

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Magisterská písemná práce

**VÝVOJ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ
NEMOCNÉ V BRUNTÁLSKÉM REGIONU**

Barbara Vávrová

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí práce: MUDr. Jan Stuchlík

březen 2009

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené
prameny a literaturu.“

.....
podpis studentky

Poděkování

Děkuji MUDr. Janu Stuchlíkovi za cenné rady a připomínky, které mi poskytoval v průběhu konzultací této práce. Poděkování patří také Mgr. Janě Ludvíkové, bez jejíž podpory by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

ÚVOD	2
1 POJETÍ DUŠEVNÍ NEMOCI	4
1.1 Zdraví a nemoc	4
1.2 Duševní zdraví a duševní onemocnění	5
1.3 Dopady duševního onemocnění	7
1.4 Stigmatizace duševního onemocnění	8
2 VÝVOJ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	12
3 SÍŤ ZAŘÍZENÍ PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	17
3.1 Zdravotní péče pro lidi s duševním onemocněním	17
3.1.1 Péče všeobecných lékařů	17
3.1.2 Ambulantní péče	18
3.1.3 Krizové centrum	19
3.1.4 Lůžková péče	19
3.2 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním	20
3.2.1 Zařízení sociálních služeb	22
4 VYBRANÉ METODY	23
4.1 Komunitní péče	23
4.2 Case management a asertivní komunitní léčba	26
4.3 Současné problémy	30
5 FINANCOVÁNÍ	35
5.1 Financování zdravotních služeb	36
5.2 Financování sociálních služeb	37
5.3 Dávky určené duševně nemocným	38
6 DOKUMENTY A LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH	40
6.1 Legislativa ČR v návaznosti na mezinárodní dokumenty týkající se duševního zdraví	40
6.1.1 Zdraví 21	41
6.1.2 Akční plán duševního zdraví pro Evropu	41
6.2 Koncepce oboru psychiatrie v ČR	42
6.3 Práva duševně nemocných	43
6.3.1 Vybrané právní normy zabývající se oblastí péče a ochrany osob s duševním onemocněním	45
7 NÁVRH PROJEKTOVÉHO ZÁMĚRU	47
7.1 Cíl projektového záměru	47
7.2 Prostředí realizace projektu	48
7.2.1 Region Bruntál	48
7.2.2 Poznatky z historie psychiatrické péče v regionu Bruntál	48
7.2.3 Současnost v regionu Bruntál	49
7.3 Zdůvodnění potřeby projektu	52
7.4 Cílová skupina	52
7.5 Vazba projektu na strategické dokumenty	52
7.6 Realizační tým projektu	52
7.7 Hlavní aktivity projektu	54
7.8 Rizika projektu	58

ZÁVĚR	59
8 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	60
9 PŘÍLOHY	64
9.1 Příloha č. 1 Kasuistika	64

ANOTACE

Cílem diplomové práce je na základě zjištěné potřeby navrhnout službu case management pro cílovou skupinu dlouhodobě duševně nemocných v regionu Bruntálsko. Teoretická část definuje pojmy související s duševním onemocněním, zabývá se následky, které tato onemocnění přinášejí, a seznamuje s vývojem péče o duševně nemocné. Dále se práce zabývá jednotlivými druhy služeb poskytovaných cílové skupině a metodami, které se při práci s duševně nemocnými používají, financováním služeb pro duševně nemocné, legislativou, týkající se cílové skupiny, a dokumenty, deklarujícími politiku péče o duševně nemocné. Praktickou část diplomové práce tvoří projektový záměr, jehož cílem je návrh služby case management pro dlouhodobě duševně nemocné v regionu Bruntálsko.

ANNOTATION

This thesis focuses on the conception of Case management addressed to the target group of people with long-term mental illness in the region of Bruntál based on the examined demand. Thesis deals with theoretical definitions and impacts concerning mental illness and history of the care provided to the target group. Further it contains chapters about services provided to people with mental illness and methods which are applied within the work with them. Thesis also deals with the financing of services, legislation and documents concerning policy of relevant care. Thesis is concluded with the project of Case management for people with long-term mental illness in the region of Bruntál.

