem pro dosažení cíle je primárně zajištění nového systému financování psychiatrické péče a adekvátní dotační podpora (ESF a další dotační tituly).

Riziko tohoto cíle spočívá v setrvávání na konzervativním přístupu v poskytování psychiatrické péče a v nedohodě na novém systému financování psychiatrické péče.

⁷⁴ Pojmem „extramurální“ péče/služby máme na mysli péči a služby, které jsou poskytovány jindy a jinde než v lůžkovém zařízení v době trvání hospitalizace.

4.2. PŘEHLED A POPIS OPATŘENÍ

PILÍŘE STRATEGIE

Strategie reformy psychiatrické péče v ČR má za globální cíl zlepšit kvalitu života duševně nemocných prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou společností. Pro děti a dorost pak reforma znamená restrukturalizaci současné intramurální péče, vybudování plnohodnotné základní sítě ambulantní péče a vytvoření návazné extramurální péče s provázaností do vzdělávacího systému ČR. V implementaci Strategie se počítá s rozvojem CDZ jako dalšího pilíře služeb, který rozšiřuje stávající péči, komplexně ji doplňuje a přibližuje ji duševně nemocným. Podporován bude i rozvoj nových a inovovaných typů péče, které přímo nesouvisejí s rozvojem CDZ. Tyto nové typy péče budou k níže popsaným 4 pilířům Strategie komplementární. Strategie se tak ve výsledku opírá o čtyři základní pilíře, které jsou níže definované.

PILÍŘE STRATEGIE

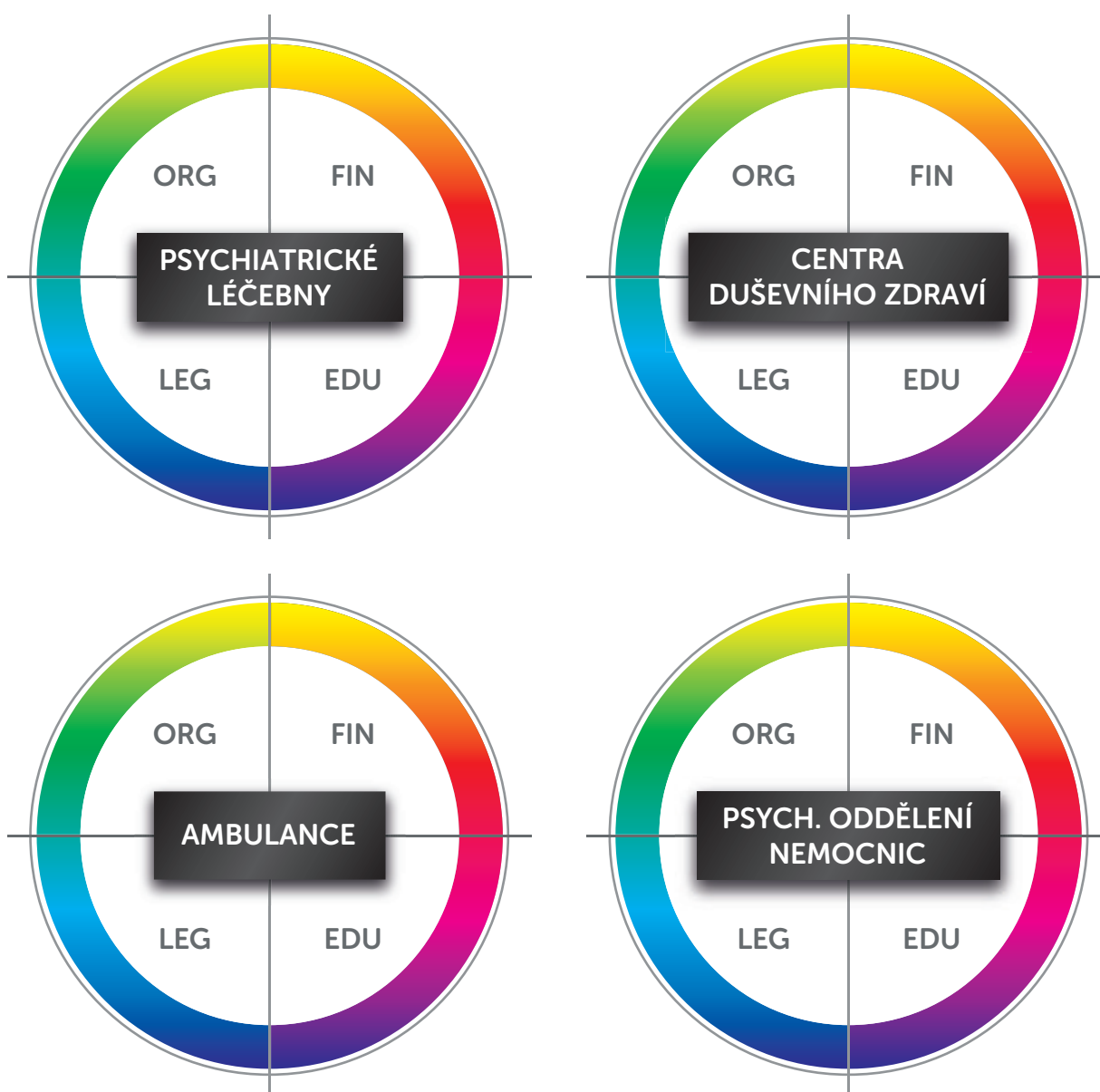


Schéma znázorňující čtyři základní pilíře psychiatrické péče a strukturu zatřídění jednotlivých opatření do oblastí
FIN – Finanční, EDU – Edukační, LEG – Legislativní a ORG – Technicko-organizační.

Ambulantní péče

Psychiatrické a klinickopsychologické ambulance představují primární psychiatrickou péči, která nezastupitelně zajišťuje péči pro většinu klientů psychiatrických služeb. Odborná zdravotní péče je primárně určena docházejícím pacientům a ve většině případů je poskytována subjekty soukromého sektoru na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, přičemž velká část této péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Centra duševního zdraví (CDZ)

Centrum duševního zdraví je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – *Severe Mental Illness* (SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.

Psychiatrická oddělení nemocnic

Akutní lůžková psychiatrická péče je takový typ péče, který je poskytován bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které s péčí souhlasí a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu (za zákonem stanovených podmínek), a je jim péče poskytnuta též bez souhlasu. Poskytují konsiliární servis pro nemocnici.

Psychiatrické léčebny/nemocnice

Psychiatrické léčebny/nemocnice jsou lůžková zdravotnická zařízení poskytující komplexní psychiatrickou péči pacientům, kteří s péčí souhlasí a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu (za zákonem stanovených podmínek).

Zdravotní služby jiných odborností jsou poskytovány jako podpůrný servis s cílem zajistit komplexní zdravotní péči o pacienty ze spádové oblasti. Zaměřují se převážně na následnou a specializovanou lůžkovou péči. Mohou poskytovat akutní péči pro přiměřenou územní spádovou oblast.

STRATEGICKÁ DOPORUČENÍ PRO REFORMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR OBECNĚ

Doporučení jsou rozdělena do čtyřech kategorií zahrnující čtyři pilíře pro poskytování psychiatrické péče a dále obecná doporučení týkající se všech pilířů. Každá kategorie je dále členěna na čtyři podoblasti zahrnující organizaci, finance, legislativu a edukaci.

Strategické směřování realizace reformy psychiatrické péče by mělo tendovat k systému tzv. vyvážené péče (balanced care model).

OBEČNÁ DOPORUČENÍ

Poznámka: explicitně zmíněné počty jednotlivých specialistů, lůžek, zařízení a navržené dostupnosti jak v obecných doporučeních, tak v rámci jednotlivých pilířů psychiatrické péče jsou dnes patrně předčasné, spíše se jedná o expertní odhad na základě analýzy současného stavu, který však z dlouhodobé perspektivy nebude neměnný. Specifikace poskytovatelů bude založena na podrobné pasportizaci potřeb péče. Proto je třeba na tyto hodnoty nazírat ne jako na definitivní stav, nýbrž jako na ideální doporučení, která jsou primárně určena k další diskusi a k dalšímu rozpracování. Nedeterminují vlastní úspěšnost reformy.

ORGANIZACE

- Vybudovat komplexní koordinovaný systém (včetně přednemocniční neodkladné péče – záchranné služby) poskytování psychiatrické, zdravotní, klinickopsychologické a v návaznosti sociální péče pro všechny věkové kategorie obyvatel (děti, dorost, dospělí a senioři).
- Zajistit balancovanou a diferencovanou péči pomocí součinnosti všech pilířů psychiatrické, obecně medicínské, klinickopsychologické a sociální péče (vize propojení všech oblastí⁷⁵, které se týkají života jedince – zdraví, bydlení, zaměstnání, vzdělávání, volný čas, rodina, sociální participace, atp.).
- Humanizovat a destigmatizovat psychiatrickou péči.
- Zajistit rovnoměrné rozložení psychiatrické, klinickopsychologické, dětské a dorostové, gerontopsychiatrické, adiktologické a sexuologické péče v ČR, včetně konsiliárních služeb pro zařízení poskytující zdravotní i sociální služby.
- Definovat regionální zodpovědnost a pravidla spolupráce.
- Vytvořit specializovaná oddělení pro vybraná onemocnění (regionálně či nadregionálně).
- Podporovat modernizaci léčebných procesů v návaznosti na restrukturalizaci poskytování psychiatrické péče. Vybudovat CDZ, rozvíjet regionální mobilní konzultační týmy pro poskytování služeb pro duševně nemocné.
- Podporovat rozvoj celého spektra účinných léčebných metod, strategií a přípravků, včetně inovativních terapeutických přístupů. Dále podporovat kvalifikovanou psychoterapii a aplikovat její principy.
- Zajistit dodržování etických, léčebných a kvalitativních standardů veškerých spolupracujících zařízení.
- Zajistit širší zapojení duševně nemocných a jejich rodinných příslušníků do léčebného procesu – klást důraz na názor duševně nemocného a zohlednit jeho individuální potřeby.
- Vytvořit systémy a programy pro podporu rodin duševně nemocných.
- Podporovat psychiatrický (gerontopsychiatrický, dětský a dorostový, sexuologický a adiktologický) a klinickopsychologický výzkum, a to i v oblasti dětské klinické psychologie a psychoterapie.
- Definovat jasná kritéria péče poskytované v jednotlivých pilířích psychiatrické péče (tj. definovat závazné minimum nutné k akreditaci).

Dostupnost

- Zajistit rovnoměrné pokrytí území ČR psychiatrickými službami.
 - Pro adekvátní nastavení konsiliární péče je nezbytné zajistit dostupnost nepřetržité psychiatrické péče ve víceoborových nemocnicích krajského typu, či ve vybraných víceoborových nemocnicích (bývalé okresní nemocnice).
 - Zajistit psychiatry v počtu 25/100 000 obyvatel.
 - Zajistit specialisty v oboru dětská a dorostová psychiatrie v počtu 4,5/100 000 obyvatel.
 - Zajistit specialisty v oboru gerontopsychiatrie v počtu 3,5/100 000 obyvatel.
 - Zajistit specialisty v oboru sexuologie v počtu 3/100 000 obyvatel.
 - Zajistit specialisty v oboru poruchy příjmu potravy (PPP) v počtu 3/100 000 obyvatel.
 - Zajistit specialisty v oboru adiktologie v počtu 4/100 000 obyvatel.
 - Zajistit specialisty nelékaře v oboru adiktologie v počtu 4/100 000 obyvatel.
 - Zajistit specialisty v oboru klinická psychologie v počtu 19/100 000 obyvatel a v počtu 11/100 000 obyvatel pro obor dětská klinická psychologie.
 - Zajistit psychiatrické sestry v počtu 30/100 000 obyvatel.
 - Zajistit komunitní psychiatrické sestry v počtu 5/100 000 obyvatel.
 - Zajistit zdravotně sociální/sociální pracovníky v počtu 10/100 000 obyvatel.
- V rámci personálního obsazení by mělo být 30–50 % pracovníků různou měrou vzděláno v psychoterapii.

Návaznost na služby sociální péče

- V návaznosti na Strategii reformy psychiatrické péče je třeba dále rozvinout oblast sociálních a dalších návazných služeb ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvem vnitra ČR,

⁷⁵ V souladu s 12 dimenzemi Konceptu kvality života.

Ministerstvem spravedlnosti ČR, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvem pro místní rozvoj a jednotlivými kraji (územní samosprávou).

- Zajistit rozvoj následné sociálně zdravotní péče pro uživatele psychiatrických a subspecializovaných služeb.

FINANCE

- Vytvořit systém a pravidla financování psychiatrické péče (regionální vs. státní financování).
- Celkově zvýšit finanční toky do psychiatrické péče včetně prostředků z veřejného zdravotního pojištění na úroveň průměru zemí EU
- Vyřešit financování multidisciplinárních týmů CDZ.
- Vyřešit financování forenzních, lůžkových i ambulantních služeb.
- Vytvořit podmínky pro nasmlouvání potřebné psychiatrické péče a pro její systémové financování (např. financování psychiatrických sester, psychiatrů, klinických psychologů, ergoterapeutů, konšiliárních služeb atd.).
- Vytvořit mechanismy přizpůsobení tvorby lékové politiky novému systému poskytování psychiatrické péče.

LEGISLATIVA

- Zanalyzovat potřebnost vytvoření samostatného zákona o duševním zdraví s tím, že případný očekávaný časový rámec přijetí zákona je do 10 let. V mezidobí postupovat cestou průběžných novelizací stávající legislativy a vládních programů (novelizovat zákony o zdravotnických službách, specifických zdravotnických službách a o sociálních službách v souladu s doporučeními Strategie reformy psychiatrické péče; na základě konsensuální dohody na novém systému financování psychiatrické péče též novelizovat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění).
- Upravit legislativu na základě doporučení příslušných orgánů EU týkajících se péče o osoby trpící duševní poruchou s důrazem na uplatňování jejich lidských práv.
- Definovat a implementovat pravidla pro řešení situací vyžadujících omezování osobní svobody (legislativně jasně stanovené a kontrolovatelné podmínky).
- Restrukturalizovat seznamy zdravotních výkonů pro celou psychiatrii a všechny její odbornosti společně se zvýšením ohodnocení zdravotních výkonů a prolomením regulačních limitů.
- Definovat vliv a zodpovědnost územních samospráv na dostupnost psychiatrické péče.
- Zajistit nasmlouvateľnost nových služeb pro všechny rozvíjené segmenty psychiatrických služeb.
- Zohlednit nákladovost poskytovaných specifických služeb (dle regionu).
- Stanovit zásady ochrany duševně nemocných a vytvořit efektivní kontrolu poskytované psychiatrické péče.
- Vytvořit legislativní rámec psychoterapie, zachovat vymezení odborné a specializované způsobilosti klinických psychologů a dětských klinických psychologů v zákoně.

EDUKACE

- Vytvořit vzdělávací programy a umožnit vzdělávání všech pracovníků v oboru psychiatrie s cílem seznámení s novým systémem a novými formami péče.
- Vzdělávat praktické lékaře s cílem snížit skrytou psychiatrickou nemocnost a lépe ji koordinovat se specializovanými psychiatrickými službami.
- Podpořit vzdělávání v oblasti psychiatrie s důrazem na dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, adiktologii, poruchy příjmu potravy, sexuologii, psychoterapii a v oblasti komunitní péče.
- Podpořit vzdělávání v rámci klinické psychologie a dětské klinické psychologie.
- Vytvořit psychiatrické vzdělávací programy zaměřené na pracovníky a peer pracovníky v sociální oblasti.
- Upravit vzdělávací programy, zvýšit kapacitu současných vzdělávacích programů psychiatrických sester a dětských psychiatrických sester včetně problematiky poskytování péče v přirozeném prostředí pacienta (specifické certifikované kurzy, úprava vzdělávacích programů pro psychiatrické sestry).
- Připravit a realizovat vzdělávací programy napříč pilíři a zahrnout další vybrané složky veřejného života (IZS, pedagogové, praktičtí lékaři a další vybrané zainteresované skupiny), které budou podporovat kooperaci mezi pilíři strategie.

- U bakalářských programů specializovaných na péči o duševně nemocné uplatnit výukové programy rozšiřující znalosti v oblasti duševního zdraví.
- Vytvořit programy na posilování a zatraktivňování vzdělávání psychiatrů s cílem zvýšit jejich celkový počet v ČR.
- Připravit informační kampaně a následnou podporu pro budování *self-care* péče, včetně edukace pacientů v rámci jim poskytované péče.
- Připravit a realizovat destigmatizační kampaně a vzdělávací programy specializované pro lékařskou a nelékařskou odbornou veřejnost.
- Připravit a realizovat destigmatizační kampaně pro laickou veřejnost s pozitivními příklady a s detabuizací psychiatrické péče.
- Podpořit psychiatrický výzkum a vzdělávání – podpořit rozvoj vzdělávání, včetně podpory klinicko-psychologického a psychoterapeutického výzkumu a vzdělávání.

