

## **Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR**

Platforma pro transformaci péče o lidi s duševním onemocněním, která je seskupením zástupců odborných společností, poskytovatelů služeb, patientských a rodičovských organizací jakož i jednotlivců, přijala tuto deklaraci na základě stále sílícího přesvědčení, že jediným řešením neutěšené situace v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním v České republice je transformace celého systému. Oddalování systematicky a cíleně prováděné transformace zvyšuje riziko zanedbání péče o vážně duševně nemocné.

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

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

Na úrovni EU je prosazována deinstitucionalizace a velké psychiatrické ústavy jsou v řadě evropských zemí již minulostí nebo se transformují a počty lůžek v nich se stále snižují. Česká republika však má v poměru k počtu obyvatel stále velmi vysoký podíl psychiatrických lůžek následné péče dislokovaných ve velkých psychiatrických léčebnách. V České republice je nedostatečný podíl lůžek akutní péče na psychiatrických odděleních nemocnic a zejména se nepodařilo vybudovat dostatečnou síť zdravotních komunitních služeb. Rozvoj těchto služeb je především

podvázán celkově nízkým objemem finančních prostředků pro psychiatrickou péči, je de facto blokován vázáním finančních prostředků v systému péče postaveném na péči v psychiatrických léčebnách. Mimonemocniční služby nemají definované spádové oblasti a nastavení stávajícího financování ambulantních služeb nepodporuje časově náročnou péči o závažněji duševně nemocné.

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

V posledních letech přitom narůstá počet lidí potřebujících psychiatrickou péči. V České republice vzrostl za poslední dekádu počet léčených psychiatrických pacientů o desítky procent. Tento trend by bylo potřeba zohlednit v programech primární i sekundární prevence duševních onemocnění; prostředky vynakládané na preventivní programy se však snižují. Podle informací z terénu se také zvyšuje podíl lidí s duševním onemocněním mezi bezdomovci. Přitom psychiatrická péče v České republice je oproti psychiatrické péči ve zbytku EU podfinancována. Podle údajů Evropské komise (2005) je ČR řazena na předposlední místo v poměrném vynakládání prostředků na psychiatrickou péči v rámci EU.

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

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

strukturálních fondů na období 2014–2020.

Žádáme proto, aby vláda

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

V Praze dne 19. června 2012

**Podpisy autorů deklarace:**

  
Mgr. Aleš Lang

za Asociaci komunitních služeb

  
Pavel Novák


za Fokus

  
MUDr. Martin Jarolímek

za Českou asociaci pro psychické zdraví

  
Jan Jaroš

za KOLUMBUS o.s.

  
Mgr. Jana Poljaková

za Sympathea, o.p.s., OSPDN ČR

  
MUDr. Ondřej Pěč

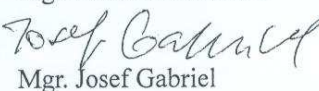
za Asociaci denních stacionářů a krizových center

  
Mgr. Jitka Styblíková

za VIDA o.s.

  
Mgr. Lucie Broukalová

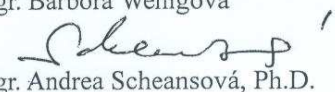
za Green Doors o.s.

  
Mgr. Josef Gabriel

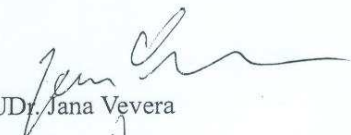
za Misi pro duševní zdraví

Mgr. Barbora Wenigová

za Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

  
Mgr. Andrea Scheansová, Ph.D.

za Rain Man o.s.