ÚVOD

Podle světové zdravotnické organizace představují poruchy duševního zdraví druhou největší zdravotně sociální zátěž pro evropský region (po stárnutí populace a potřebě dlouhodobé péče na prvním místě). Duševní poruchy popisují odborníci jako „začínající epidemii“ a i ve své praxi jsem se setkala s nárůstem těchto onemocnění. Stále se zvyšující „tempo života“ je pouze jedním z faktorů, které přispívají nemalou měrou ke vzniku duševních onemocnění, z mnoha dalších můžeme jmenovat například dědičné dispozice, narůstající životní nejistoty, stres, ztrátu tradic aj. Následky nemají pouze dopad na zdraví člověka, ale významně zatěžují zdravotní a sociální systém, který je úzce navázán na ekonomiku celé společnosti.

Přestože v dnešní době je již farmakologická a psychoterapeutická léčba duševních poruch na vysoké úrovni, stále se ukazuje, že léčba farmaky a vliv terapií jsou nedostačující. Velká skupina lidí trpících duševním onemocněním, i přes farmakologickou léčbu, selhává v sociálních rolích, nemá dostatečně vyvinuté a zažité sociální dovednosti, a tudíž dostatečnou schopnost začlenit se do společnosti. Z těchto faktorů vyplývá, že pokud chceme nemocnému zajistit kvalitní vyvážený model poskytované péče, musíme zabezpečit návaznost všech tří fází pomoci. K péči sekundární je nutné zajistit péči terciální i primární. Péče primární zde není zaměřena pouze na omezení vzniku duševní choroby, ale také na odstraňování stigmatizace duševního onemocnění. Péče sekundární je zaměřena na diagnostiku a léčbu. V rámci péče terciární, je důležité zabránit chronicitě nemoci a případně podpořit návrat do každodenního života.

Systémy současné péče (jak v sociální, zdravotní, ekonomické či právní sféře) nejsou dostatečně ucelené a provázané. Je třeba zajistit plánování služeb na regionální úrovni. Uchování prvků konkurenčního prostředí pro poskytovatele a současně zajištění jejich spolupráce je jednou ze základních podmínek dobře řízeného systému. Jako spojovací článek, který péči o duševně nemocné z kvalitní zajištěním koordinace mezi službami, které již existují, a který poskytuje preventivní i následnou podpůrnou péči lidem s duševním onemocněním, je metoda Case management. Model této péče je již

v České republice realizován, a to prostřednictvím neziskové organizace Fokus¹, která se problematikou dlouhodobě zabývá.

Cílem diplomové práce je aplikovat službu case management na Bruntálský region. Ze své praxe sociálního pracovníka jsem zjistila, že péče o spoluobčany s duševním onemocněním na tomto území (které je mým rodným krajem) není dostatečně zajištěna. Po zmapování situace a seznámení se s metodou case managementu jsem shledala, že řešení pomocí této strategie je optimální. Doporučuji proto realizaci již existujícího modelu péče case managementu pro duševně nemocné v rámci jejich přirozené místní komunity v daném regionu.

V úvodu teoretické části práce definuji pojmy související s duševním onemocněním, zabývám se následky, které tato onemocnění přinášejí, a seznamuji s vývojem péče o duševně nemocné. Dále se zabývám jednotlivými druhy služeb poskytovaných cílové skupině a metodami, které se při práci s duševně nemocnými používají (vzhledem k cíli diplomové práce kladu důraz na popis metody case management). Teoretická část práce je zakončena kapitolami o financování služeb pro duševně nemocné, legislativě, týkající se cílové skupiny, a dokumentech, deklarujících politiku péče o duševně nemocné. Praktickou část diplomové práce tvoří projektový záměr, jehož cílem je návrh služby case management pro dlouhodobě duševně nemocné v regionu Bruntálsko.

¹ Občanské sdružení Fokus vzniklo v roce 1990 v Praze. Cílem občanského sdružení je zlepšit podmínky péče o duševně nemocné a zvýšit kvalitu jejich života. V současnosti své služby poskytuje v Praze, Mladé Boleslavi, Liberci, Ústí nad Labem, Havlíčkově Brodě, Pelhřimově, Písku, Táboře a Opavě.

1 POJETÍ DUŠEVNÍ NEMOCI

Definování pojmů souvisejících s duševním onemocněním směřuje k bližšímu pochopení odlišnosti duševně nemocného a zdravého jedince. Hranice pojmání duševních nemocí je určována více faktory, které pohled na duševní nemoc určují. V této části práce se také zabývám následky duševního onemocnění z několika různých pohledů. Dopady duševního onemocnění nejsou nezanedbatelné a jejich pozdní řešení přináší řadu dalších problémů a komplikací.