Koordinace mezi pilíři

- Koordinaci mezi jednotlivými pilíři psychiatrické péče zajišťuje ambulance primární psychiatrické péče s významnou podporou CDZ (zvláště u vybraných skupin pacientů).

Meziresortní doporučení

- V návaznosti na Strategii reformy psychiatrické péče je třeba se v rámci meziresortní spolupráce zaměřit na následující témata a dosáhnout tak jejich vyřešení v souladu s globálním cílem Strategie. Meziresortní spolupráce bude žádoucí v případech realizace vládní komplexní reformy péče o duševní zdraví, kde budou úkoly pro jednotlivé resorty detailněji specifikovány.

Ministerstvo financí ČR

- Vytvořit systém finančních pobídek pro rozvoj oblasti sociálního podnikání (tj. zlepšit podmínky pro organizace zaměstnávající osoby s duševním onemocněním či osoby rehabilitované po duševním onemocnění).

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

- Sledování dopadů posuzování invalidity a stupně závislosti na skupinu osob s duševním onemocněním.
- Podpora zaměstnanosti
- Chráněná pracovní místa (tj. zvýšení počtu chráněných pracovních míst pro širší uplatnění osob s duševním onemocněním.)
- Služby (Redefinice a doplnění „katalogu“ sociálních služeb o služby specifické pro osoby s duševním onemocněním).
- Chráněné bydlení
- Inkluzivní podpora (programy podporující začleňování osob s duševním onemocněním do sociálního a pracovního prostředí).
- Transformace pobytových služeb (domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením).
- Zdravotně-sociální služby stacionární i terénní (rozšíření nabídky těchto služeb společně s jejich zkvalitněním).

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR

- Sociální bydlení (zvýšení dostupnosti sociálního bydlení).

Ministerstvo vnitra ČR

- Edukace Policie ČR (včetně Služby cizinecké policie) a dalších relevantních složek IZS (edukace v oblasti komunikace, přístupu k osobám s duševním onemocněním a řešení situací s duševně nemocnými).
- Spolupráce Policie ČR a dalších relevantních složek Integrovaného záchranného systému (IZS) s jednotlivými pilíři (nastavení efektivní komunikace a spolupráce s jednotlivými pilíři psychiatrické péče).

Ministerstvo spravedlnosti ČR

- Nedobrovolné/ochranné léčení (je třeba upřesnit proces a pravidla pro tyto druhy hospitalizace osob s duševním onemocněním s důrazem na respektování jejich práv).
- Zbavování způsobilosti k právním úkonům/omezení svéprávnosti (je třeba citlivě nastavit kritéria pro řešení této problematiky)⁷⁶.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

- Pregraduální vzdělávání (rozšíření osnov v rámci vzdělávání mediků)
- Inkluzivní přístup na běžných školách (rozšíření podpory inkluzivního přístupu a zajištění integrace žáků s duševním onemocněním do běžných škol).

Územní krajské samosprávy

- Koordinace péče v rámci regionů (vybudování a následné zlepšení koordinace péče v rámci jednotlivých pilířů psychiatrické péče v jednotlivých krajích ČR).

AMBULANTNÍ PÉČE

Zahrnuje psychiatrické ambulance, které úzce spolupracují s ambulancemi klinických psychologů.

Psychiatrická ambulance představuje základní složku psychiatrické péče, která zajišťuje péči pro většinu psychiatrických klientů. Jedná se o zařízení s nízkým prahem, dobrou dostupností a její součástí jsou též i samostatné ambulance klinického psychologa. V systému slouží jako vstupní brána do psychiatrické péče. Zajišťuje koordinaci v systému psychiatrické péče.

ORGANIZACE

- Dobudovat síť psychiatrických ambulančí v regionech, kde se jí nedostává, ale i plošně na úroveň zabezpečující dostatečně dostupnou psychiatrickou péči.
- Rozšířit počet ambulančí klinických psychologů a dětských klinických psychologů.
- Zajistit možnost reálného rozšíření psychiatrických ambulančí o nelékařské pracovníky (psychiatrická sestra, adiktolog, terapeut, sociální pracovníce a jiné), kteří zajistí individualizaci péče o duševně nemocného.
- Rozšířit spolupráci s registrujícími praktickými lékaři a zdravotnickými specialisty v rámci péče o komorbidní pacienty.
- Nastavit systém spolupráce s dalšími složkami psychiatrické péče (lůžková zařízení a CDZ).
- Zvýšit kvalitu poskytované péče prostřednictvím omezení kvantity péče (zvýšení časového fondu na jednoho pacienta).
- Zvýšit důraz na primární psychiatrickou péči.

Poskytované služby

- psychiatrie
- dětská a dorostová psychiatrie
- Psychoterapeutické služby
- Gerontopsychiatrie
- Adiktologické služby
- Poruchy příjmu potravy (PPP)
- Sexuologie
- Služby všeobecné sestry a psychiatrické sestry s možností poskytování terénních komunitních služeb

⁷⁶ Viz nový Občanský zákoník, který by měl začít platit od 1. 1. 2014 (v době zpracování tohoto dokumentu tato legislativní úprava nebyla schválena Parlamentem ČR).

- Služby klinického psychologa a dětského klinického psychologa
- Služby stacionáře
- Konsiliární služby
- Služby laického terapeuta

Dostupnost

- Zajistit rovnoměrné rozložení ambulantní péče v ČR.
- Ambulance jsou v provozu v ordinacní době dané ambulance.
- Zajistit psychiatry v počtu 12/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru dětská a dorostová psychiatrie v počtu 2/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru gerontopsychiatrie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru sexuologie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru poruchy příjmu potravy v počtu 0,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru adiktologie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty nelékaře v oboru adiktologie v počtu 2/100 000 obyvatel.
- Zajištění specialistů v oboru klinická psychologie v počtu 10/100 000 obyvatel a v počtu 7/100 000 obyvatel pro obor dětská klinická psychologie.
- Zajištění psychiatrických sester v počtu 6/100 000 obyvatel.
- Ambulance poskytují svoje služby zejména ve své ordinaci, ale i mimo ordinaci (konsiliární služby, návštěvní služba, léčba v komunitě, v zařízeních sociální péče, v nemocnicích, atd.).
- Je nutné zajistit dostatečnou síť psychiatrických a klinickopsychologických ambulančí s ohledem na hustotu populace a specifické postavení velkoměst.

Struktura pilíře

Struktura sítě ambulantních služeb, jak všeobecných, tak specializovaných, je tvořena ambulancemi s různým rozsahem a zaměřením služeb. Z jedné strany spolupracuje se segmentem praktických lékařů a specialistů somatické péče, z druhé strany je vázána k ostatním pilířům psychiatrické péče.

Návaznost na služby sociální péče

- Psychiatrické ambulance zajišťují návaznost na oblast sociální péče, a to jak svými prostředky, tak ve spolupráci s dalšími pilíři.

FINANCE

- Navýšit finanční toky, které umožní rozšíření péče v psychiatrických ambulancích, což povede ke zlepšení kvality péče s pokrytím provozu nově zapojených nelékařských pracovníků.
- Navýšit hodnotu ambulantních psychiatrických zdravotních výkonů ve všech specializacích při zachování časů zdravotních výkonů v sazebníku.
- Rozšířit možnosti výkonového vykazování lékařských a nelékařských profesí.
- Nastavit systém úhrad za spolupráce s ostatními složkami systému.
- Podpořit rozšíření provozu psychiatrických ambulančí, např. grantovou politikou – krytí vstupních investic, vzdělávání pracovníků.

LEGISLATIVA

- Zajistit tvorbu seznamu zdravotních výkonů a úhradové vyhlášky s ohledem na nové standardy péče v oblasti psychiatrie a jejich specializací.
- Rozšířit hrazené zdravotní výkony psychiatrických sester.
- Rozšířit zdravotní výkony a zavést další zdravotní výkony i pro běžné ambulance.
- Vytvořit legislativní rámec pro psychoterapii ve zdravotnictví a úhradově a obsahově oddělit samostatnou psychoterapii poskytovanou atestovaným psychoterapeutem (psychiatr nebo klinický psycholog) od psychoterapie prováděné jinými pracovníky.

EDUKACE

- Podpořit vzdělávání v oblasti poskytování extramurálních psychiatrických služeb se zaměřením na psychiatrické ambulance obecné i specializované.
- Vytvořit vzdělávací programy pro psychiatrické sestry a sestry se zaměřením na dětskou a dorostovou psychiatrii.
- Zatraktivnit vzdělávání pro oblast poruchy příjmu potravy (formou certifikovaných kurzů).
- Podpořit vzdělávání v oblasti psychoterapie a vzdělávání směřované na poskytování služeb v přirozeném prostředí pacienta.

CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ)

Centra duševního zdraví jsou novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Tímto pilířem se rozšiřuje systém péče v ČR a přibližuje ji tak blíže duševně nemocným. Poskytuje individualizovanou péči zejména vážně duševně nemocným (SMI), koordinuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů v jejich přirozeném prostředí.

ORGANIZACE

- Vybudovat regionální síť CDZ kombinujících psychiatrické, klinickopsychologické a návazné sociální služby.
- Vybudovat systém koordinace práce a spolupráce složek poskytujících sociální a zdravotní služby v rámci i vně CDZ (např. koordinace uživatelů při užívání psychiatrických a sociálních služeb, a to za účasti uživatelů péče, dále pak zajistit spolupráci a lepší komunikaci mezi CDZ a praktickými lékaři).
- Definovat regionální zodpovědnosti u terénních a komunitně orientovaných služeb.
- CDZ mají především fungovat samostatně, mají být umístěna v běžném občanském prostředí, popřípadě jako součást psychiatrických odd. nemocnic, psychiatrických nemocnic. Mohou být též provozována jako součást psychiatrických ambulancí. Za předpokladu splnění náležitých akreditačních standardů se psychiatrické ambulance mohou v CDZ transformovat.
- Umístění ambulantní části CDZ primárně v běžné zástavbě.
- CDZ poskytují nízkoprahovou péči.
- Implementovat programy začleňování rodin do poskytované péče CDZ.
- Implementovat programy pro zapojování uživatelských organizací do podpory CDZ – uživatelé se stávají partnerem poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb.
- CDZ primárně nefungují jen s vlastními zaměstnanci, ale mohou si nasmlouvat i služby od jiných pilířů a partnerů.
- CDZ jsou primárně určena pro uživatele se závažným duševním onemocněním (SMI), paralelně mohou v jednotlivých CDZ vznikat specializované služby pro další cílové skupiny (adiktologie, dětská a dorostová psychiatrie, poruchy příjmu potravy, gerontopsychiatrie).
- Součástí CDZ jsou také ambulance veřejného zájmu, které poskytují péči pacientům s nařízenou ambulantní ochrannou léčbou.

Poskytované služby

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

- Služby klinického psychologa
- Služby dětského klinického psychologa
- Svépomocné programy (uživatelé, rodinní příslušníci)

Mezi další služby mohou patřit:

- Psychogeriatrický stacionář
- Specializované dětské a dorostové služby
- AT (adiktologický) denní stacionář
- Stacionář pro poruchy příjmu potravy (PPP)
- Odlehčovací služby a poradenství pro všechny cílové skupiny

Dostupnost

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

Struktura pilíře

- Psychiatr
- Klinický psycholog/dětský klinický psycholog
- Psychiatrická sestra
- Sociální pracovník
- *Case Manager* (osobní asistent)
- Krizová centra
- Mobilní týmy
- Denní stacionáře
- Asertivní komunitní léčba
- Týmy pro léčbu duálních diagnóz

Návaznost na služby sociální péče

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

FINANCE

- Vytvořit model systematického financování za služby CDZ (kapitace/výkony/rozpočet/registrace sociálních služeb).
- Vytvořit systém financování, který nebude bránit přesunu péče mimo zdravotnické zařízení.
- Vyřešit financování multidisciplinárních týmů.
- Zajistit grantovou podporu pilotních projektů s cílem ověřit modely financování.

LEGISLATIVA

- Definovat všechny zřizovatele kompetentní pro vybudování sítě CDZ.
- Definovat rámcová pravidla fungování CDZ.
- Ukotvit CDZ ve zdravotnické legislativě.

EDUKACE

- Implementovat komunitně orientované služby do pregraduálního vzdělávání zdravotníků (lékaři, kliničtí psychologové, dětské kliničtí psychologové a sestry).
- Vytvořit program vzdělávání pracovníků CDZ.
 - Certifikované kurzy.
 - Psychoterapeutické vzdělávání s jasně vymezeným obsahem a následnými kompetencemi.
 - Rekvifikace.
 - Specifické vzdělávání sociálních pracovníků pro práci s duševně nemocnými.
 - Vytvořit samovzdělávací program pro pacienty a jejich příbuzné.
- Významně podporovat vzdělávání v oboru psychiatrická sestra.

PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ NEMOCNIC

ORGANIZACE

- Zajistit rozvoj sítě psychiatrických oddělení nemocnic.
- Zajistit neomezenou možnost volby zdravotnického zařízení ze strany uživatele psychiatrické péče, je však třeba definovat zařízení, které má konečnou odpovědnost za jeho přijetí.
- Zajistit standard poskytování akutní péče v psychiatrických odděleních nemocnic.
- Navýšit počet kvalifikovaných pracovníků (všeobecných sester, klinických psychologů, dětských klinických psychologů, psychiatrů, psychiatrických sester, ošetřovatelů).
- Způsobit změny v technickém vybavení:
 - Pokoje intenzivní psychiatrické péče.
 - Doporučena je celková rekonstrukce s cílem maximálně 2 lůžkových pokojů s příslušenstvím. Implementace strategie by neměla vést ke snížení lůžkové kapacity (bude řešeno v rámci projektu Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče, SKVP).
 - Zajistit srovnatelné podmínky léčby, prostředí a přístupu k duševně nemocným jako u somaticky nemocných.
- Rozšířit počet lůžek umožňujících léčbu o celé spektrum akutních duševních chorob včetně lůžek gerontopsychiatrických, adiktologických a dětských (přesunutím kapacit z psychiatrických nemocnic).
- Výhledově rozvinout gerontopsychiatrické stanice s diagnostikou v rámci akutních oddělení.
- Zajistit níže zmíněnou specializovanou psychiatrickou péči v rámci krajských nemocnic:
 - Adiktologie (děti, dorost, senioři)
 - dětská a dorostová psychiatrie
 - Specializovaná gerontopsychiatrická péče
 - Poruchy příjmu potravy (PPP)

Poskytované služby

- Poskytování komplexní akutní lůžkové péče.
- Doléčovací denní stacionáře.
- Vytvořit doléčovací a specializované stacionáře (pacienti s psychotickým onemocněním, poruchy nálady, poruchy příjmu potravy, neurotické poruchy a další).
- Převaha služeb se týká akutní péče s možností vytvoření specializované péče (gerontopsychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, poruchy příjmu potravy, adiktologie a psychoterapie).
- Vytvořit specializované stanice pro zvláště nebezpečné, psychicky nemocné jedince v nadregionální (krajské) úrovni.

Dostupnost

- Zajistit rovnoměrnou síť oddělení – ve víceoborových nemocnicích s ohledem na zjištění projektu SKVP.
- V režimu 24/7 (24 hodin denně, 7 dní v týdnu).
- Dojezd: 60 minut veřejnou dopravou.
- Zajistit psychiatry v počtu 6/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru dětská a dorostová psychiatrie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru gerontopsychiatrie v počtu 0,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru poruchy příjmu potravy v počtu 0,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru adiktologie v počtu 0,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty nelékaře v oboru adiktologie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru klinická psychologie v počtu 4/100 000 obyvatel a v počtu 2/100 000 obyvatel pro obor dětská klinická psychologie.
- Zajistit psychiatrické sestry v počtu 6,6/100 000 obyvatel.
- Zajistit 2 lůžka/100 000 obyvatel (jedno pro muže, jedno pro ženy) pro intenzivní psychiatrickou péči.
- Zajistit 40 lůžek/ 100 000 obyvatel zahrnující veškeré specializace v psychiatrii.
- Zajistit 4,2 lůžek/100 000 obyvatel pro dětskou a dorostovou psychiatrii.
- Zajistit síť stanic s diagnostikou a akutní léčbou pro uživatele gerontopsychiatrické péče v počtu 1/100 000 obyvatel (tj. 10 lůžek/100 000 obyvatel).