  
MUDr. Jana Vevera

člen výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP

  
MUDr. Jan Pfeiffer

za sebe

  
MUDr. Martin Hollý

za sebe

  
MUDr. Petr Příhoda

za sebe

## **Příloha**

### **Principy péče o osoby s duševním onemocněním**

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

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

### **Vize služeb**

Je třeba vytvořit systém služeb zajišťujících podporu a pomoc při naplňování sociálních, zdravotních, edukativních a dalších potřeb lidí ohrožených či trpících duševní poruchou. Jde o to, aby mohli žít ve svém přirozeném životním prostředí (u dětí se jedná o jejich biologickou či náhradní rodinu) či do něj byli navraceni. Potřebná péče zde musí být dostupná 24 hodin po sedm dní v týdnu. Poskytovatelé péče musí být schopni rychle a citlivě reagovat na krizové situace s maximální snahou řešit je v co nejpřirozenějším prostředí. Systém musí v maximální možné míře předcházet situacím, při nichž dochází k vytržení klienta z jeho přirozeného prostředí. Je-li přesto nutné, aby klienti byli ze svého prostředí vytrženi (například kvůli akutnímu zhoršení duševního stavu s výrazným ohrožením jejich bezpečí či bezpečí jejich okolí), musí to být na co nejkratší dobu. Zařízení, kde takovéto intervence probíhají, musí být organizačně i psychologicky uspořádáno tak, aby co nejméně stigmatizovalo. V co největší míře zde musí být zachován kontakt s běžným životem (včetně sociálních vazeb klientů) a musí být vytvářeny předpoklady pro rychlý a bezpečný návrat klientů do jejich běžného prostředí. Systém musí být schopen poskytovat v podmínkách běžného života adekvátní pomoc i těm, kteří si o

ni vzhledem k stavu svého onemocnění nejsou schopni sami aktivně říci, a to při respektování všech jejich práv.

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

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

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

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

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

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

### **Základními kroky transformace:**

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

kteřé v řadě případů nejsou ději po sobě následujícími, ale jejich realizace musí často probíhat paralelně.

- **Vytvoření organizačního rámce spolupráce** pro tvorbu a implementaci Národní strategie transformace péče o osoby s duševním onemocněním, zajišťujícího transparentní zapojení a komunikaci mezi relevantními rezorty, uživateli péče a jejich rodinnými příslušníky, poskytovateli péče, profesními a odbornými společnostmi.
- **Podpora zakládání a rozvoje aktivit svépomocných sdružení uživatelů** psychiatrické péče i jako zdroj informací o potřebách, osob s duševním onemocněním, směřující k úspěšné realizaci transformace.
- **Analýza právních překážek** transformace a prosazení potřebných legislativních úprav, včetně úprav zajišťujících uplatňování práva klientů/pacientů na rozhodování o svém životě a limitujících jejich osobní občanské svobody.
- **Analýza finančních zdrojů** a jejich toků na stávající péči o osoby s duševním onemocněním (zdroje z všeobecného zdravotního pojištění, zdroje na sociální služby, další finanční zdroje). Je nutná cost benefite analýza a následně úprava alokace stávajících finančních zdrojů tak, aby mohlo pružně docházet k potřebné transformaci, rozvoji nových služeb a současně k přesouvání zdrojů z velkých psychiatrických léčeben, aby byla dostatečně zajištěna péče i o vážněji duševně nemocné na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, v ambulantních a v komunitních zdravotních službách. Musí dojít k vytvoření zdrojů na rozvoj potřebných sociálních služeb včetně zřízení sociálního a podporovaného bydlení (mimo jiné cestou adekvátního posuzování příspěvku na péči u osob s duševním onemocněním).
- **Definování optimální velikosti základních „spádových regionů“** z hlediska populačního, geografického a správního a stanovení základní sítě služeb. Vytvoření podmínek pro jasné definování zodpovědností (včetně zodpovědnosti za poskytování služeb ve spádové oblasti) a systémové propojení a spolupráci existujících i nově v budoucnu vytvořených zdravotních i sociálních služeb na úrovni obcí, spádových regionů, krajů.
- **Vytvoření rámcových (regionálních, krajských) plánů sítě služeb** naplňujících zásady Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením. Plány musí zahrnovat zmapování potřeb klientů psychiatrické péče (stávajících i potencionálních, včetně dětí, osob pokročilého věku, osob se závislostmi na alkoholu a psychotropních látkách). Plány musí obsahovat i zmapování a analýzu funkce existujících relevantních sociálních služeb, zdravotních ambulantních praxí a komunitních služeb. Analýzu lůžkových kapacit (psychiatrických léčeben, psychiatrických oddělení a rezidenčních sociálních zařízení) ve vztahu k spádovým regionům, územím krajů. Zmapování se musí týkat i dalších možných využitelných nesespecializovaných služeb využívaných běžnou populací, umožňujících skutečnou inkluzi a integraci klientů do

běžného života společnosti. Na základě potřeb klientů z jednotlivých regionů a analýzy existujících služeb vytvořit plán případného vzniku nových služeb a restrukturalizace služeb existujících. Jde o zvážení možnosti využití kapacit léčebe na rozvoj akutních oddělení nemocnic a potřebných mimonemocničních služeb, včetně sociálních rezidenčních služeb („transformační plány psychiatrických léčebe“).