1.1 Zdraví a nemoc

Zdraví chápeme jako jednu z nejvýznamnějších hodnot člověka. Zdraví je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a kvality života. Z toho vyplývá, že nemoc nemusí být pojímána pouze z hlediska somatického, ale i z hlediska vlivu na lidskou psychiku. Člověk má v úmyslu v životě splnit určité cíle, chce něčeho dosáhnout a někam směřuje. Aby se mu to povedlo a mohl své plány realizovat, potřebuje být zdravý.

Zdraví umožňuje rozvíjet kvality člověka, představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a kvalitně reagovat. Zdravý člověk má schopnost řešit problémy, zpracovávat informace, logicky myslet, umí komunikovat, plánovat, je citově vyrovnaný a zvládá vlastní emoce.

U zdravého člověka je větší pravděpodobnost, že jsou v rovnováze všechny čtyři dimenze - tělesná, psychická, sociální a spirituální. Zdravý člověk se umí postarat sám o sebe, dokáže se vyrovnat s běžným stresem, je chopen seberealizace, umí se přizpůsobit novému prostředí a je schopen podílet se na životě své komunity. Zdraví lze chápat také jako vnitřní sílu člověka, která není neměnná, ale může se vytrácet a znovu nabývat.

Světová zdravotnická organizace² navrhla v roce 1947 následující širokou definici zdraví. „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, která je výsledkem

² Světová zdravotnická organizace (WHO) je řídicím a koordinujícím orgánem pro mezinárodní spolupráci v oblasti péče o zdraví. Byla založena spojenými národy v roce 1948 v New Yorku a v současnosti je v ní zapojeno 192 států, z nichž každý disponuje právem jednoho hlasu. Hlavním úkolem WHO je dosažení co nejvyšší úrovně zdraví pro všechny lidi na celém světě. Zodpovědnost za plnění konkrétních cílů přebírají vlády jednotlivých států.

souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí. Zdraví není jen pouhá nepřítomnost nemoci.“³

Opakem zdraví je tedy onemocnění, ať už akutní nebo chronické. Pokud chceme definovat nemoc, jedná se o stav, poruchu v normálním fungování celého jedince jako bytosti biologické, sociální a psychické.⁴ Tyto stavy na sebe úzce navazují, nelze je od sebe oddělovat, naopak je nutné je posuzovat vždy společně. Projevem nemoci je špatná činnost člověka, která mu způsobuje subjektivní potíže jak osobní, tak společenské. Nemocný člověk je závislý na pomoci, není schopen se o sebe postarat a jeho stav komplikuje život nejen jemu, ale i lidem v jeho okolí.

1.2 Duševní zdraví a duševní onemocnění

Chceme-li najít hranici duševního zdraví a duševní nemoci, je nutno vymezit pojmy normalita a abnormalita. Normalitu můžeme definovat jako stav souladu s normami, které jsou v určité době a v určité společnosti platné. Jedním z vymezení normy je statistické pojetí, což je soulad s míněním nebo chováním většinové společnosti, ve které se jedinec nachází. Dále může být norma dána zákonem nebo se jedná o normu, která se přibližuje co nejvíce danému ideálu⁵ (pojímání normality z hlediska normativního pojetí – pracovní, estetická nebo mravní norma).

Vlastnosti normality jsou indikátorem duševního zdraví. Patří mezi ně přiměřené vnímání reality – zdravý jedinec dokáže optimálně posoudit své reakce a schopnosti. Chápe, co se kolem něj děje, má schopnost učit se ze zkušeností, rozumí tomu, co ostatní říkají a vykonávají (rozumí významu slov), ovládá své chování, pudy, agresi a myšlení. Během svého života se sice dostává do situací, kdy se může chovat neadekvátně, většinou se ovšem jedná o krátkodobé reakce akceptované společností.

Další vlastností normality je sebeúcta a akceptace, projevující se přiměřeným sebevědomím a schopností chovat se spontánně. Zdravý člověk navazuje přirozené a uspokojivé vztahy a je schopen si je udržet. Je empatický vůči pocitům druhých lidí, nemá přehnané požadavky na své blízké, aktivně se zapojuje do dění společnosti a je schopen seberealizace.