Návaznost na služby sociální péče

- Zajišťují návaznost na oblast sociální péče jak svými prostředky, tak ve spolupráci s dalšími pilíři, především s CDZ. Duševně nemocným, kteří tuto formu péče intenzivně potřebují, bude návazná péče zajištěna.

FINANCE

- Narovnat financování akutní péče (vytvoření nového konceptu úhrad)
- Vytvořit zdravotní výkony pro akutní psychiatrickou péči (vyšetření, rozhovor s rodinou, sociální šetření, psychoterapie).

LEGISLATIVA

viz. Legislativa – Obecná doporučení

EDUKACE

- Podpora psychoterapeutického vzdělávání v podobě certifikovaných kurzů u všech zdravotnických pracovníků.

PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY/NEMOCNICE

ORGANIZACE

- Zvýšit zaměření na následnou péči a naopak snížit objem akutní péče (snížit celkový objem péče).
- Zajistit možnost poskytování akutní péče v rámci přiměřených spádových oblastí ČR.
- Způsobit diferenciaci psychiatrických nemocnic/léčeben (poskytovaných služeb) a rozvoj nových služeb.
- Vybudovat denní stacionáře a CDZ v rámci vybraných psychiatrických nemocnic.
- Přechodně zajistit dlouhodobou lůžkovou péči pro stávající dlouhodobě hospitalizované pacienty.

Poskytované služby

- Převážně následná psychiatrická lůžková péče se zaměřením na psychiatrickou rehabilitaci.
- V rámci sítě psychiatrických nemocnic/léčeben by mělo být ponecháno ochranné léčení (včetně dětí a adolescentů).

- Zachovat akutní a specializovanou (gerontopsychiatrickou, adiktologickou, sexuologickou a dětskou a dorostovou) péči ve vybraných psychiatrických nemocnicích/léčebnách.

DOSTUPNOST

- Optimalizovat poměr akutních lůžek: specializovaná/následná/dlouhodobá péče s ohledem na respektování regionálních potřeb.
- V režimu 24/7 (24 hodin denně, 7 dní v týdnu).
- Zajistit dostupnost 90 minut veřejnou dopravou pro následnou péči.
- Zajistit dostupnost 60 minut veřejnou dopravou pro akutní péči.
- Nadregionálně umožnit vznik oddělení pro ochranné léčby dětí a adolescentů a další specifické služby (chronické poruchy příjmu potravy, sexuologické OL, atp.). V těchto případech je výjimka z 90 minutové dostupnosti veřejnou dopravou.
- Zajistit psychiatry v počtu 5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru dětská a dorostová psychiatrie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru gerontopsychiatrie v počtu 1,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru sexuologie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru poruchy příjmu potravy v počtu 1,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru adiktologie v počtu 1,5/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty nelékaře v oboru adiktologie v počtu 1/100 000 obyvatel.
- Zajistit specialisty v oboru klinická psychologie v počtu 3/100 000 obyvatel a v počtu 2/100 000 obyvatel pro obor dětská klinická psychologie.
- Zajistit psychiatrické sestry v počtu v počtu 4,4/100 000 obyvatel.

Struktura pilíře

Péče:

- Následná
- Dlouhodobá
- Specializovaná
- Omezeně akutní

Návaznost na služby sociální péče

- Přechnodně zajistit dlouhodobou péči pro stávající dlouhodobě hospitalizované pacienty.
- Vybudovat rozhraní pro uživatele gerontopsychiatrické a další dlouhodobé péče na sociální služby (kofinancování ze sociální sféry).
- Zajistit koordinaci návazné péče přes CDZ.

FINANCE

- Investovat do humanizace a modernizace psychiatrických nemocnic na základě systémové analýzy na celostátní úrovni (rekonstrukce s cílem max. 3 lůžkových pokojů s příslušenstvím, zajištění srovnatelných podmínek jako u somaticky nemocných, zajištění financí na dostatečné množství personálu, aby byla možná individualizovaná péče o pacienta). Tento aspekt bude řešen v rámci projektu Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče, „SKVP“).
- Vyřešit financování sezónní oscilace obloženosti v rámci lůžkové dětské a dorostové psychiatrie.
- Změnit systém úhrad (financování).

LEGISLATIVA

- V minulosti připravovaný zákon o dlouhodobé péči v roce 2012 neprošel Parlamentem ČR, je proto nutné připravit novelizace stávajících zákonů.
- V budoucnu vyřešit jednotné financování zdravotně-sociálních potřeb.

EDUKACE

viz. Edukace – Obecná doporučení

4.3. VÝSLEDKY A VÝSTUPY REALIZACE JEDNOTLIVÝCH OPATŘENÍ, INDIKÁTORY

NASTAVENÍ SYSTÉMU INDIKÁTORŮ

Indikátor je obvykle definován jako prostředek pro vyjádření stavu nebo úrovně určitého jevu. V případě indikátorů spjatých s definovanými strategickými cíli se především bude jednat o poskytnutí informací o úrovni, kvalitě nebo vývoji deklarovaného cíle/cílů.

Indikátory můžeme dělit na objektivní, subjektivní a nepřímé, tzv. *proxy* indikátory. Objektivní indikátory jsou vytvořeny z nesporných faktů, jako jsou finanční ukazatele, existence určitých orgánů, nebo konkrétněji, počet proškolených osob apod.

Naproti tomu subjektivní indikátory jsou založeny na názorech respondentů, expertů apod. Subjektivní indikátory mohou být interní a externí. V prvním případě se jedná o pohled respondentů na určitou jednotku, jejíž jsou sami součástí, ve druhém případě jde o pohled „zvenčí“ (expertů, nadnárodních institucí apod.).

V rámci volby indikátorů pro měření strategických cílů Strategie reformy psychiatrické péče bude využita kombinace uplatnění výše popsaných typů indikátorů tak, aby co nejlépe korespondovaly se vstupy, samotným procesem (změnou) a výstupy, resp. výsledky jednotlivých intervencí.

Objektivní indikátory budou využívány zejména pro účely Odboru evropských fondů MZČR. Definice, monitoring a vyhodnocování objektivních indikátorů bude vycházet z pravidel pro tvorbu a používání indikátorů v programovém období 2014–2020 vydaných Ministerstvem pro místní rozvoj ČR, Národním orgánem pro koordinaci. Na základě těchto pravidel jsou objektivní indikátory dále rozděleny na indikátory výstupu a výsledku.

Indikátory výstupu jsou určeny pro sledování a vyhodnocování prováděných opatření a aktivit, které charakterizují konkrétní činnost. Tyto indikátory sledují to, co bylo vytvořeno bez hlubšího kvalitativního rozměru a nehodnotí míru dosažení stanoveného cíle.

Indikátory výsledku naopak mají přímou vazbu na stanovené cíle. Slouží k prokázání, zda bylo cíle projektu dosaženo.

Pro potřeby implementace Strategie reformy psychiatrické péče budou v rámci operačních programů období 2014–2020 sledovány následující indikátory⁷⁷:

1. Indikátory výstupu:

- 1.1/ Kapacita podpořených nových či inovovaných služeb
- 1.2/ Kapacita podpořených neinstitucionálních služeb psychiatrické péče
- 1.3/ Počet nových nebo inovovaných služeb
- 1.4/ Celkový počet podpořených účastníků⁷⁸
- 1.5/ Počet nově vytvořených programů⁷⁹
- 1.6/ Kapacita podporovaných zdravotnických služeb
- 1.7/ Počet podporovaných zařízení pro poskytování psychiatrické péče

⁷⁷ Názvy indikátorů vycházejí z verzí jednotlivých operačních programů k 30. 9. 2013. Vzhledem k tomu, že tyto indikátory budou při implementaci strukturálních fondů využívány pro různé druhy projektů, není v jejich názvech vždy specifikováno, o jaký druh péče se jedná.

⁷⁸ Zde ve smyslu počet osob, kterých se realizace projektu přímo dotkla, např. klientů psychiatrické péče.

⁷⁹ Zde např. ve smyslu destigmatizačního programu nebo programu prevence.

2. Indikátory výsledku:

- 2.1/ Počet obyvatel s přístupem k podpořeným novým či inovovaným službám
- 2.2/ Počet obyvatel k podpořeným neinstitucionálním službám psychiatrické péče
- 2.3/ Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti
- 2.4/ Snížení počtu osob využívajících dlouhodobou péči v institucionálních zařízeních dlouhodobé psychiatrické péče
- 2.5/ Kapacita podporovaných zdravotnických služeb
- 2.6/ Průměrný počet dlouhodobých lůžek v institucionálních zařízeních dlouhodobé psychiatrické péče

Přesné definice objektivních indikátorů obsahující měrné jednotky, počáteční a cílové hodnoty, zdroj dat a frekvence vykazování jsou uvedeny v programových dokumentech příslušných operačních programů.

Kromě výše uvedených indikátorů mohou být případně doplněny další, které budou definovány v implementační fázi 1 „*Iniciace a zajištění podmínek*“.

V této fázi implementace Strategie reformy psychiatrické péče bude na základě analýz stanoven a popsán aktuální stav ve vztahu na zvolený cíl/indikátor, se současným stanovením metodiky, která bude definovat postup jeho měření a naplňování.

Subjektivní indikátory budou přímo navázány na globální cíl a 7 strategických cílů. Podobně jako v případě objektivních indikátorů, i subjektivní indikátory budou finálně stanoveny v rámci implementační fáze 1 „*Iniciace a zajištění podmínek*“, a to především z důvodu jejich schvalování ze strany Evropské komise. U subjektivních indikátorů v subkapitole 5.5 předkládáme výchozí heuristický (či základní ideový) postup, jakým způsobem (či jakou konstrukcí) budou konkrétní indikátory ke konkrétním cílům stanoveny.

5. IMPLEMENTACE STRATEGIE

5.1. IMPLEMENTAČNÍ STRUKTURA A STRUKTURA ŘÍZENÍ IMPLEMENTACE STRATEGIE

Příprava implementace Strategie reformy psychiatrické péče zahrnuje stanovení řídicí struktury, včetně definic rolí jednotlivých subjektů zapojených do realizace Strategie. Implementační struktura umožňuje definovat zodpovědnosti jednotlivých participantů implementace Strategie, definuje rozhodovací pravomoci a postupy eskalace v případě její potřeby.

NOSITEL STRATEGIE A GESTOR IMPLEMENTACE STRATEGIE

Nositelem Strategie reformy psychiatrické péče je MZČR, jehož statutárním zástupcem je ministr zdravotnictví ČR. Gestorem strategie byl stanoven první náměstek ministra zdravotnictví ČR (resp. náměstek pro řízení a ekonomiku), který bude odpovědný za implementaci Strategie v rámci resortu MZČR.

NASTAVENÍ ŘÍDICÍ STRUKTURY IMPLEMENTACE STRATEGIE

Řídicí struktura implementace Strategie rozlišuje orgány s řídicí, výkonnou a kontrolní funkcí. Níže jsou tyto úrovně popsány včetně jejich členů a rolí v rámci implementace Strategie.

Řídicí úroveň

Řídicí výbor zodpovídá za tvorbu a naplňování Strategie. Jeho úkolem je především dohlížet na celkový průběh implementace, proces řízení změn a rizik, schvalovat změny ve Strategii a definovat případná nápravná opatření.

Řídicí výbor Strategie sestává z následujících členů:

- ředitel Odboru evropských fondů MZČR
- náměstek pro zdravotní pojištění MZČR
- náměstek pro zdravotní péči MZČR
- předseda odborné společnosti (Psychiatrická společnost ČLS JEP)
- náměstek pro řízení a ekonomiku MZČR (gestor)
- vedoucí Strategické projektové kanceláře MZČR (manažer implementace)

Výkonná úroveň

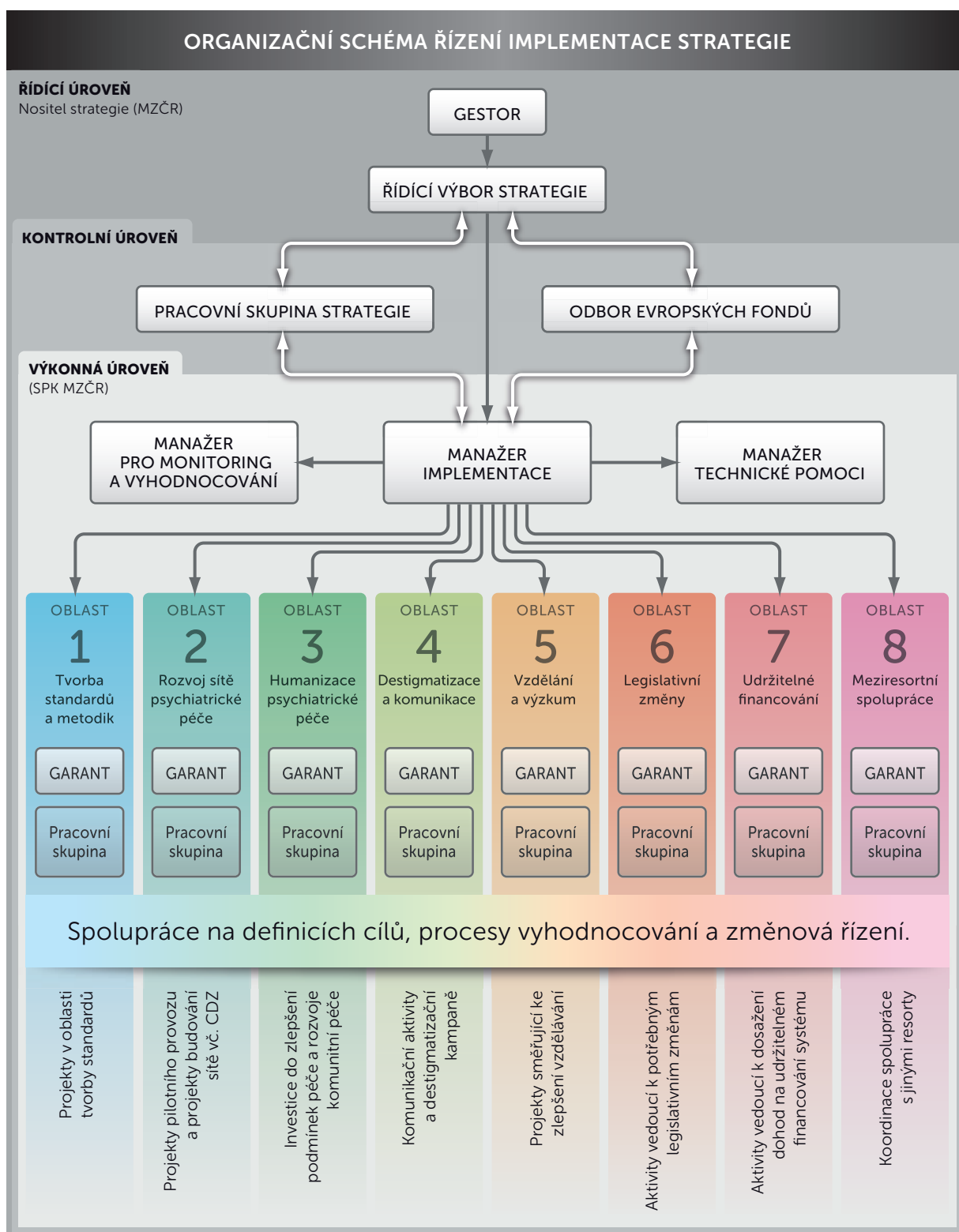
Výkonná úroveň plní prováděcí roli v rámci Reformy psychiatrické péče v ČR, zejména pak dohled nad realizací jednotlivých projektů a programů.

Výkonná úroveň zahrnuje následující role:

- **Manažer implementace** – Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR odpovídá za naplňování implementace Strategie dle závěrů Řídicího výboru, předkládání návrhů opatření ke schválení Řídicímu výboru a reportování o stavu implementace. Strategická projektová kancelář dále koordinuje jednání Pracovní skupiny Strategie reformy psychiatrické péče.
- **Garant oblasti** – kompetentní a nezávislý moderátor, plní roli vedoucího týmu v jednotlivých oblastech implementace Strategie. Oblastí je definováno celkem osm a jejich podrobný popis a rozpad na jednotlivé soubory aktivit/projektů je popsán v subkapitole 5.2. V rámci oblastí budou vznikat specializované pracovní skupiny zaměřené na jednotlivé oblasti implementace. Jejich odpovědností bude příprava návrhů možných řešení schválených opatření Strategie reformy psychiatrické péče a jejich

předkládání k projednání a schválení Manažerovi implementace a Řídícímu výboru. Členy jednotlivých pracovních skupin budou zástupci zainteresovaných stran a odborníci v dané oblasti.