- **Přednostní vytváření systémů zajišťujících prevenci** dlouhodobých pobytů či přijetí do lůžkové péče, zvláště následné psychiatrické péče a ústavní sociální péče. Zefektivnění spolupráce a komunikace jednotlivých segmentů péče (zvláště péče lůžkové a mimolůžkové) je jedním z prvních nebytných kroků.
- **Pilotní ověření transformačních modelů PL** – půjde například o oddělení akutní a následné péče, sektorizaci dle spádových regionů, přesun klientů i zaměstnanců, možnosti zachování PL jako právního subjektu provozujícího nový typ péče v nových lokalitách, atd. Na základě pilotního ověření se pak uskuteční celoplošná realizace transformačních procesů. Součástí tohoto procesu musí být i koncepční a praktické řešení péče v rámci dalších oborů, které nejsou primárně obory péče o osoby s duševním onemocněním, avšak jejich cílová klientela je v současnosti klientelou psychiatrických léčebe (například oblast geriatric).
- **Racionální využití finančních zdrojů** musí spočívat na alokaci finančních zdrojů (včetně investičních prostředků) na základě transformačních plánů sítě služeb. Využití Strukturální fondů EU (EFTA fondů) musí vycházet z jasné strategie zajišťující systémové změny. Tyto externí zdroje využít jako „překlenující“ finanční zdroj (bridging fund) zvláště na pokrytí nákladů spojených s počátečním transformačním obdobím deinstitucionalizačního procesu.
- **Vytvoření podpůrných mechanismů transformace** na celostátní i regionální úrovni. Je potřeba zajištění informačních, osvětových a vzdělávacích programů cílených na hlavní oblasti stigmatizace osob s duševním onemocněním v očích veřejnosti. Cílená podpora (vzdělávání, rekvalifikace, atd.) pro profesionály stávajících služeb, především zaměstnanců institucionálních služeb, umožňující jim pracovat v nových podmínkách péče.
- **Zajištění pravidelného monitorování procesu transformace** a realizace průběžných potřebných úprav podmínek a konkrétních kroků.
- **Systém průběžného hodnocení kvality péče** pro všechny typy služeb (sociální i zdravotní) tak, aby bylo nezávislé na zřizovateli a obsahovalo všechny komponenty, včetně oblasti lidských práv.



## Literatura:

- WHO-Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005:[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99735/edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99735/edoc07.pdf).
- European Pact for Mental Health and Well-being Brussels, 12-13 June 2008[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf).
- EU Disability Strategy 2010 2020[http://ec.europa.eu/governance/impact/planned\\_ia/docs/139\\_2\\_empl\\_disability\\_strategy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/governance/impact/planned_ia/docs/139_2_empl_disability_strategy_en.pdf).
- Expert Group Report on the Transition from Institutional to Community-based Care<http://www.e-include.eu/en/news/313-expert-group-report-on-the-transition-from-institutional-to-community-based-care>.
- Koncepce oboru psychiatrie, Psychiatrická společnost ČLS JEP ([www.ceskapsychiatrie.cz](http://www.ceskapsychiatrie.cz))

## Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR ze dne 19. června 2012

### Podpisový formulář

*Chcete-li se k deklaraci připojit, vytiskněte si přiložený podpisový formulář, vyplňte své jméno, adresu, případně organizaci, kterou zastupujete, připojte svůj vlastnoruční podpis a toto buď zašlete poštou na adresu: DPS ONDŘEJOV, Klánova 62, Praha 4, 140 00 nebo podepsaný text oskenujte a soubor zašlete na [martin.jarolimek@gmail.com](mailto:martin.jarolimek@gmail.com). Do rohu obálky či do předmětu zprávy napište: "Deklarace".*

*Autoři Deklarace se zavazují, že získané osobní údaje budou použity pouze za účelem prosazování myšlenek této deklarace a budou určeny výhradně Vládě ČR, Ministerstvu zdravotnictví ČR a Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR.*

**My, níže podepsáni, se ztotožňujeme s Deklarací platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR ze dne 19. června 2012 a připojujeme se k žádosti, aby vláda ČR**

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

V ....., dne ..... 2012

(titul) Jméno Příjmení	Název organizace	Bydliště / sídlo organizace	Email	WWW stránky (kde bude deklarace uveřejněna)	Podpis