³ KOLIEROVÁ aj., 1995. s. 86

⁴ KOLIEROVÁ aj., 1995. s. 86

⁵ MATOUŠEK, 2003. s. 127

Hranice mezi normou a abnormalitou se nedá jasně vymezit. Závisí na mnoha faktorech, jako je například aktuální úroveň dané společnosti, kam můžeme zahrnout pohled vnímání generací, hledisko etnické nebo náboženské. Dalším faktorem je proměnlivost norem v čase. Chování člověka, které je standardní v dnešní době, by se v minulosti dalo považovat za neodpovídající a naopak. V současné době mají velký vliv na posuzování normality také média. Psychiatrie při posuzování pojmu abnormální vychází z odchylek od statistické normy, z odchylek od sociální normy. Sociální normu je možné definovat jako určité standardy (druh očekávání), které regulují chování ve skupině. Určují tak vhodné a nevhodné chování v určitých situacích.

V České republice jsou duševní nemoci definovány podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace v roce 1992. Tyto normy vznikly proto, aby se usnadnila, zpřesnila a sjednotila diagnostika a klasifikace duševních poruch.

Jednotlivé duševní poruchy jsou, pokud možno, definovány určitým počtem konkrétních příznaků a jejich trváním v čase. Příznaky jsou projevy závad základních psychických funkcí (tj. poruchy myšlení, vnímání, emotivity, paměti, inteligence). Není ojedinělé, že nemocný trpí více duševními poruchami současně. Mimo klinických příznaků má diagnostika sledovat i další, především sociální faktory - například bezdomovectví, nezaměstnanost, tělesný handicap, osamělost či stáří.

V evropském regionu narůstají rizikové faktory vedoucí k duševním onemocněním. V současné době je nejvíce patrný vliv nezaměstnanosti, migrace, chudoby, samoty, rozpadu přirozené rodiny, zneužívání návykových látek, deprivace či socioekonomický neklid.⁶

V roce 1921 zdůraznil americký psychiatr White spojitost mezi fyziologickými a psychologickými faktory ovlivňujícími zdraví a nemoc. Výsledky jeho práce v oblasti psychosomatiky ukazují, že psychické a fyziologické poruchy mohou být odpovědí na stres, ale můžeme je pochopit až tehdy, když vezmeme v úvahu jejich sociální faktory.⁷

⁶ VANGLEŘOVÁ a MAHROVÁ, 2008. s. 17

⁷ JANOSIKOVA a DAVIESOVÁ, 1999. s. 5

Poznat a popsat duševní chorobu je mnohem složitější než určit nemoc fyzickou, kdy se lékař a nemocný společnou komunikací a viditelnými příznaky dopátrají k jasné diagnóze. Stanovení diagnózy duševní nemoci je mnohdy komplikované a nedá se ihned vyhodnotit, kterou duševní nemocí jedinec trpí. Často jedinec nekomunikuje, neříká pravdu o svém onemocnění. *Duševní stav lidí určuje celá řada faktorů, včetně faktorů biologických (tj. genetika a pohlaví), individuálních (tj. osobní zkušenost), rodinných a sociálních (tj. sociální podpora), ekonomických a environmentálních (tj. společenské postavení a životní podmínky).*⁸ Označení lidí za duševně nemocné v sedmdesátých a osmdesátých letech 20. století kritizoval Szasz a útočil na pojmání „duševní nemoci“ převládající ve společnosti. Podle něj mají duševně nemocní problémy pouze tehdy, pokud společnost nechce akceptovat jejich odlišnost.⁹ Podle údajů Světové zdravotnické organizace patří mezi hlavní duševní onemocnění deprese, bipolární afektivní poruchy (tzv. maniodepresivní psychóza, která způsobuje výrazné změny nálad od euforických stavů až po těžké deprese v některých případech vedoucích k sebevraždám) a schizofrenie, ale i „lehčí“ formy duševních nemocí, Alzheimerova choroba, další nemoci nervového systému, užívání alkoholu, drogová závislost, stavy úzkosti a nespavost¹⁰.

1.3 Dopady duševního onemocnění

Důsledky duševních onemocnění lze rozdělit na dopady, které se týkají oblasti života člověka jako lidské bytosti, a na dopady sociální a ekonomické.