- **Manažer technické pomoci** – má na starosti koordinaci technické podpory pro pracovní skupiny v jednotlivých oblastech.
- **Manažer pro monitoring a vyhodnocování** – má na starosti monitorování a vyhodnocování postupu prací za pomoci indikátorů a metodik stanovených v úvodní přípravné fázi 1 „Iniciace a zajištění podmínek“ Strategie reformy psychiatrické péče.



Kontrolní úroveň

Kontrolní úroveň zodpovídá za kontrolní činnosti ve vztahu k plnění cílů, čerpání projektových rozpočtů, kvalitě výstupů projektů a dalších.

- **Pracovní skupina Strategie reformy psychiatrické péče** – zahrnuje zástupce MZČR, odborné společnosti a další zainteresované aktéry (zástupci zdravotních pojišťoven, MPSV, uživatelé péče, NNO apod). Tato skupina je jmenována ministrem zdravotnictví ČR a odpovídá za monitorování a kontrolní činnosti týkající se tvorby a realizace Strategie reformy psychiatrické péče.
- **Odbor evropských fondů (EF) MZČR** – odbor odpovídající za správnou alokaci zdrojů a kontrolu jejich hospodárného využití. V rámci řízení implementace bude nastavena úzká spolupráce s odborem EF a kontrolní procesy budou efektivně provázány.

5.2. PLÁN REALIZACE AKTIVIT

V rámci prvního kroku byla vytvořena hierarchická struktura prací, která představuje rozdělení činností v rámci implementace Strategie reformy psychiatrické péče. Ke všem opatřením byly definovány projekty zahrnující konkrétní úkoly a činnosti vedoucí k naplňování Strategie.

Hierarchická struktura prací je rozdělena do 3 fází:

FÁZE 1: INICIACE A ZAJIŠTĚNÍ PODMÍNEK

Zahajovací fáze implementace zahrnuje aktivity a projekty potřebné ke správnému nastavení podmínek spouštění jednotlivých realizačních projektů v implementační Fázi 2. Jde zejména o projekty definující standardy a metodiky a o aktivity zajišťující právní, finanční a politické podmínky pro plynulé zahájení dalších projektů.

Na konci Fáze 1 budou všechny realizované aktivity vyhodnoceny a na základě jejich výstupů budou provedeny odpovídající změny v parametrech a časování realizačních projektů ve Fázi 2.

Fáze 1 bude realizována od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2015.

FÁZE 2: REALIZACE A PROVOZ

Fáze 2 zahrnuje většinu realizačních projektů ve všech oblastech včetně meziresortních koordinačních aktivit, legislativních změn a dalších projektů nefinancovaných z evropských fondů. Fáze 2 je hlavním segmentem implementace Strategie.

Fáze 2 bude realizována od 1. 1. 2016 do 31. 12. 2023.

FÁZE 3: VYHODNOCENÍ

Fáze 3 slouží ke konečnému vyhodnocení jednotlivých oblastí a realizačních projektů za účelem detailní přípravy a spuštění další etapy reformy.

Fáze 3 bude realizována na konci Fáze 2.

Každá fáze se následně člení na 8 shodných oblastí, které jsou dále rozděleny na jednotlivé projekty. Níže je uveden popis oblastí a seznam projektů v jednotlivých fázích.

Oblast 1: Tvorba standardů a metodik

Oblast tvorby standardů a metodik je klíčová pro správnou přípravu jednotlivých realizačních projektů a nastavení vyhodnocovacích parametrů. Strategie počítá s tím, že budou stanoveny některé závazné nebo doporučené standardy kvality poskytované péče nebo prostředí, ve kterém je poskytována, budou

stanoveny metody měření kvality života nebo uživatelské spokojenosti, budou navrženy a doporučeny způsoby vyhodnocování komunikačních a destigmatizačních programů.

Dříve, než budou spouštěny jednotlivé realizační projekty, musí dojít k zajištění dostatečné datové a znalostní základny, musí vzniknout sada základních standardů a metodik, které povedou k efektivnímu měření a řízení budoucích projektů.

Oblast 1 sestává z následujících projektů:

Fáze 1:

Tvorba metodiky pro měření kvality života (QoLMet)

Cílem projektu je vytvoření metodiky pro měření kvality života, která bude použita k průběžnému vyhodnocování naplňování cílů strategie reformy psychiatrické péče v období 2014 až 2023. Metodika se zaměří na všechny domény Konceptu kvality života, které jsou ovlivněny strategií reformy psychiatrické péče. Metodika musí vzniknout před zahájením Fáze 2 implementace Strategie tak, aby bylo možné změřit kvalitu života před implementací, v průběhu a po ukončení implementace Strategie.

Tvorba metodiky měření stigmatizace (StigMet)

Cílem projektu je vytvoření metodiky pro měření stigmatizace uživatelů psychiatrické péče v ČR. Metodika se zaměří na různé profesní skupiny ve státní správě (např. zaměstnanci ve zdravotnictví, Policie ČR, složky IZS, soudy a další) a populaci ČR jako celek. Projekt zaměřený na destigmatizaci uživatelů psychiatrické péče bude následně metodiku využívat k měření úspěšnosti destigmatizačních programů.

Projekt Standardní klasifikace vybudovaného prostředí (SKVP)

Tato prostorová typologie umožní lépe vyhodnotit skutečný stav a rozvojový potenciál stavebně-technického a architektonického zabezpečení prostor a jejich vhodnost pro poskytování psychiatrických služeb v požadovaných kvalitativních standardech. Definování standardů následně umožní humanizovat poskytování psychiatrické péče, a to především v psychiatrických nemocnicích/léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic.

Projekt Ekonomika duševního zdraví (EKODUZ)

Projekt je zaměřen na tvorbu ekonomicky udržitelného modelu péče o duševní zdraví. Činnosti zahrnují získávání ekonomických dat ze systému úhrad v péči o duševně nemocné a jejich následné vyhodnocování (stanovení 3 nejnákladnějších onemocnění, přehled stávajících nákladů na duševní onemocnění a predikce jejich vývoje). Následně bude vytvořena metodika potřebná pro provádění ekonomických evaluací. Data získaná v rámci projektu umožní Ministerstvu zdravotnictví ČR efektivněji alokovat (přímo i nepřímo) poskytované zdroje na zdravotní služby v oblasti psychiatrické péče a v neposlední řadě vytváří podmínky pro další vyjednávání o nastavení systému úhrad o péči o duševně nemocné v budoucnu.

Definice standardu CDZ

Cílem projektu je definování standardu péče a služeb poskytovaných novým pilířem psychiatrické péče – centry duševního zdraví. Standard zahrnuje rozsah služeb, dostupnost služeb, specializace v rámci poskytované péče, koordinace s poskytovateli sociálních služeb a další. Definování standardu je nezbytné již pro spuštění pilotních projektů a následně pro plošné zavádění sítě CDZ v rámci ČR. Standard musí také definovat minimální rozsah poskytovaných služeb, který může být rozšířen v závislosti na velikosti regionu a potřebách uživatelů péče.

Definice metod měření spokojenosti uživatelů (USat)

Cílem projektu je definování metod pro měření spokojenosti uživatelů psychiatrické péče v ČR. Uživatelé jsou jak duševně nemocní, tak jejich rodinní příslušníci, kteří participují na poskytování péče duševně nemocným. Výsledky měření během i po ukočení implementace Strategie budou využívány jako vstup pro další zlepšování psychiatrické péče a identifikaci problémových oblastí. Výsledky budou využívány odbornou i laickou veřejností a Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Fáze 2:**Měření kvality života**

Cílem projektu je periodické vyhodnocování změn v indikátorech kvality života souvisejících se zaváděním změn v poskytování psychiatrické péče. Výstupy měření budou využívány k případným změnám ve Strategii reformy psychiatrické péče a/nebo k úpravám jednotlivých projektů v rámci implementace Strategie tak, aby bylo dosaženo cílových parametrů indikátorů kvality života. Výsledky budou komunikovány cílovým skupinám definovaným v rámci komunikačního plánu.

Měření stigmatizace

Cílem projektu je periodické vyhodnocování změn v úrovni stigmatizace duševně nemocných souvisejících se zaváděním změn v poskytování psychiatrické péče. Výstupy měření budou využívány k případným změnám ve Strategii reformy psychiatrické péče a/nebo k úpravám jednotlivých projektů v rámci implementace Strategie tak, aby bylo dosaženo cílových hodnot ve snižování stigmatizace duševně nemocných. Výsledky budou komunikovány cílovým skupinám definovaných v rámci komunikačního plánu.

Implementace Standardní klasifikace vybudovaného prostředí (SKVP)

SKVP vytvořený ve Fázi 1 bude aplikován v investičním plánování poskytovatelů psychiatrické péče a v rámci pilotních provozů CDZ. Cílem tohoto projektu je zajistit šíření standardu, jeho správnou procesní i systémovou aplikaci, dohled nad jeho dodržováním a iniciaci jeho změn a zlepšování.

Projekt Ekonomika duševního zdraví II (EKODUZ II)

Projekt je zaměřen na tvorbu ekonomicky udržitelného modelu péče o duševní zdraví. Činnosti zahrnují získávání ekonomických dat ze systému úhrad v péči o duševně nemocné a jejich následné vyhodnocování (v případě EKUDUZ I stanovení 3 nejnákladnějších onemocnění, přehled stávajících nákladů na duševní onemocnění a predikci jejich vývoje). Projekt EKODUZ ve Fázi 1 vytvořil ekonomický model pro vybrané diagnózy v rámci psychiatrické péče. Cílem projektu EKODUZ II je pokračovat stejnou metodou v tvorbě ekonomických modelů pro další sadu diagnóz tak, aby byl relevantním zdrojem informací pro Oblast 7 – Udržitelné financování.

Měření spokojenosti uživatelů péče

Cílem projektu je periodické vyhodnocování změn v úrovni spokojenosti uživatelů péče souvisejících se zaváděním změn v poskytování psychiatrické péče. Výstupy měření budou využívány k případným změnám ve Strategii reformy psychiatrické péče a/nebo k úpravám jednotlivých projektů v rámci implementace Strategie tak, aby bylo dosaženo cílových hodnot v úrovni spokojenosti uživatelů psychiatrické péče. Výsledky budou komunikovány cílovým skupinám definovaným v rámci komunikačního plánu.

Fáze 3:**Měření změny v kvalitě života po implementaci Strategie**

Po ukončení fáze 2 bude provedeno konečné měření změny v jednotlivých doménách kvality života. Kvalita života je klíčové měřítko pro stanovení úspěšnosti reformy psychiatrické péče v ČR. Výsledky měření budou komunikovány zainteresovaným stranám v souladu s komunikačním plánem Strategie reformy psychiatrické péče.

Měření snížení úrovně stigmatizace po implementaci Strategie

Po ukončení Fáze 2 bude provedeno konečné měření změny v úrovni stigmatizace duševně nemocných v české společnosti. Výsledky měření budou komunikovány zainteresovaným stranám v souladu s komunikačním plánem Strategie reformy psychiatrické péče.

Měření posunu v úrovni spokojenosti uživatelů péče

Po ukončení Fáze 2 bude provedeno konečné měření posunu spokojenosti uživatelů psychiatrické péče v ČR. Výsledky měření budou komunikovány zainteresovaným stranám v souladu s komunikačním plánem Strategie reformy psychiatrické péče.

Oblast 2: Rozvoj sítě psychiatrické péče

Rozvoj sítě psychiatrické péče je základním přínosem první etapy reformy (2014–2023). Strategie předpokládá, že nejprve musí vzniknout dostatečná kapacita mimo existující psychiatrické nemocnice/léčebny včetně vyškolených pracovníků, udržitelného financování a technické infrastruktury. Teprve s ověřením, jak takový 4. pilíř systému může efektivně fungovat, lze přistoupit k významnějším změnám existujícího systému formou postupného omezování lůžkové kapacity či její relokace.

V 1. fázi jsou proto vytvářeny základní podmínky pro spuštění pilotních provozů CDZ a jiných nových a inovovaných typů péče, nastavení pravidel pro jejich financování a vyhodnocování. Dále se oblast zaměřuje na dobudování potřebných kapacit v pilíři psychiatrických nemocničních oddělení.

Oblast 2 sestává z následujících projektů:

Fáze 1:

Příprava pilotních projektů CDZ – proveditelnost, financování

Cílem projektu je připravit spuštění pilotních provozů ve vybraných CDZ včetně organizačních, finančních, lidských, technologických, komunikačních a dalších aspektů fungování CDZ. Příprava je nezbytná pro včasné zajištění podmínek pro pilotní provoz a testování provozu v praxi. Důležité v rámci přípravy bude nastavení vazeb mezi CDZ a ostatními pilíři psychiatrické péče a poskytovateli souvisejících sociálních služeb.

Výběr realizátorů pilotních projektů

Pro spuštění pilotních projektů budou zorganizována výběrová řízení na provozovatele CDZ ve vybraných regionech ČR. Úkolem vybraných kandidátů bude v souladu se schváleným modelem fungování CDZ zajistit v definovaném čase spuštění pilotních provozů a identifikaci možných nedostatků. Pilotní CDZ budou provozovány maximálně po dobu dvou let. Paralelně může být model fungování CDZ upravován a vylepšován před spuštěním plošného rozvoje sítě CDZ v rámci ČR.

Příprava dobudování sítě psychiatrických nemocničních oddělení

V rámci projektu budou zmapovány potřeby na dobudování kapacit lůžkové péče v psychiatrických odděleních nemocnic v rámci ČR. Dále bude vypracován rozpočet pro realizaci dobudování sítě a harmonogram implementace.

Fáze 2:

Pilotní provoz CDZ

Cílem projektu je testovat nastavení fungování nového pilíře poskytování psychiatrické péče, jeho procesní vazby na ostatní pilíře a návazné služby včetně sociálních služeb a identifikovat případné nedostatky v nastavení před spuštěním implementace celoplošné sítě CDZ. Pilotní provoz bude probíhat po dobu dvou let, což umožní detailní analýzu všech oblastí fungování CDZ. Nastavení CDZ může být průběžně upravováno během pilotních provozů.

Vyhodnocení pilotních provozů CDZ

Cílem projektu je identifikovat případné potřebné změny v nastavení fungování CDZ před zahájením budování celorepublikové sítě CDZ. Potřebné změny identifikované v rámci nebo na konci pilotních provozů budou reflektovány ve změnách modelu fungování CDZ. Vyhodnocení fungování CDZ v pilotních provozech bude komunikováno všem zainteresovaným stranám v souladu s komunikačním plánem Strategie.

Příprava plánu budování celorepublikové sítě CDZ

Cílem projektu je příprava plánu vzniku celorepublikové sítě CDZ po ukončení pilotních projektů. Plány budou zahrnovat počty nových CDZ v daném období, jejich umístění, soubor poskytovaných služeb, návaznost na ostatní poskytovatele psychiatrické péče a sociální služby. Plán implementace bude komunikován všem zainteresovaným stranám v souladu s komunikačním plánem Strategie reformy psychiatrické péče.

Vybudování sítě CDZ

Cílem projektu je implementovat definovaný počet CDZ v rámci ČR dle schváleného implementačního plánu. Projekt bude zahrnovat výběr provozovatelů CDZ v definovaných regionech, budování CDZ, náborů a školení zaměstnanců, nastavování interních procesů a vazeb na ostatní poskytovatele psychiatrické péče a návazné služby včetně sociálních služeb. Součástí implementace CDZ bude i komunikace vytvoření nových CDZ v souladu s komunikačním plánem Strategie reformy psychiatrické péče všem zainteresovaným stranám včetně ostatních poskytovatelů péče v regionu a uživatelům péče.

Dobudování sítě psychiatrických nemocničních oddělení

Cílem projektu je dobudovat kapacity sítě psychiatrických oddělení nemocnic v rámci ČR dle schváleného implementačního plánu. Projekt bude zahrnovat budování kapacit psychiatrických oddělení nemocnic a náborů a školení zaměstnanců. Součástí dobudování sítě nemocničních oddělení bude i komunikace změn v síti v souladu s komunikačním plánem Strategie reformy psychiatrické péče všem zainteresovaným stranám včetně ostatních poskytovatelů péče v regionu a uživatelům péče.