Člověk, který trpí duševní nemocí a který si ve většině případů své onemocnění neuvědomuje, ztrácí schopnost svůj stav řešit. Vlivem nemoci narůstá pocit ohrožení, napětí a únavy, který často nedovoluje nemocnému udržovat a budovat jakékoliv sociální vztahy, což může vést k jeho naprosté izolaci - čímž se ještě prohlubuje jeho nemoc. Postupně pak dochází k rozpadu všech jistot a vazeb, které si v průběhu života člověk vybudoval (nejčastěji se jedná o ztrátu zaměstnání, bydlení a rozpad rodinných vazeb). Nemocný se dostává do bludného kruhu, není schopen si sám pomoci a jedinou cestou je

⁸ Zelená kniha. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Komise evropských společenství, Brusel 2005. s. 4

⁹ JANOSIKOVA a DAVIESOVÁ, 1999. s. 5

¹⁰ Zdraví 21. Osnova programu zdraví pro všechny v evropském regionu Světová zdravotnická organizace. Praha: 2000. s.53

pomoc zvenčí. Častým důsledkem neřešené situace je sebevražda (v roce 2001 bylo duševní onemocnění druhým nejčastějším motivem sebevražd v České republice, tj. dle statistiky ÚZIS¹¹ 7, 5 % z celkového počtu sebevražd).

Duševní nemoci jsou rovněž zátěží s nemalými sociálními dopady. Jsou příčinou značných ztrát v hospodářském systému, způsobených dlouhodobými zdravotními neschopnostmi a nezaměstnaností lidí s duševním onemocněním. Další ztrátou je narůstající podíl čerpání z dávek státní sociální podpory a dávek důchodového pojištění, nezanedbatelnou částku tvoří invalidní důchody a příspěvek na péči. Dochází také k značné zátěži na soudní a trestní systém.

Dostatečná informovanost veřejnosti, odborné vzdělávání pečujících a včasné léčení pacientů mohou tyto dopady zmírňovat. Naopak existující stigmatizace, diskriminace, nedodržování lidských práv a nerespektování důstojnosti osob s duševním onemocněním tento stav zhoršuje.

1.4 Stigmatizace duševního onemocnění

Psychická nemoc byla (a dosud je) považována za lidskou slabost degradující člověka. Označování (nálepkování) se dá volně přeložit jako „stigma“. V souvislosti s duševním onemocněním můžeme mluvit o vydělení, oddělení „jiných“ lidí od „nás“. ¹²

Projevy nemocného jsou vnímány a vykládány se stereotypem - cejchem, což vede k diskriminaci, která posiluje klientovo odchylné chování a prožívání. Duševně nemocný pak raději o svých problémech s nikým nehovoří, což vede k izolaci a následnému prohlubování a zhoršení jeho zdravotního stavu. ¹³

Stigma postihuje vše, co souvisí s duševním onemocněním - kromě nemocného postihuje také členy rodiny. Rodina většinou tají, že se v rodině vyskytuje duševní onemocnění. Neví, jak se k duševní nemoci postavit, bojí se nepřijetí a nepochopení společnosti. Velmi často vzniká propast mezi duševně nemocným a lidmi v bezprostřední blízkosti, kteří se za svého duševně nemocného člena rodiny stydí, velmi často se ho také

¹¹ Psychiatrická péče 2005. Praha, 2006./cit. 2009 - 12 - 01/. Dostupné z <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychiatr®ion=100&kind=21&mnu_id=620>

¹² ŠUPA, 2006. s. 6

¹³ LIBIGER, Stigma duševní nemoci. Časopis pro moderní psychiatrii. 2001. 5, 1, s. 38-40

bojí a neví, jakým způsobem s ním komunikovat. Díky špatné komunikaci a vzájemnému nepochopení dochází k velkým krizím v dané komunitě.

Negativní postoj zaujímá veřejnost také k lidem, kteří s duševně nemocnými pracují (lékařům, psychiatrům, zdravotním sestřám, sociálním pracovníkům). Práce s duševně nemocným je posouvá do role stejně „podivných“. Tento problém popisuje také profesor Norman Sartorius, když ve své přednášce zmiňuje cykly stigmatizace, která podle něj zasahuje jak individualitu nemocného, tak rodinu a profesionály.

S tím souvisí i menší vůle prosadit zkvalitňování péče v daném oboru, ochota společnosti do ní investovat (společnost raději přispěje na lidi se zdravotním postižením či opuštěné děti). Nedostatek financí pak nutně vede k nedostatku pracovníků v psychiatrických léčebnách a v sociálních službách pro lidi s duševním onemocněním. Zmíněný problém se rovněž projevuje v úrovni vzdělání jednotlivých zaměstnanců, která neodpovídá daným potřebám.¹⁴ Obecně lze tedy vyvodit, že lidé s duševním onemocněním jsou vzhledem k ostatním cílovým skupinám v rámci celkové péče znevýhodňováni.

Jedním z dalších faktorů, které výrazně posilují stigma duševně nemocných, jsou předsudky pramenící z minulosti, kdy byl duševně nemocný pojímán jako ten, kdo je posedlý ďáblem. Časté zobrazování duševně nemocných jako lidí bez výrazu, se zkřiveným obličejem a podivnými projevy, ponechává v lidech nadále negativní obraz duševní nemoci smíšený s nedůvěrou a strachem. Také umístění nemocných do léčeben „za hradby“ a jejich izolace stigmatizaci duševního onemocnění posiluje.

Média problematiku duševního onemocnění často prezentují negativně a jednostranně. Často se dramatizují případy, kdy se osoba s duševním onemocněním dopustí trestného činu, zatímco s jakoukoliv pozitivní zprávou, týkající se duševně nemocných, se v podstatě nesetkáváme. Toto pouze záporné vidění médií vede k vytváření obecně negativních názorů na duševní onemocnění. Jednostrannost pohledu na duševně nemocného člověka pak bohužel ovlivňuje nemalou měrou pohled široké veřejnosti a má negativní dopad na nemocné a jejich problematiku.

¹⁴ BAJER, Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. Sociální práce. 2008. 1. s. 4 – 6

Stigmatizace je dlouhodobá či trvalá a duševně nemocný je vnímán jako nemocný, i když je ve fázi remise. Společnost k němu přistupuje nedůvěřivě a jeho zařazení například do pracovního procesu je daleko komplikovanější než u člověka s prodělanou somatickou nemocí.

Chceme-li najít vhodné prostředky k boji s diskriminací, musíme nejdříve pochopit, co je podstatou stigmatizace. Britský uznávaný odborník Graham Thornicroft podotýká, že základem stigmatu jsou tři principy – vědomosti (resp. neinformovanost a z ní plynoucí nezájem), přístup (a s ním spojené negativní emoce jako je strach/obava) a z něj plynoucí předsudky a do třetice je to chování a z něj plynoucí diskriminace.¹⁵

Z pohledu duševně nemocného a jeho blízkých je nejlepší způsob boje proti stigmatu naprostá informovanost o průběhu, charakteru a následcích jeho onemocnění. To platí také pro zdravotníky a pracovníky v sociální oblasti. Zajímavou informaci jsem získala od praktického lékaře, který je přesvědčen, že celá řada zdravotnického personálu nevěří svým pacientům, jejich bolestem či problémům, které není možné ověřit či objektivizovat nějakým vyšetřením. Zdravotníci na tyto pacienty pohlížejí jako na „hypocondry“, věčné stěžovatele, nemající k svému jednání důvody. Duševní problém nemocného nemusí být zdravotníky vnímán, což v důsledku vede k neřešení jejich zdravotního stavu a k prohlubování možného duševního onemocnění. To je odhaleno až v akutním stadiu propuknuté nemoci, a poté je řešení komplikovanější a náročnější.

Jaké jsou tedy dle mého názoru možnosti boje proti stigmatizaci a jejím výše uvedeným negativním dopadům? Jednak kvalitní a včasná informovanost vedoucí ke znalosti o tom, jak zacházet s tímto druhem onemocnění, jak ho včas rozpoznat a umět kvalifikovaně zareagovat, pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu. Tím lze zabránit případné hospitalizaci duševně nemocného. Dalším z prostředků, kterým je možné bojovat se stigmatizací, je propojenost a návaznost jednotlivých služeb.

Zvýšení kvality poskytovaných služeb může vést ke zmírnění stigmatizace. Pokud poskytneme kvalitní následné služby, bude docházet k včasnému minimalizování následků spojených s duševním onemocněním. Lepší image organizací a pracovníků poskytujících služby duševně nemocným povede k zmírnění negativního vnímání

¹⁵ MALÍKOVÁ, Místo sociální psychiatrie v moderní psychiatrické péči. *Esprit*, 2006. 6-7, s. 16

duševně nemocných ze strany veřejnosti. Pokud bude duševně nemocnému zajištěna kvalitní služba, dojde ke snížení frustrace a k rozvoji jeho osobního růstu, což v neposlední řadě povede k pozitivnějšímu vnímání sebe sama a ke schopnosti začlenit se alespoň částečně do společnosti.