Fáze 3:

Vyhodnocení úspěšnosti zavedení CDZ

Na konci implementace Strategie bude provedeno vyhodnocení přínosů a nákladů zavedení nového pilíře psychiatrické péče – sítě CDZ. Dále budou porovnány cíle, kterých mělo být vybudováním nového pilíře dosaženo se skutečným stavem. Výsledky hodnocení úspěšnosti budou vstupem do plánování dalšího rozvoje a změn v poskytování psychiatrické péče po ukončení implementace Strategie.

Oblast 3: Humanizace prostředí psychiatrické péče

V této oblasti se řeší investice do zlepšení podmínek poskytování psychiatrické péče ve stávajících zařízeních (psychiatrické nemocnice/léčebny, všeobecné nemocnice) v zájmu humanizace prostředí, zvýšení úrovně respektování lidských práv, zlepšení estetiky prostředí či zlepšení technického, pracovního i logistického zázemí.

Ve fázi 1 nedochází k významným aktivitám kromě tvorby souvisejících standardů v Oblasti 1 – Tvorba standardů a metodik, zejména projekt Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče (SKVP)

Oblast 3 sestává z následujících projektů:

Fáze 1:

žádné projekty nejsou v této fázi definovány

Fáze 2:

Příprava projektů humanizace psychiatrické péče

Cílem projektu je analyzovat současný stav humanizace psychiatrické péče u jednotlivých poskytovatelů péče a definování rozdílů mezi současným a požadovaným stavem. Tato analýza umožní přesné definování projektu zaměřeného na implementaci opatření primárně v psychiatrických nemocnicích/léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic. Studie budou vytvářeny žadateli o realizaci projektů. Projekt naváže na projekt SKVP zaměřený na přípravu prostorové typologie vyhodnocující skutečný stav a rozvojový potenciál stavebně-technického a architektonického zabezpečení prostor a jejich vhodnost pro poskytování psychiatrických služeb v požadovaných kvalitativních standardech.

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

Realizační projekty humanizace péče zlepšením prostředí v psychiatrických nemocnicích/léčebnách

Dosažení zlepšení podmínek poskytování péče v psychiatrických nemocnicích/léčebnách bude vyžadovat investice do infrastruktury, vybavení a rozvoje některých částí.

Projekty podpory provázanosti komunitní sítě s CDZ**Fáze 3:****Vyhodnocení úspěšnosti projektu humanizace psychiatrické péče**

Na konci implementace Strategie bude provedeno vyhodnocení úspěšnosti projektu humanizace psychiatrické péče v ČR. Humanizace péče je klíčovým cílem Strategie reformy a pro vyhodnocení úspěšnosti projektu bude použita metodika vyvinutá v rámci Fáze 1. Výsledky hodnocení úspěšnosti budou vstupem do plánování dalšího rozvoje a změn v poskytování psychiatrické péče po ukončení implementace Strategie.

Oblast 4: Destigmatizace a komunikace

Oblast 4 zahrnuje všechny projekty cílené na změnu myšlení účastníků systému péče, jejich okolí a obecné veřejnosti. Oblast v sobě agreguje jak cílené destigmatizační aktivity, tak komunikaci reformy jako celku.

Ve Fázi 1 dojde k přípravě podmínek, k analýze efektivnosti podobných destigmatizačních aktivit v zahraničí a k vytvoření modelu vyhodnocování. Důležitou součástí bude stanovení pravidel pro vyhodnocování projektových žádostí, kontrolu plnění a vytvoření logiky agregace jednotlivých výstupů do jednoho celku, tj. zabránění rozpadu na tisíce drobných projektů bez jednotného měřitelného výsledku.

Oblast 4 sestává z následujících projektů:**Fáze 1:****Stanovení pravidel pro vyhodnocování komunikačních programů**

Cílem projektu je definování pravidel pro vyhodnocování úspěšnosti programů zaměřených na destigmatizaci duševně nemocných a úspěšnost komunikace změn v poskytování psychiatrické péče. Pravidla budou zahrnovat časování vyhodnocování programů, metodiku pro vyhodnocování programů, příjemce výsledků a způsob využívání výsledků ke změnám ve Strategii reformy psychiatrické péče či ke změnám v jednotlivých projektech.

Příprava plánu komunikace reformy psychiatrické péče

Cílem projektu je nastavení komunikačních cílů v rámci reformy psychiatrické péče, definování cílových skupin komunikace, frekvence a typy sdělení, výběr komunikačních kanálů a definování hrubého rozpočtu pro celé období implementace Strategie reformy psychiatrické péče. Komunikace je zásadní pro celkový úspěch implementace Strategie.

Fáze 2:**Podpora destigmatizačních aktivit v místech pilotních projektů**

Cílem projektu je zahájení destigmatizačních programů a aktivit v místech pilotních provozů CDZ a testovat účinnost a úspěšnost těchto programů a aktivit v malém měřítku pilotních provozů. Tyto aktivity mohou být v závislosti na jejich úspěšnosti následně upravovány a zlepšovány a poslouží tak jako vstup pro přípravu celoplošných destigmatizačních programů a aktivit v rámci celé ČR. Výsledky programů a aktivit z pilotních provozů budou komunikovány v souladu s komunikačním plánem Strategie reformy psychiatrické péče všem zainteresovaným stranám.

Destigmatizační programy celoplošné**Komunikace změn v poskytování psychiatrické péče**

Cílem projektu je informovat odbornou veřejnost, uživatele péče a veřejnost o postupu implementace změn v poskytování psychiatrické péče v ČR. Průběžné informování všech zainteresovaných stran je klíčové pro úspěch reformy a dlouhodobou podporu veřejnosti, odborné veřejnosti a uživatelů péče pro schválené změny.

Fáze 3:**Vyhodnocení úspěšnosti implementace komunikačního plánu**

Cílem projektu je vyhodnotit úspěšnost komunikace cílů Strategie reformy psychiatrické péče a souvisejících změn v rámci poskytování psychiatrické péče ve vazbě na ostatní zainteresované resorty. Komunikace je klíčová pro úspěšnost implementace strategie a akceptaci změn odbornou i laickou veřejností. Výsledky hodnocení mohou být využity pro plánování komunikace v rámci dalšího rozvoje psychiatrické péče po ukončení implementace Strategie.

Oblast 5: Vzdělávání

Oblast se zaměřuje na vzdělávání lékařských, nelékařských i nezdravotnických pracovníků ve smyslu vybudování dostatečné kompetenční základny v samotném resortu zdravotnictví a zároveň vzdělávání dalších účastníků systému péče o osoby s duševním onemocněním ve smyslu lepšího pochopení diagnóz, potřeb a specifik této skupiny.

Ve fázi 1 dochází k tvorbě vzdělávacích programů, osnov a tvorbě podmínek pro jejich realizaci ve fázi 2.

Oblast 5 sestává z následujících projektů:**Fáze 1:****Tvorba osnov vzdělávacích programů v psychiatrii**

V oblasti vzdělávání v oblasti psychiatrie je cílem zvýšení kvalifikace v rámci pregraduálního vzdělávání lékařů, dále pak všech pracovníků v oblasti psychiatrie, praktických lékařů, pracovníků v sociální oblasti, psychiatrických sester apod. Dále je třeba podpořit vzdělávání v oblasti psychiatrie s důrazem na dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, adiktologii, na poruchy příjmu potravy, sexuologii a v oblasti komunitní péče. Součástí vzdělávacích programů budou i malá kurikula pro uživatele péče a jejich rodinné příslušníky/blízké. V rámci příprav na rozšíření vzdělávacích programů budou vypracovány osnovy pro všechny cílové skupiny vzdělávání.

Vzdělávání pracovníků složek veřejného života

Cílem projektu je rozšíření vzdělávání vybraných složek veřejného života (složky IZS, pedagogové a další zainteresované skupiny). Vzdělávání těchto pracovníků umožní zlepšení přístupu složek veřejného života k duševně nemocným a snížení jejich stigmatizace. Vyšší znalost problematiky duševně nemocných ve složkách veřejného života tak povede ke zvýšení kvality života duševně nemocných. V rámci projektu budou vypracovány vzdělávací programy pro pracovníky samosprávy.

Fáze 2:**Vzdělávání vzdělavatelů (“Train the Trainers”)**

Dosažení potřebné kapacity vzdělavatelů se specifickou znalostí nových a inovovaných typů péče.

Vzdělávání poskytovatelů péče

Vzdělávání zdravotnického a nezdravotnického personálu s cílem zvyšování a prohlubování kompetence v poskytování komplexní moderní psychiatrické péče.

Vzdělávání návazných profesí

Průběžné vzdělávání pracovníků z oblastí veřejné správy, kteří přicházejí nebo budou přicházet do kontaktu s osobami s duševním onemocněním s cílem zvyšovat specifickou znalost potřebnou k chápání souvisejících problémů. Aktivity zároveň povedou ke snižování stigmatizace duševně nemocných.

Fáze 3:**Oblast 6: Legislativní změny**

Reforma má rozsáhlé dopady do legislativy nebo nároky její novelizaci. Bude potřeba zajistit, aby jednotlivé realizační projekty ve fázi 2 neregenerovaly výsledky bez odpovídajícího legislativního ukotvení.

Proto ve Fázi 1 dojde k analýze možných dopadů reformy na stávající legislativu, k propojení plánu legislativní tvorby v období let 2015 až 2023 s potřebami reformy a k navržení postupu, jakým bude možné dosáhnout požadovaných změn.

Oblast 6 sestává z následujících projektů:

Fáze 1:

Analýza dopadů reformy na legislativu

Pro úspěšnou realizaci Strategie reformy psychiatrické péče je nutné upravit legislativu. Cílem projektu je identifikovat potřebné změny v legislativě. Klíčovou změnou je vytvoření pilíře center duševního zdraví.

Zpracování návrhu legislativních změn

Cílem projektu je tvorba návrhu legislativních změn vycházejících z výstupů analýzy. Návrh legislativních změn bude následně předkládat zákonodárcům ke schválení.

Fáze 2:

Prosazení legislativních změn

Cílem projektu je prosazení definovaných legislativních změn nezbytných pro realizaci Strategie reformy psychiatrické péče u zákonodárců. Činnosti budou zahrnovat vzdělávací aktivity, lobbying, přípravu a distribuci podpůrných materiálů, jednání se zákonodárci a další činnosti. V rámci projektu se počítá s dlouhou přípravnou fází a schválením nového znění příslušných zákonů na konci implementace Strategie.

Fáze 3:

Vyhodnocení adekvátnosti legislativních změn a identifikace případných legislativních omezení

Cílem projektu je vyhodnotit adekvátnost legislativních změn, kterých bylo v rámci implementace Strategie reformy psychiatrické péče dosaženo a identifikovat případná legislativní omezení, která neumožňují dosažení všech cílů Strategie. Výsledky hodnocení mohou být využity pro plánování budoucích změn v legislativě po ukončení implementace.

Oblast 7: Udržitelné financování

Oblast 7 Udržitelné financování je klíčovou součástí reformy. V této oblasti má dojít k vyřešení problematiky dlouhodobě nedostatečného financování psychiatrie ze zdravotního pojištění, nastavení nového, konsensuálního modelu financování jak se zdravotními pojišťovnami, tak s MPSV a se zástupci odborné společnosti (PS ČLS JEP) a Kraje ČR.

Ve Fázi 1 budou na základě zpracovávaných projektů v Oblasti 1, zejména Ekonomika duševního zdraví, navrženy možné scénáře a ekonomické modely zajišťující udržitelné financování i po první etapě reformy, tedy po roce 2023.

Oblast 7 sestává z následujících projektů:

Fáze 1:

Příprava nového modelu financování psychiatrické péče

Cílem projektu je vytvoření návrhu nového modelu pro financování psychiatrické péče zdravotními pojišťovnami, který zohledňuje změny v rozsahu služeb poskytovaných jednotlivými pilíři, navýšení objemu a dostupnosti poskytované péče v rámci ČR a vybudování sítě CDZ. Nový model financování bude předmětem jednání se zdravotními pojišťovnami.

Fáze 2:

Jednání se zdravotními pojišťovnami týkající se nového modelu financování psychiatrické péče

Cílem je zajistit nový model financování psychiatrické péče zdravotními pojišťovnami. Součástí prací bude příprava na jednání zahrnující scénáře finančních modelů, zdůvodnění modelů a z nich odvozené či vyplývající dopady na ostatní oblasti zdravotnictví financované zdravotními pojišťovnami. Dále pak budou

probíhat jednání se všemi zdravotními pojišťovnami v ČR s cílem schválení finální podoby nového modelu financování.

Zavedení nového modelu financování psychiatrické péče

Cílem projektu je spuštění schváleného modelu financování psychiatrické péče v rámci implementace Strategie reformy psychiatrické péče. Nový model se bude spouštět buď jednorázově nebo bude docházet k postupnému navyšování sazeb za zdravotní úkony psychiatrické péče v průběhu několika let do doby, než se dosáhne cílových hodnot těchto sazeb. Přesný harmonogram zavádění nového modelu financování bude existovat po ukončení jednání se zdravotními pojišťovnami.

Fáze 3:

Vyhodnocení adekvátnosti nového modelu financování psychiatrické péče a případných omezení

Cílem projektu je vyhodnotit adekvátnost nového modelu financování psychiatrické péče, kterých bylo v rámci implementace Strategie reformy psychiatrické péče dosaženo a identifikovat případná omezení, která neumožňují dosažení všech cílů Strategie. Výsledky hodnocení mohou být využity pro plánování budoucích změn v modelu financování psychiatrické péče po ukončení implementace.

Oblast 8: Meziresortní spolupráce

Pro správný výkon reformních změn bude zapotřebí nastavit některá nová pravidla spolupráce s jinými resorty, zejména Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvem vnitra ČR a Ministerstvem pro místní rozvoj ČR, případně dalších resortů. Oblast 8 se výhradně zabývá koordinací této spolupráce a zajišťováním shody na základních principech a myšlenkách reformy.

Ve Fázi 1 dojde k nastavení způsobu spolupráce, vytvoření meziresortních pracovních skupin, k tvorbě kognitivní mapy problematiky. Mělo by také dojít k návrhu, jakým způsobem bude možné Strategii reformy psychiatrické péče povýšit z resortní na vládní strategii.

Oblast 8 sestává z následujících projektů:

Fáze 1:

Příprava plánu pro koordinaci změn s dopadem na ostatní resorty

Cílem projektu je připravit plán pro koordinaci změn s přesahem mimo resort zdravotnictví. Součástí plánu je identifikace všech resortů ovlivněných Strategií reformy psychiatrické péče, definování nezbytné součinnosti a časování koordinačních meziresortních jednání a dalších aktivit. Zainteresané resorty zahrnují Ministerstvo financí ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR a územní krajské samosprávy.

Fáze 2:

Koordinace změn s přesahem do ostatních resortů

Cílem projektu je průběžná koordinace všech změn vyplývajících z reformy psychiatrické péče s přesahem mimo resort zdravotnictví s ostatními resorty a zajištění provázanosti těchto změn. Primárně se jedná o koordinaci s těmito resorty: Ministerstvo financí ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR a územní samosprávy. Činnosti budou zahrnovat přípravu podkladů včetně návrhu změn ve spolupráci mezi resorty, projednávání a následné schvalování změn.

Fáze 3:

Vyhodnocení meziresortní spolupráce a případných omezení

Cílem projektu je vyhodnotit adekvátnost meziresortní spolupráce, které bylo v rámci implementace Strategie reformy psychiatrické péče dosaženo a identifikovat případná omezení, která neumožňují dosažení všech cílů Strategie. Výsledky hodnocení mohou být využity pro plánování budoucích změn v oblasti meziresortní spolupráce po ukončení implementace.

5.4. ROZPOČET A ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Celkový rozpočet Reformy psychiatrické péče bude financován kombinací prostředků z Evropských strukturálních fondů⁸⁰, Státního rozpočtu ČR a rovněž částečně prostřednictvím Norských fondů.

Uváděný indikativní rozpočet kalkuluje minimální náklady nutné pro saturaci základních potřeb systému z hlediska organizace psychiatrické péče v tranzitním období, tj. kalkuluje základní tranzitní náklady. Tato redukovaná forma rozpočtu nevyjadřuje celkovou nákladovou efektivitu ve vztahu k nákladům a zdrojům optimalizovaným v rámci druhů služeb, jejichž poskytování bude v návaznosti na principy transformace utlučováno. Z hlediska zdrojů nutných jak pro umožnění nákladů tranzitní fáze, tak na zajištění implementační fáze a udržitelnosti transformovaného systému, je tedy třeba kalkulovat rovněž s touto přírůstkovou složkou.