V současné době v České republice existuje jediná organizace, která se zabývá odstraňováním stigmatu, a tou je nadace Academia Medica Pragensis, která ve spolupráci s dalšími organizacemi chce docílit změny postoje rodiny a společnosti k duševně nemocnému člověku. Díky zahájení projektu „Změna“ byly vytvořeny první webové stránky pro laickou veřejnost a odborníky nabízející aktuální informace o problematice duševního onemocnění a stigmatu. Tento projekt byl po roce realizace předán Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví.¹⁶

¹⁶ Centrum pro rozvoj o duševní zdraví je nezisková organizace, která vznikla v roce 1995 z rozhodnutí českých poskytovatelů péče v oblasti duševního zdraví. Jejím posláním je napomáhat procesu rozvoje péče o osoby s duševním onemocněním v České republice.

2 VÝVOJ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

K problematice duševních poruch neoddelitelně patří téma historie péče o duševně nemocné. Cílem této kapitoly je provést krátký nástin vývoje péče o duševně nemocné, nikoliv zabývat se historií péče do větších podrobností. Zde považuji za důležité upozornit na fakt, že jednotlivé prostudované texty se v historickém pojmání duševně nemocných velmi často liší. Vybraná historická data považuji za zlomová a poukazující na odlišnost péče o duševně nemocné z hlediska místa, času či náboženství.

Kořeny péče o duševně nemocné jsou nám známy již ze starověku. Lidé považovali jakoukoliv nemoc za trestání od Bohů. První zmínky o péči jsou známy již mnoho let před naším letopočtem ze starověkého Egypta. Zde byly útočištěm pro duševně nemocné chrámy. Řecký lékař a filozof Hippokrates hledal příčinu duševního onemocnění ve vlivech vnitřního a vnějšího prostředí člověka a zdůrazňoval individuální přístup k nemocnému.

V raném středověku se setkáváme s trojím přístupem k duševně nemocným. První přístup se nese v křesťanském duchu, tj. všichni lidé, i ti „maličcí“, tedy také „pomatení“, se nevyčleňovali, ale uznávali jako „děti boží, jako náležející k jednomu božimu světu“.¹⁷ Proto se u jednotlivých klášterů a poutních míst zakládaly osady bláznů, kde bylo o nemocné postaráno, ale zároveň jim zůstala co největší samostatnost. Duševně nemocní byli součástí vesnických společenství a rodin. V jiné literatuře nalezneme také zmínku o lodích bláznů, kam byli duševně nemocní vyobcováni. „...na jejichž palubách putovali pomatení a šílení lidé od města k městu. Tím byl garantován jejich specifický způsob bytí“.¹⁸ V rámci třetího přístupu v péči o duševně nemocné se setkáváme s izolováním duševně nemocných, kteří byli uzavíráni ve „věžích bláznů“, později také v klecích bláznů (v tomto případě se velmi často jednalo o zlostné, agresivní jedince).

V roce 1233 byl v Praze svatou Anežkou Přemyslovnou v blízkosti Karlova mostu vystavěn špitál svatého Františka z Assisi pro chudé, přestárlé, nemocné a všechny, kdo pomoc potřebovali. Dá se předpokládat, že často zde nacházeli útočiště i duševně nemocní.

¹⁷ DÖRNER a PLOG, 1999. s. 280

¹⁸ ČERNOUŠEK, 1994. s. 43

Vlivem inkvizice v průběhu 13. a 14. století dochází ve společnosti ke změně myšlení a duševně nemocní, kteří svou odlišností přitahovali pozornost, se velmi často stávali obětmi čarodějnických procesů.

Zatímco antika uznávala existenci duševních poruch, raný ani pozdní novověk péči o duševně nemocné nijak nerozvíjel. Středověk, prostoupený křesťanskou religiozitou, interpretoval duševní nemoci v rámci náboženských konceptů. Neuvažovalo se o nemoci, ale o posedlosti, a posedlost zlými duchy se dala ovlivňovat pouze jejich vymítáním. Jen malá část duševně nemocných byla držena ve zvláštních odděleních středověkých špitálů. Většina duševně nemocných se volně pohybovala ve společnosti a v době renesance se blázen dokonce stává partnerem intelektuálů při učených diskuzích. Blázen je i oblíbenou postavou literatury a dramát (viz díla Cervantesova nebo Shakespearova).