Z hlediska nefinančních zdrojů je nutné zdůraznit, že níže uvedený indikativní redukovaný rozpočet nekalkuluje se zdroji nefinančního charakteru nezbytnými pro implementační fázi strategie. Tato komponenta bude pokryta jednotlivými zainteresovanými stranami, resp. bude ve vhodných případech využito jejich stávajících kapacit.

Celkový indikativní rozpočet je navržen v objemu cca 6 mld. Kč.

Rozpočet je rozdělen na dvě části:

- finance určené na vzdělávání, komunikaci, destigmatizaci, přípravu metodik a další oblasti s celkovou alokací 2,95 mld. Kč.
- finance určené na investice do budování CDZ a humanizaci stávajících pilířů psychiatrické péče, včetně podpory nových a inovovaných typů péče s celkovou alokací 3,085 mld. Kč.

Finance navrhované na oblasti vzdělávání, komunikaci, destigmatizaci, přípravu metodik, pilotních projektů a řízení implementace (v mil. Kč)

OBLAST	POLOŽKA	ČÁSTKA
OBLAST 1: TVORBA METODIK A STANDARDŮ	Výzkumné, standardizační a analytické projekty	220
OBLAST 2: ROZVOJ SÍTĚ PSYCHIATRICKÉ PÉČE	Pilotní projekty Center duševního zdraví a dalších nových a inovovaných typů péče	1 100
OBLAST 4: DESTIGMATIZACE A KOMUNIKACE	Obecné a specifické preventivní a informační programy včetně destigmatizace	570
OBLAST 5: VZDĚLÁVÁNÍ A VÝZKUM	Příprava a realizace specifických vzdělávacích programů	1 000
ŘÍZENÍ IMPLEMENTACE	Náklady na řízení, monitoring a vyhodnocování implementace strategie 2014–2023	60
	CELKEM	2 950

Finance navrhované na investice do rozvoje péče (vč. budování CDZ) a do humanizačních úprav existujících pilířů (v mil. Kč)

	PILÍŘ	ČÁSTKA
OBLAST 2: ROZVOJ PSYCHIATRICKÉ PÉČE	Centra duševního zdraví	1 300
	Nové a inovované typy péče	550
OBLAST 3: HUMANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE	Humanizace psychiatrické péče – Ambulance	85
	Humanizace psychiatrické péče – Psychiatrická oddělení nemocnic	690
	Humanizace psychiatrické péče – Psychiatrické nemocnice/léčebny	460
	CELKEM	3 085

⁸⁰ V době zpracování této Strategie byly aktivity související s reformou psychiatrické péče zařazeny do dvou operačních programů (OPZ, IROP). Předložení a schválení těchto operačních programů Evropskou komisí (EK) se očekává v roce 2014, finální částky pro čerpání fondů a alokace pro jednotlivé aktivity budou tedy známy až po schválení EK.

5.5. SYSTÉM MONITOROVÁNÍ A EVALUACE REALIZACE STRATEGIE

Naplňování cílů strategie bude vyhodnocováno průběžně během implementace (*in medias res*) i po ukončení implementace (*ex post*). Nedostatečné plnění cílů strategie může vést ke změnám strategie během její realizace. Pokud navrhovaná opatření nebo způsob jejich realizace nebude postačující k naplňování cílů strategie, bude nezbytné provést změny v rozsahu jednotlivých projektů, jejich financování, harmonogramu, lidských zdrojích či v jiných aspektech implementace jednotlivých opatření a aktivit.

Za monitorování naplňování cílů strategie zodpovídá Strategická projektová kancelář MZČR.

Globální cíl strategie reformy psychiatrické péče je zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním. Globální cíl je naplňován pomocí následujících 7 strategických cílů:

- 1/ Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- 2/ Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- 3/ Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- 4/ Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- 5/ Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- 6/ Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- 7/ Humanizovat psychiatrickou péči.

Indikátory kvality života

Pro celkové vyhodnocování úspěchu reformy bude klíčové měření indikátorů kvality života osob s duševním onemocněním. Strategie počítá s využitím etablované metody měření kvality života společnosti s tím, že bude metodicky rozvinuta s cílem přesnějšího záběru na skupinu osob s duševním onemocněním.

Koncept kvality života je na evropské úrovni uplatňován Evropskou nadací pro zlepšování životních a pracovních podmínek⁸¹ a v českém kontextu je rozvíjen Centrem pro sociální a ekonomické strategie FSV UK. Koncept je založen na širokém multidimenzionálním pojetí kvality života jako celkové úrovně blaha (*well-being*) jednotlivců v dané společnosti. Zahrnuje 12 výchozích domén kvality života, jako jsou například zdraví a zdravotní péče, zaměstnání a pracovní podmínky, vztahy v rodině, život v komunitě a sociální participace, bydlení, aktivity volného času, lidská práva apod.

Metodika pro měření naplňování cílů strategie

Koncept kvality života je metodika nadřazená metodice pro měření naplňování cílů strategie. Z tohoto důvodu je nezbytné vytvořit novou metodiku, která se zaměří na naplňování cílů strategie reformy psychiatrické péče a která bude zaměřena pouze na vybrané domény života popsané výše.

Nová metodika bude vypracována po schválení reformy strategie psychiatrické péče pod vedením Strategické projektové kanceláře Ministerstva zdravotnictví. Metodika bude zaměřena na sledování plnění následujících indikátorů:

Indikátory k Cíli 1: Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.

V rámci naplnění cíle č. 1 půjde zejména o monitoring změn organizace psychiatrické péče v návaznosti na měření její kvality pomocí definovaných indikátorů.

⁸¹ <http://www.eurofound.europa.eu/>

Indikátory k Cíli 2: Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.

Zdejší indikátory budou zejména monitorovat stav stigmatizace, a to jak u skupiny osob stigmatizovaných, tak i u skupiny osob stigmatizujících. Jejich definování je možné jak z kvalitativního hlediska (např. pomocí hloubkových rozhovorů, *focus groups*, auditu legislativy, atd.), tak z kvantitativního hlediska (např. dotazníková šetření, obsahová analýza mediálního diskursu atd.).

Indikátory k Cíli 3: Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí.

V rámci cíle 3 budou definovány ve spolupráci se zástupci osob s duševním onemocněním a jejich rodin indikátory měřící spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí. V rámci tohoto bodu půjde zejména o vyhodnocování, monitoring spokojenosti, definování postupů a opatření vedoucích k jejímu zlepšování, ať již pomocí vzdělávání odborné veřejnosti nebo zlepšováním komunikace mezi odbornou veřejností a osobami s duševním onemocněním a jejich rodinami.

Indikátory k Cíli 4: Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti.

Jak již bylo naznačeno výše, odkrývat skrytou psychiatrickou nemocnost můžeme díky širšímu uplatňování konsiliární péče ve všeobecných nemocnicích. Výchozí stav a definici tohoto indikátoru však budeme muset opřít o longitudinální epidemiologické studie (např. prvotní sběr dat v roce 2014 a opětovný v roce 2019). Tedy za předpokladu, že by tyto studie prokázaly, že se zvýšil podíl léčené populace, a že to je díky opatřením, které byly provedené v rámci tohoto cíle.

Dále můžeme usuzovat, že se včasná diagnostika zlepší, pokud se patřičně vytrénují praktičtí lékaři a sestry k tomu, aby rozpoznali příznaky duševních nemocí u svých pacientů. Pomocným indikátorem tedy může být počet vytrénovaných praktických lékařů v patřičném psychiatrickém vzdělání, úroveň znalosti před a po absolvování tréninku a užití např. evaluačních dotazníků.

Včasné diagnostice skryté psychiatrické nemocnosti můžeme napomoci prostřednictvím speciálních *workshopů* o duševním zdraví pro děti ve školách (nebo v rizikových prostředích – dětských domovech, ústavěch apod.). Vyhodnocení můžeme opět učinit za asistence rovnice „úroveň znalosti před *workshopem* a po realizaci *workshopu* apod.

Další naplnění a měření tohoto cíle můžeme zabezpečit tím, že lidé v rizikovém prostředí (např. nezaměstnaní, lidé bez domova, ve věznicích, atp.) budou mít lepší přístup ke službám, podpoře a pomoci. Zde tedy záleží na počtu proškolených profesionálů pracujících v daném sektoru, služby nabízené v daném sektoru, atp. Testována by dále byla úroveň znalosti před a po absolvování tréninku plus např. evaluační dotazníky, analýza služeb v daném sektoru, atp.

Včasnou diagnostiku můžeme do jisté míry zajistit i díky existenci širší nabídky nízkoprahových služeb (např. *e-mental health*). Měření můžeme provést prostřednictvím počtu stávajících internetových služeb zaměřených na prevenci duševních onemocnění, analýza dostupnosti těchto služeb a počtu lidí, kteří je využívají před a po relevantním opatření.

V neposlední řadě včasná diagnostika může být zajištěna prostřednictvím výuky psychiatrie v rámci pregraduálního vzdělávání lékařů a vzdělávání lékařů somatických oborů.

Indikátory k Cíli 5: Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).

V rámci cíle 5 budou ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy ČR a případně dalšími zúčastněnými resorty definovány indikátory, které budou

měřitelně hodnotit nejen kvantitu, ale i kvalitu začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti v jednotlivých oblastech, např. v doméně zaměstnanosti, vzdělání, bydlení atd. (v souladu s 12 dimenzionálním konceptem kvality života). Bez reflektování kvalitativního hlediska není možné následně splnit globální cíl Strategie reformy psychiatrické péče. V rámci tohoto bodu se jedná zejména o monitoring rozšíření uplatnitelných možností a nabídek pro osoby s duševním onemocněním.

Indikátory k Cíli 6: Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.

V rámci cíle 6 budou definovány indikátory, které zhodnotí nejen úroveň meziúčetní spolupráce, ale i spolupráce poskytovatelů jednotlivých skupin služeb, jako jsou zdravotní, sociální a další návazné služby. V rámci tohoto bodu půjde zejména o monitoring koordinace, spolupráce a jejího samotného zefektivňování v návaznosti na celkové zkvalitnění a přiblížení péče osobám s duševním onemocněním.

Indikátory k Cíli 7: Humanizovat psychiatrickou péči.

Humanizace psychiatrické péče je primárně odvislá od naplňování bytostně lidských práv duševně nemocného v tom nejširším smyslu slova (sekundárně i např. odborného personálu pečujícího o duševně nemocného). Některé domácí, ale i zahraniční studie vykazují jasnou evidenci o tom, že duševně nemocní jsou v ČR systematicky diskriminováni a stigmatizováni (jasně odvoditelné indikátory *per* jednotlivá oblast konceptu kvality života či sociální událost duševně nemocného). Dekomponování konceptu lidských práv do jednotlivých dílčích oblastí totiž zahrnuje jak materiální a technické vybavení či prostředí poskytovatelů psychiatrické péče, tak subjektivní vnímání duševně nemocného a kontext, ve kterém se pohybuje.

Celá implementace Strategie reformy psychiatrické péče bude dále hodnocena z prizmatu konceptu kvality života.

Koncept kvality života

Koncept kvality života je na evropské úrovni uplatňován Evropskou nadací pro zlepšování životních a pracovních podmínek. V kontextu ČR je rozvíjen Centrem pro sociální a ekonomické strategie FSV UK (CESES FSV UK). Koncept je založen na širokém multidimenzionálním pojetí kvality života jako celkové úrovně blaha (*well-being*) jednotlivců v dané společnosti. Zahrnuje 12 výchozích domén kvality života, jako jsou například zdraví, zdravotní péče, zaměstnání, pracovní podmínky, vztahy v rodině, život v komunitě, sociální participace, bydlení, aktivity volného času, lidská práva apod.

Identifikace potřebných dat

Data potřebná pro měření cílů strategie budou definována v rámci přípravy metodiky pro měření naplňování strategie popsané výše.

Stanovení frekvence sběru dat

Všechny klíčové indikátory uvedené výše budou měřeny s frekvencí jednou za dvanáct měsíců po dobu trvání implementace strategie reformy psychiatrické péče. Za sběr dat zodpovídá Strategická projektová kancelář MZČR, která vypíše výběrové řízení na dodavatele pro sběr a vyhodnocování dat.

Nastavení systému podávání zpráv

Strategická projektová kancelář bude zodpovídat za vyhotovování zpráv týkajících se naplňování indikátorů strategie. Zprávy budou mít formu textu s výsledky měření a vysvětlujícími komentáři a dále budou obsahovat grafické zpracování výsledků měření.

Zprávy budou po oponentování a schválení gestorem Strategie zveřejňovány v průběhu implementace.

Nastavení plánu evaluací strategie

Evaluace je systematické a objektivní hodnocení probíhajících nebo dokončených projektů, programů nebo politik, jejich uspořádání, implementace a výsledků. Cílem je určení významnosti a plnění cílů, posouzení rozvojové efektivnosti, účinku a udržitelnosti. Jde o proces stanovení důležitosti nebo významnosti určité aktivity, politiky nebo programu. Evaluace je úzce spjata s monitoringem. Právě kombinace monitoringu a evaluace slouží jednak ke kontrole, jednak k poznávání a explanaci. Mají následující základní funkce:

- kontrola naplňování standardů,
- kontrola poskytovaných zdrojů a služeb,
- kontrola výsledků,
- vysvětlení vztahů a účinků, a v neposlední řadě
- participační funkce, která zapojuje do procesu hodnocení politiky (v našem případě reformy psychiatrické péče) širší veřejnost⁸² (zejména uživatelé psychiatrické péče a jejich rodiny, popř. NNO, které poskytovanou péče monitorují a vyhodnocují z pozice „insidera“).

Evaluací se v užším výkladovém pojetí rozumí proces, který zkoumá nakládání s finančními prostředky veřejných rozpočtů a napomáhá hospodárnosti při jejich čerpání. Evaluace je tedy proces hodnocení využívání prostředků z veřejných zdrojů. V rámci evaluace bude zjišťováno, zda:

- je implementací strategie dosahováno výsledků (cílů), které byly plánovány při její formulaci
- existují prokazatelné souvislosti mezi opatřeními strategie a změnami v cílové oblasti strategie
- byly zvoleny správné nástroje pro implementaci strategie
- jsou cíle nebo výsledky strategie ovlivněny měnícími se okolnostmi
- je strategie stále mezi prioritami MZČR, resp. Vlády ČR
- jsou zdroje alokovány efektivně a zda není vhodnější některé zdroje uvolnit na realizaci jiných strategií

Druhy evaluací

Evaluace pilotních projektů strategie reformy psychiatrické péče

Pilotní projekty strategie reformy psychiatrické péče budou zaměřeny primárně na přípravu budování sítě CDZ v rámci ČR. Tyto projekty budou financovány ze zdrojů Evropské unie a jejich evaluace budou probíhat plně v souladu s pravidly definovanými pro čerpání těchto zdrojů

Evaluace implementace strategie reformy psychiatrické péče

Ostatní projekty, které nebudou financovány ze zdrojů Evropské unie budou podléhat evaluacím řízeným Strategickou projektovou kanceláří MZČR.

Data nezbytná pro provedení evaluací

Evaluace pilotních projektů strategie reformy psychiatrické péče

Data nezbytná pro provedení evaluací se řídí pravidly definovanými pro čerpání zdrojů Evropské unie.

Evaluace implementace strategie reformy psychiatrické péče

Data nezbytná pro evaluaci projektů, které nejsou financovány ze zdrojů Evropské unie stanoví Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR a budou primárně zahrnovat:

- sladění cílů projektu a cílů strategie
- projektový rozpočet a jeho čerpání

⁸² VESELÝ, Arnošt. NEKOLA, Martin (eds). *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-75-5.

- harmonogram projektu
- dopad na ostatní oblasti strategie
- výstupy projektu

Zodpovědnosti za přípravu evaluací a harmonogram evaluací

Evaluace pilotních projektů strategie reformy psychiatrické péče

Data nezbytná pro provedení evaluací a harmonogram evaluací se řídí pravidly definovanými pro čerpání zdrojů Evropské unie.

Evaluace implementace strategie reformy psychiatrické péče

Data nezbytná pro evaluaci projektů, které nejsou financovány ze zdrojů Evropské unie a harmonogram evaluací stanovuje Strategická projektová kancelář MZČR.

Příjemci evaluačních zpráv pro schvalování

Evaluace pilotních projektů strategie reformy psychiatrické péče

Příjemci evaluačních zpráv jsou definováni pravidly Evropské unie.

Evaluace implementace strategie reformy psychiatrické péče

Příjemci evaluačních zpráv jsou Ministr zdravotnictví ČR, gestor strategie, Pracovní skupina a Strategická projektová kancelář ČR. Evaluace schvaluje gestor strategie a Pracovní skupina.

Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR nese celkovou zodpovědnost za evaluaci strategie reformy psychiatrické péče.

5.6. SYSTÉM ŘÍZENÍ RIZIK A PŘEDPOKLADY REALIZACE STRATEGIE

VYTVORENÍ PLÁNU ŘÍZENÍ RIZIK

Strategická projektová kancelář MZČR bude průběžně vyhodnocovat identifikovaná rizika a to minimálně jednou za tři měsíce. V rámci vyhodnocování rizik budou prováděny následující činnosti:

- 1/ Vyhodnocení identifikovaných rizik, změny jejich významnosti a/nebo pravděpodobnosti
- 2/ Případné úpravy v opatřeních pro minimalizaci dopadů identifikovaných rizik
- 3/ Inicie implementace opravných opatření v rámci jednotlivých projektů implementace strategie
- 4/ Monitorování implementace opravných opatření
- 5/ Identifikace nových rizik, jejich vyhodnocení z pohledu významnosti a pravděpodobnosti

Posledním krokem je definování předpokladů úspěšné implementace strategie. Pro úspěšnou realizaci byly identifikovány následující předpoklady:

RIZIKO	Předpoklady pro úspěšnou realizaci
NEDOSTATEČNÁ ALOKACE FINANČNÍCH ZDROJŮ Z EU FONDŮ	Zajištění požadované alokace finančních zdrojů EU po dobu implementace pilotních projektů strategie
BLOKACE ČERPÁNÍ ZDROJŮ EU	Eliminace korupčního prostředí v oblasti schvalování, čerpání a monitorování pilotních projektů strategie
NEDOHODA ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NA UDRŽITELNÉM FINANCOVÁNÍ	Zajištění dohody o systému nového financování psychiatrické péče v ČR se všemi zdravotními pojišťovnami
NESPRÁVNÉ NASTAVENÍ MEZIRESORTNÍ SPOLUPRÁCE	Komunikace a spolupráce s ostatními resorty pro zajištění nezbytné provázanosti zdravotních, sociálních a dalších služeb
ODPOR VEŘEJNOSTI K BUDOVÁNÍ CDZ	Implementace úspěšného dlouhodobého destigmatizačního programu
SETRVÁVÁNÍ KONZERVATIVNÍHO PŘÍSTUPU K POSKYTOVÁNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE	Implementace úspěšného programu vzdělávání odborné veřejnosti
POLITICKY MOTIVOVANÉ ZMĚNY STRATEGIE	Zajištění politické shody nad strategií psychiatrické péče napříč politickým spektrem ČR
VÝZNAMNÝ NÁRŮST POŽADAVKŮ VEDOUCÍCH K ROZŠÍŘOVÁNÍ STRATEGIE A PROJEKTŮ	Silné projektové řízení a systém schvalování změnových požadavků
NEDODRŽOVÁNÍ IMPLEMENTAČNÍHO HARMONOGRAMU	Silné projektové řízení a systém efektivní eskalace oblastí mimo kompetence projektového řízení, které ohrožují harmonogram implementace strategie

ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ŘÍZENÍ RIZIK

Následující organizační struktura upravuje role v rámci řízení rizik implementace strategie psychiatrické péče:

Řídící výbor

Řídící výbor plní dohledovou roli pro tvorbu a naplňování strategie. Jeho úkolem je především vrcholově dohlížet na proces řízení rizik tvorby strategie, schvalovat plán řízení rizik, schvalovat opatření k nejvýznamnějším rizikům a schvalovat nápravná opatření při výskytu významných rizik.

Strategická projektová kancelář

Strategická projektová kancelář plní řídicí roli a nese hlavní odpovědnost za řízení rizik tvorby (a následné implementace) Strategie; jejím úkolem je především koordinovat činnost vlastníků rizik, vytvořit a realizovat plán řízení rizik, předkládat návrhy opatření ke schválení Řídícímu výboru pro tvorbu strategie a monitorovat jejich plnění.

Pracovní skupina

Pracovní skupina plní konzultační roli. Jejím úkolem je poskytovat zpětnou vazbu Strategické projektové kanceláři MZČR a projektovým týmům při realizaci Strategie a vyhodnocování výsledků a navrhnout případné úpravy Strategie.

6. POSTUP TVORBY STRATEGIE

Formálnímu zahájení příprav na tvorbě Strategie reformy psychiatrické péče předcházela několikaletá diskuse jak ze strany odborné společnosti (Psychiatrická společnost ČLS JEP), tak mezi zástupci uživatelů a poskytovatelů psychiatrické péče. Je vhodné zmínit, že artikulovaná potřeba systémové změny v oblasti psychiatrické péče byla v českém kontextu patrná již během 90. let minulého století.

MZČR si na základě tohoto apelu nechalo vytvořit základní analýzy současného stavu psychiatrické péče v ČR a v souladu s řadou doporučení mezinárodních organizací přistoupilo na přelomu roku 2011 a 2012 k interní diskuzi o možném nastolení změnové agendy právě v oblasti psychiatrické péče. Tehdejší první náměstek ministra zdravotnictví ČR, PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D., inicioval vznik formalizované struktury (interní Strategické projektové kanceláře MZČR), která toto téma metodicky a procesně uchopila.

Dalším pozitivním podnětem pro faktické nastolení a ukotvení této agendy byla schopnost ředitele Odboru evropských fondů MZČR, PhDr. Mgr. Jana Bodnára, vyjednat a prosadit téma transformace psychiatrické péče v ČR mezi podporované dotační tituly Evropských strukturálních fondů.

Příprava Strategie reformy psychiatrické péče byla organizována Ministerstvem zdravotnictví ČR, které příkazem ministra č. 30/2012 dne 24. 9. 2012 zřídilo Pracovní skupinu k zabezpečení přípravy Strategie reformy psychiatrické péče v ČR. Tehdejší ministr Leoš Heger v tomtéž příkazu stanovil, že celá tvorba Strategie musí být v souladu s nově vzniklou Metodikou přípravy veřejných strategií⁸³ (dále jen „Metodika“).

Metodika zavádí do praxe tvorby veřejně politických dokumentů projektový přístup, kde jsou mj. definovány náplně práce a kompetence jednotlivých jmenovaných participantů. V návaznosti na doporučení Metodiky byly obsazeny jednotlivé řídicí struktury celého projektu (před nabytím účinnosti příkazu ministra č. 30/2012 byl ustaven pouze tzv. Přípravný tým). Finální organizační struktura je uvedena níže⁸⁴:

Členové Přípravného týmu:

1. náměstek ministra zdravotnictví ČR – PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D.,
ředitel Odboru evropských fondů Ministerstva zdravotnictví ČR – PhDr. Mgr. Jan Bodnár,
odborný garant – MUDr. Martin Hollý,
vedoucí Strategické projektové kanceláře MZČR – PhDr. Ivan Duškov,
konzultant Strategické projektové kanceláře MZČR – Ondřej Rudolf.
Zadavatelem tvorby Strategie reformy psychiatrické péče byl ministr zdravotnictví ČR, doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.
Gestorem tvorby Strategie reformy psychiatrické péče byl první náměstek ministra zdravotnictví ČR, PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D.
Koordinátorem tvorby Strategie reformy psychiatrické péče byl vedoucí Strategické projektové kanceláře Ministerstva zdravotnictví ČR, PhDr. Ivan Duškov.

Členové Řídicího výboru pro tvorbu Strategie reformy psychiatrické péče:

1. náměstek ministra zdravotnictví, PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D.,
náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění, Ing. Petr Nosek.,
náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči, MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D.,
ředitel Odboru evropských fondů MZČR, PhDr. Mgr. Jan Bodnár.,
odborný garant, MUDr. Martin Hollý,
vedoucí Strategické projektové kanceláře MZČR, PhDr. Ivan Duškov.

⁸³ Metodika přípravy veřejných strategií byla 2. května 2013 schválena vládou ČR v usnesení č. 318, ve kterém vláda ukládá členům vlády a vedoucím ostatních ústředních správních úřadů vycházet z Metodiky při přípravě strategických dokumentů.

⁸⁴ Je třeba poznamenat, že s ohledem delší časový úsek implementace Strategie se s největší pravděpodobností konkrétní personální obsazení Řídicího výboru a dalších struktur změní. Uvedené organizační pozice by se však měnit neměly.

Tým pro tvorbu strategie (v abecedním pořadí):

MUDr. Marta Holanová – Ambulantní psychiatrička,
Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. – Česká alzheimerovská společnost,
Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. FRCPsych. – Psychiatrické centrum Praha a Národní ústav duševního zdraví,
Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc. – Česká lékařská komora,
MUDr. Erik Herman, Ph.D. – Sekce ambulantních psychiatrů PS ČLS JEP,
MUDr. Petr Hříbňák – Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR,
Mgr. Hana Jahnová – Asociace klinických psychologů ČR,
Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc. – Gerontopsychiatrická společnost,
Doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D. – přednosta Psychiatrické kliniky FN Brno,
PhDr. Karel Koblic – Asociace klinických psychologů ČR,
Ing. Dana Kolářová, MBA – zástupkyně psychiatrických léčeben (od 1. 7. 2013 psychiatrických nemocnic/léčeben),
Bc. Blanka Novotná – zástupkyně Psychiatrické sekce České asociace sester,
Prof. MUDr. Ivo Pačt, CSc. – Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP,
Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. – Sekce pro poruchy příjmu potravy PS ČLS JEP,
MUDr. Ondřej Pěč – Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET,
MUDr. Petr Popov – Společnost pro návykové nemoci PS ČLS JEP,
Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. – PS ČLS JEP, Psychiatrická klinika VFN, Praha,
Mgr. Pavel Říčan – FOKUS Vysočina,
MUDr. Simona Papežová – Odborná konzultantka Strategické projektové kanceláře MZČR,
MUDr. Jan Tuček, Ph.D. – Sekce lůžkové psychiatrie PS ČLS JEP,
Mgr. Barbora Wenigová – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví,
PhDr. Petr Winkler, Psychiatrické centrum Praha
Ing. Josef Závíšek – Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR,
MUDr. Vladislav Žižka – zástupce psychiatrických léčeben (od 1. 7. 2013 psychiatrických nemocnic/léčeben).

Členové Pracovní skupiny:

zástupce odborné společnosti – Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.,
zástupce psychiatrických nemocnic/léčeben – MUDr. Martin Hollý,
zástupce ambulantní psychiatrické péče – MUDr. Juraj Rektor,
zástupkyně dětské a dorostové psychiatrie – MUDr. Iva Hodková,
zástupce NNO – Pavel Novák,
zástupce uživatelů psychiatrické péče – Jan Jaroš,
zástupkyně MPSV (Odbor posudkové služby) – Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.,
zástupkyně MPSV (Odbor sociálních služeb a sociální práce) – Bc. Andrea Dvořáková,
zástupkyně VZP – JUDr. Lenka Havlasová,
zástupkyně Svazu pojišťoven – MUDr. Irena Vágnerová, MBA,
zástupce České asociace sester – Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.,
zástupce Asociace krajů ČR – MUDr. Jan Tuček, Ph.D.,
zástupci Ministerstva zdravotnictví:
ředitel Odboru evropských fondů – PhDr. Mgr. Jan Bodnár,
vrchní ředitel pro ekonomiku – Ing. Petr Salák,
ředitelka Odboru zdravotních služeb – MUDr. Helena Sajdllová,
náměstek pro zdravotní péči – MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D.,
náměstek pro zdravotní pojištění – Ing. Petr Nosek.

Tvorba Strategie reformy psychiatrické péče zodpovědně reflektovala právní úpravy *de lege lata*, a to konkrétně:

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (Zákon o nesporných řízeních soudních) – zatím jen návrh zákona.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotních zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.

Úmluva Rady Evropy o lidských právech a biomedicíně.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Úmluva o právech dětí.

Strategie reformy psychiatrické péče navazuje a je v souladu s výše uvedenými právními předpisy a úmluvami. Mezi klíčové strategické dokumenty, s nimiž v ideových principech Strategie reformy psychiatrické péče rovněž koresponduje, patří česká verze dokumentu WHO Zdraví 21 (cíl 6)⁸⁵, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*⁸⁶ (WHO), Národní psychiatrický program 2007⁸⁷ a revidovaná Koncepce oboru psychiatrie⁸⁸ (1. revize 2008).

Strategie reformy psychiatrické péče je s výše zmíněnými dokumenty komplementární, bude podkladem pro rozvedení formulovaných cílů do návrhu konkrétních opatření a aktivit proveditelných a adaptovatelných v podmínkách ČR.

V návaznosti na kohezní politiku Evropské unie Strategie reformy psychiatrické péče reflektuje výstupy Pracovní skupiny pro zdraví Rady Evropy a další aktuální dokumenty vzniklé na půdě Evropské unie.

⁸⁵ Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.htm

⁸⁶ WHO. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf

⁸⁷ Národní psychiatrický program 2007. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=35:narodni-psychoiatricky-program-2007&catid=15:program&Itemid=42

⁸⁸ *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008*. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008. [on-line] [09-09-2013] Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf

SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POUŽITÝCH POJMŮ

Adiktologie

Věda zabývající se závislostmi, jejich prevencí, původem, léčbou, výzkumem, poradenstvím a dalšími souvislostmi. V užším pojetí se zabývá závislostmi na návykových látkách. Klinická adiktologie se zužuje na práci s klientem. Zahrnuje práci zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. Adiktologie je v textu pojmána širěji než pouze jako lékařský obor.

Balanced Care model

Systém péče o duševní zdraví, kde:

- a/ služby reflektují priority uživatelů a těch, kteří o ně pečují;
- b/ existuje vyvážený poměr mezi komunitními a nemocničními službami;
- c/ služby jsou poskytovány blízko bydliště;
- d/ existuje vyvážený poměr mezi stacionárními a mobilními službami;
- e/ intervence se zaměřují jak na symptomy, tak na *disabilitu*;
- f/ léčba specificky odpovídá na potřeby.⁸⁹

Case manager

Do českého jazyka se nejčastěji překládá jako případový vedoucí nebo osobní asistent. Nejčastěji tuto roli zastává psychiatrická sestra nebo sociální pracovník. Úkolem *case managera* je jednak koordinace služeb u jednoho pacienta podle jeho identifikovaných potřeb a jednak poskytování přímé péče (zjišťování potřeb, plán péče, monitoring psychického stavu, individuální podpora, atp.).

Dětská a dorostová psychiatrie

Psychiatrický obor pro děti a adolescenty s ohledem na specifika diagnostiky a léčby duševních poruch pro dětský a dorostový věk (od 2 do 18 let), včetně problematiky vývojové psychologie a problematiky rodinných vztahů. Podstatnou součástí je systematická psychoterapie, psychoterapeutická krizová intervence u dětí i v rodinách. Specifická je též spolupráce s resortem školství vzhledem k výskytu duševních poruch v dětském věku.

Dětská sestra se zaměřením na dětskou a dorostovou psychiatrii

Základním oborem je pediatriká sestra s následným specializačním vzděláním v oboru dětské a dorostové psychiatrie. Pracuje s pacienty ve věkové kategorii od 3 do 18 let. Musí respektovat zvláštnosti jednotlivých vývojových období a specifika rodinných vztahů a vazeb.

Evidence-based (medicine, policy)

Politika či medicína založená na důkazech, tj. vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty či jiné dotčené skupiny obyvatel⁹⁰.

Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie je nástavbový obor psychiatrie či geriatrie, který se zabývá psychickými poruchami a duševními chorobami vyššího věku. Hlavní náplní oboru jsou zejména kognitivní poruchy od mírné kognitivní poruchy až po demence všech stadií, depresivní poruchy, psychotické poruchy, neurotické poruchy a další. Jde o interdisciplinární obor mezi psychiatrií, geriatrií, interní medicínou, všeobecným lékařstvím, neurologií, vývojovou psychologií, neurobiologií, neuropatologií, sociologií, epidemiologií a demografií.

⁸⁹ THORNICROFT, Graham. TANSELLA, Michele. A conceptual framework for mental health services: the Matrix Model. 1998, Psychological Medicine, 28: 503–508. In: WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013, s. 8.

⁹⁰ SACKETT, D.L.; ROSENGERG, W.M.C.; GRAY, J.A.M.; HAYES R.B.; RICHARDSON W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996, roč. 312, čís. 7023, s. 71–2.

Implementace/implementační plán

Implementací se obvykle označuje uskutečnění, realizace, provedení nebo zavádění konkrétní, v našem případě zdravotní politiky⁹¹. Implementační plán je dokument stanovující základní směry a cíle dalšího vývoje dané oblasti, přičemž zároveň definuje rámcová opatření určená k realizaci, a to v delším časovém horizontu. Na tento dokument následně mohou navazovat akční plány nebo programy, které specifikují konkrétní opatření a aktivity určené k realizaci v kratším časovém horizontu⁹².

Klinický psycholog⁹³ a dětský klinický psycholog

Je absolventem pětiletého akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a absolventem akreditovaného kvalifikačního kurzu Psycholog ve zdravotnictví. Absolvováním pětiletého vzdělávacího programu specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie získává atestaci specializaci klinický psycholog. Dále může absolvovat tříletý vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru dětská klinická psychologie a atestaci získává specializaci dětský klinický psycholog. Klinický psycholog poskytuje činnost především v rámci preventivní, diagnostické, léčebné péče. Dětský klinický psycholog poskytuje svoji činnost především v rámci diagnostiky, psychoterapie, rehabilitace psychických funkcí a v rámci systematické psychologické péče o děti všech věkových skupin se zdravotními nebo psychickými poruchami. Obě povolání na základě své psychoterapeutické kvalifikace provádí psychoterapii individuální, skupinovou či rodinně terapeutickou.

Komunitní psychiatrická sestra

Komunitní sestra poskytuje zdravotní služby klientům v jejich vlastním sociálním prostředí, v psychiatrické ambulanci, nebo v zařízeních typu CDZ, denním stacionáři, krizovém centru apod. Ve své činnosti se zaměřuje mj. na psychiatrickou rehabilitaci, edukaci, podporu pacientů při začleňování do jejich sociálního prostředí, krizovou intervenci, aplikaci depotní medikace v domácím prostředí aj. Komunitní psychiatrická sestra je podskupinou psychiatrických sester, profiluje se místem a obsahem své pracovní činnosti.

Laický terapeut

Nezdravotnický pracovník podílející se na péči o duševně nemocné v komunitně orientované psychiatrické péči.

NNO⁹⁴ (nestátní neziskové organizace)

Nevládní (někdy též nestátní) organizace, zpravidla neziskového charakteru, v anglosaském kontextu jsou často označovány pod akronymem NGO (*Non-Governmental-Organization*).

Peer pracovník

Osoba, která má osobní či zprostředkovanou zkušenost s duševním onemocněním.

Psychiatr

Lékař, absolvent lékařské fakulty, vzdělávající se/s ukončeným specializačním vzděláváním v oboru psychiatrie. Poskytuje komplexní lékařskou psychiatrickou péči (diagnostika, léčba pomocí farmakoterapie i psychoterapie, posouzení průčeschnosti, atd.). Jako lékař může indikovat potřebná vyšetření, spolupracuje při léčbě s praktickým lékařem i lékaři jiných oborů.

Psychoterapeut

Pracovník ve zdravotnictví, který poskytuje psychoterapeutické služby na základě ukončeného akreditovaného psychoterapeutického výcviku, většinou pod supervizí psychologa či psychiatra. Zákonně není prozatím definováno. Volíme obecnější definici než současné pojetí, kdy psychoterapii může poskytovat pouze

⁹¹ VESELÝ, Arnošt. NEKOLA, Martin (eds). *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-75-5.

⁹² *Metodika přípravy veřejných strategií*. Praha: Ministerstvo financí ČR, 2012. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: <http://www.mmr.cz/getmedia/4ebb3cc7-6f5c-4f37-ad1f-97054a212483/metodika-pripravy-verejnych-strategii-listopad-2012.pdf>

⁹³ Dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb. a nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

⁹⁴ Vláda České republiky. Informační zdroje o NNO. [on-line] [09-09-2013] Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rnno/informacni-zdroje>

lékař-psychiatr nebo klinický psycholog (tedy absolvent magisterského studia lékařství nebo jednooborové psychologie, vždy se specializačním vzděláváním zakončeným atestací) po absolvování úplného schváleného vzdělávání v psychoterapii (teorie, sebezkušenost, supervize) zakončeného zkouškou (nyní v podobě zkoušky na závěr certifikovaného kurzu, jejíž součástí jsou pro lékaře-nepsychiatry rozdílové zkoušky). Tento specialista poskytuje psychoterapii samostatně.

Psychiatrická sestra (sestra pro péči v psychiatrii)

Sestra pro péči v psychiatrii je všeobecná sestra po získání specializované způsobilosti v oboru péče o duševně nemocné podle zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. V rámci svých kompetencí poskytuje péči duševně nemocným v rozsahu své odborné způsobilosti dané vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Poruchy příjmu potravy (PPP)

Zde ve smyslu specializovaného psychiatrického oboru, který se zabývá psychickými onemocněními, kam řadíme mentální anorexii, bulimii a záchvatová přejídání.

Severe Mental Illness (SMI)

“Severe mental illness” neboli „závažné duševní onemocnění“ je charakterizováno 3 znaky: délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky, funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF⁹⁵) a diagnóza onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy anebo těžké poruchy osobnosti (v některých definicích je však diagnóza vynechávána).

Sexuologie

Je vědecký obor zabývající se všemi aspekty pohlavního života (fyziologickým, lékařským, pedagogickým, psychologickým, etickým). V tomto kontextu je pojem používán v užším slova smyslu, jako „psychiatrická sexuologie“ zaměřující se převážně na léčbu pacientů s poruchou sexuální preference.

Stakeholder/aktér

Anglický pojem *stakeholder* (*stake*=zájem, *holder*=držitel) označuje jakékoliv jednotlivce, skupiny či organizace, kteří mohou být ovlivněni nebo mohou ovlivnit připravované politiky či projekty, nebo jejich realizaci. “Stakeholder” se velmi často do českého jazyka překládá jako „zainteresovaný subjekt“, „zainteresovaná skupina“ či „zájmová skupina“.⁹⁶

Terapeut Např. ergoterapeut (§ 6, Vyhlášky 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), eventuálně laický terapeut, *peer* pracovník, podílející se v rámci týmů na poskytování podpůrné péče klientům s duševním onemocněním. S výjimkou ergoterapeuta není zákonně definováno.

Všeobecná sestra

Je zdravotnický pracovník po získání odborné způsobilosti k výkonu povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Zdravotně-sociální pracovník, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách

Zdravotně-sociální pracovník je zdravotník podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách působí primárně v sociálních službách dle zákona č.108/2006, Sb. Poskytuje sociální či sociálně zdravotní služby osobám s duševním onemocněním, např. posuzuje životní situaci pacienta ve vztahu k onemocnění a jeho následkům, spolupracuje s osobami v sociálním prostředí pacienta, zajišťuje sociálně právní poradenství aj., na základě své kvalifikace a zákonného vymezení.

⁹⁵ Angl. zkr. Global Assessment of Functioning, škála pro celkové hodnocení fungování. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí.

⁹⁶ VESELÝ, Arnošt. NEKOLA, Martin (eds). *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-75-5.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

KNIŽNÍ ZDROJE:

- DLOUHÝ, Martin (ed.). *Mental Health Systems in Central and Eastern Europe*. Prague: Professional Publishing, 2012.
- FEAM. *FEAM Statement on Mental Health Policy Issues*. Praha: Psychiatrické centrum, 2010.
- The Schizophrenia Commission. *The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness, 2012.
- Fears, Robin, Höschl Cyril. *Mental health policy issues: the view from FEAM*. *European Psychiatry*, 26(1), 2011.
- Gaebel, Wolfgang, Zielasek, Jürgen. *Psychiatry in Germany*. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 2012.
- Höschl, Cyril. *European psychiatry: needs, challenges and structures*. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 259 (Suppl.2), 2009.
- Knapp, Martin, McDaid, David, Mossialos, Elias, Thornicroft, Graham. *Mental Health policy and practise across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press, 2007.
- Medeiros, Helen (ed.). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: London School of Economics, 2008.
- MORCINEK, Tomáš. *Zpracování statistických dat pro odbornost 305 a 901 za roky 2011 a 2012: se zaměřením na případný další rozvoj těchto odborností*. Praha, 2013.
- POTŮČEK, Martin. *Základní pojmy strategického řízení*. In *Strategické řízení*. Studijní materiál ke kurzu Strategické řízení. Praha: Centrum pro sociální a ekonomické strategie FSV UK, 2006.
- POTŮČEK, Martin, SCHEFFLER, M. Richard (eds.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press, 2008.
- RABOCH, Jiří, WENIGOVA, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. *Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012.
- SACKETT, D.L.; ROSENGERG, W.M.C.; GRAY, J.A.M., HAYES R.B.; RICHARDSON W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996, roč. 312, čís. 7023, s. 71–2.
- Thornicroft, Graham. *European mental health policy: the key issue is social inclusion*. *European Journal of Public Health*, 21(5), 2011.
- THORNICROFT, Graham. TANSELLA, Michele. A conceptual framework for mental health services: the Matrix Model, *Psychological Medicine*, 28:, 1998.
- United Nations. UN Resolution 46/119 on the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (přijato 17. 12. 1991). New York: United Nations, 1991.
- VESELÝ, Arnošt. NEKOLA, Martin (eds). *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007.
- WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013.
- World Health Organization. *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources 2001*. Geneva: WHO, 2001.
- World Health Organization. *Atlas: Mental Health Resources in the World 2001*. Geneva: WHO, 2001.
- World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: WHO, 2005.
- World Health Organization. *Policies and Practices for Mental Health in Europe: Meeting the Challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Geneva: WHO, 2008.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

- Akční plán péče o duševní zdraví na období 2013–2020. [on-line] [cit. 20-09-2013]
Dostupné z: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf
- European Commission. *Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.htm
- Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008*. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008. [on-line] [09-09-2013] Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf
- Metodika přípravy veřejných strategií. Praha: Ministerstvo financí ČR 2012. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://www.mmr.cz/getmedia/4ebb3cc7-6f5c-4f37-ad1f-97054a212483/metodika-pripravy-ve-rejnych-strategii_listopad-2012.pdf
- Národní psychiatrický program 2007. Psychiatrická společnost ČLS JEP. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=35:narodni-psychiatricky-program-2007&catid=15:program&Itemid=42
- The European Union. European Pact for Mental Health and Well-being: EU high-level conference. Brussels: EU, 2008. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Lůžková péče 2012: Zdravotnická statistika, Praha: ÚZIS ČR, 2013. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví České republiky 2012 ve statistických údajích*, Praha: ÚZIS ČR, 2013. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-cr-ve-statistickych-udajich>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012, Praha, ÚZIS ČR, 2013. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2012>
- Vláda České republiky. Informační zdroje o NNO. [on-line] [09-09-2013] Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rnno/informacni-zdroje>
- Vstupní zpráva ke Strategii reformy psychiatrické péče*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/12/vstupni-zprava_srpp_final_7_12_2012.pdf

LEGISLATIVA:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (Zákon o nesporných řízeních soudních) – zatím jen návrh zákona.
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotních zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.
- Úmluva Rady Evropy o lidských právech a biomedicíně.
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.
- Úmluva o právech dětí.

OSTATNÍ ZDROJE:

- Příspěvek na konferenci “*Mental Health: From Strategy to Reality*”. Manchester, Velká Británie (14.-15. března 2013).

SEZNAM ZKRATEK

AT	Adiktologický
CDZ	Centrum duševního zdraví
CESES FSV UK	Centrum pro sociální a ekonomické strategie Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze
PS ČLS JEP	Psychiatrická společnost České lékařské společnosti
ČR	Česká republika
DPS	Denní psychoterapeutické sanatorium
EK	Evropská komise
EKODUZ	Ekonomika duševního zdraví
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
IROP	Integrovaný regionální operační program
IZS	Integrovaný záchranný systém (Hasičský záchranný sbor ČR, jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby, Policie ČR)
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NGO	<i>Non-Governmental-Organization</i>
NNO	Nestátní neziskové organizace
NPP	Národní psychiatrický program
OEF MZČR	Odbor evropských fondů Ministerstva zdravotnictví České republiky
OP LZZ	Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost
OPZ	Operační program Zaměstnanost
PPP	Poruchy příjmu potravy
QoIMet	Quality of Life Methodology
SKVP	Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče
SMI	Severe Mental Illness
UN	United Nations (Organizace spojených národů, OSN)
USD	Americký dolar (měna)
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZPO	Vládní výbor pro zdravotně postižené občany
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

PŘÍLOHY

Projekt EKONOMIKA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (EKODUZ)

je zaměřen na získání ekonomických dat ze systému úhrad v péči o duševně nemocné a jejich následné vyhodnocování.

Cílem projektu je zefektivnit a zkvalitnit systém služeb o duševně nemocné v ČR.

V rámci realizace projektu dojde ke sběru a následnému modelování nákladových dat ze systému psychiatrické péče (stanovení 3 nejnákladnějších duševních onemocnění), přehled stávajících nákladů na duševní onemocnění obecně a predikce jejich vývoje na poskytování služeb pro duševně nemocné), dále pak k vytvoření metodiky potřebné pro provádění ekonomických evaluací.

Potřebnost realizovat projekt vychází z plánované implementace reformy psychiatrické péče v ČR, kterou bude MZČR realizovat v letech 2014-2020 (jejím účelem je změna dosavadních systémových prvků vč. systému financování zdravotních služeb v psychiatrické péči). Projekt dále reaguje na doporučení Psychiatrické společnosti ČLS JEP a WHO obsažené v „*Mental Health Action Plan 2013–2020*“.

EKODUZ aktivně reaguje na nepříznivý stav v ČR, kdy v současné době nejsou k dispozici exaktní data o rozložení finanční zátěže poskytovaných služeb o duševně nemocné mezi MZČR a ostatní poskytovatele (MPSV, pojišťovny, NNO).

Data získaná v rámci projektu umožní MZČR efektivněji alokovat poskytované zdroje na zdravotnické služby v oblasti psychiatrické péče a v neposlední řadě vytváří podmínky pro další vyjednávání o nastavení systému péče o duševně nemocné v budoucnu.

Prostřednictvím vzniklé metodiky bude možné vyhodnocovat efektivitu stávajících nákladů na duševní onemocnění (informace o reálných nákladech na duševní onemocnění), průběžně hodnotit konkrétní kroky reformy a jejich dopady, definovat subjekty, které jsou nositeli těchto nákladů a vyhodnocovat odlišnost nákladovosti podle jednotlivých léčených pacientů, v jednotlivých regionech apod.

Realizace: do 30. 6. 2015 (možno dále rozvíjet dalšími navazujícími projekty)

Projekt

STANDARDNÍ KLASIFIKACE VYBUDOVANÉHO PROSTŘEDÍ U POSKYTOVATELŮ PSYCHIATRICKÉ PÉČE (SKVP)

Je sestava typologizovaných a klasifikovaných informací o všech objektech poskytovatelů psychiatrické péče s vazbou na kvalitu zdravotní péče v těchto objektech poskytované. SKVP se stane pomocným nástrojem pro přípravu, řízení a vyhodnocování investičních projektů v rámci budoucích změn vyvolaných implementací Strategie reformy psychiatrické péče.

Zavedením klasifikace SKVP dosáhneme zvýšení efektivity vynakládaných investičních prostředků. Investice do rozvoje nových nebo stávajících budov a areálů bude vyžadovat precizaci vazby mezi potřebnou kvalitou poskytované péče a prostředím, v němž je taková péče poskytována.

Dnešní stav je takový, že je poskytována řada zdravotních služeb v nevyhovujících objektech, a to nejen z pohledu technického stavu budov, ale zejména z pohledu komfortu, soukromí, terapeutických souvislostí, logistiky, dopravní dostupnosti, urbánních vztahů apod.

Pro úspěšné zvládnutí očekávaného množství investičních projektů a pro zajištění jejich pozitivních dopadů na kvalitu života uživatelů péče (hlavní cíl strategie reformy psychiatrické péče) bude potřeba určit správná evaluační kritéria. Tato kritéria budou stavět na klasifikaci SKVP.

Benefit projektu: Základním přínosem je zvýšení kvality péče o duševní zdraví zlepšením kvality prostředí;

Cíl projektu: Zavedení standardní klasifikace vybudovaného prostředí poskytovatelů péče v plánování, kontrole a vyhodnocování investičních projektů v rámci Strategie reformy psychiatrické péče;

Výstupy:

- Standardní klasifikace vybudovaného prostředí (databáze, publikace),
- Přehledová mapa poskytovatelů psych. péče (aplikace, GIS, publikace),
- Technická pasportizace objektů (databáze),
- Metodicky sebraná a analyzovaná data o stavu zařízení (data),

Vybudovaným prostředím jako ekvivalentem pojmu *Built Environment* rozumíme vše, co nás obklopuje a bylo vybudováno člověkem.

Realizace: do 30. 6. 2015



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Ministerstvo zdravotnictví ČR
verze 1.0, vydáno 8. října 2013