Koncem 17. stol. začínají být duševně nemocní vylučováni ze společnosti a jsou pro ně zřizovány velké ústavy. V těchto velkých ústavách jsou drženi i mentálně handicapovaní, osoby s kriminální minulostí a chudí. Všechny tyto osoby jsou vylučovány ze společnosti nového typu, kterou začínají ohrožovat tím, že nedbají základního příkazu pracovat.

V 18. století, kdy začíná průmyslová revoluce využívající manufakturní výrobu, jsou vydědenci společnosti využíváni jako levná pracovní síla. Velké ústavy nového typu již nezakládala církev, ale stát. Nejen trestanci, ale i psychicky nemocní, byli v těchto nových ústavách v průběhu 17. a 18. století drženi v okovech, dostávali jen malé dávky potravy a nikdo z personálu se nezajímal o to, jak se cítí. Samotné ústavy pro duševně choré se objevily ke konci 18. století.

V Čechách základy specializované péče o duševně nemocné položil císař Josef II. (1741-1790), a to založením všeobecné nemocnice v Praze, jejíž součástí byl i azyl pro šílence.

Pro psychiatrii v novověku představuje významný rok 1793, kdy pařížský lékař Phillipe Pinel vyvedl z podzemních kobek pařížského blázince duševně nemocné. Těmto lidem, které vyvedl na světlo a vzduch, zaručil lékařské ošetření, ošetrovatelskou péči a právo na svobodu a osobní hygienu. Prosazoval liberální názor, že blázni jsou nemocní

lidé a je potřeba je léčit. Avšak od omezování svobody se přešlo k drastickým fyzikálním terapiím, jejichž záměrem bylo změnit myšlení a rovnováhu nemocného jedince šokem. Mezi používané fyzikální terapie patřila ledová sprcha, vhadzování do kádí s ledovou vodou, obří centrifugy, do kterých byli pacienti posazováni ve víře, že odstředivá síla jim z hlavy vyžene nežádoucí představy (cílem bylo „dotrýznit“ k rozumu).

Již před vypuknutím II. světové války byli lidé neschopni výkonu a společensky neadaptovaní postupně odstraňováni. „*V roce 1933 byl zaveden program nucené sterilizace a 300 000 lidí se stalo obětí těchto opatření.*“¹⁹ Také v nacistických koncentračních táborech nalézali smrt nejen Židé a Cikáni, ale také zdravotně handicapovaní a duševně nemocní. Velmi často se stávali oběťmi zrůdných medicínských pokusů.

V poválečném období je v mnoha západních zemích možno zaznamenat proces deinstitucionalizace charakterizovaný snižováním počtu lůžek a zkracováním pobytu v psychiatrických léčebnách. V této době zaznamenáváme počátky koncepce komunitní a ambulantní péče, kdy byly podniknuty praktické kroky k prevenci hospitalizace duševně nemocných lidí.

Vývoj psychiatrie na přelomu 19. a 20. stol. přinesl celou řadu nových terapeutických a medicínských postupů léčby duševně nemocných. Impulsem byla Freudova psychoanalýza, role nevědomí při vzniku psychických nemocí (modely vývoje osobnosti, obranné mechanismy) a nový pohled na terapeutický vztah, rozhovor. Vlivem terapeutických úspěchů dochází také k nárůstu zájmu o duševní poruchy.

V roce 1870 je psychiatrie uznána jako medicínský obor. Dochází k nárůstu léčitelnosti některých poruch. Úspěchy začaly léčbou progresivní paralýzy a přinesly Julius Wagner – Jaureggovi jedinou Nobelovu cenu za psychiatrii. Dále pokračovaly tzv. „érou šoků“, které často vedly k rychlému zklidnění pacientů a do dnešní doby jsou částí odborné veřejnosti považovány za efektivní léčebnou metodu. Část odborníků však zdůrazňuje rizika a nežádoucí efekty, které elektokonvulsivní terapie má. Díky zavedení nových psychofarmak (neuroleptika, antidepresiva) se péče o duševně nemocné výrazně mění. Významný vliv měl objev Lithia, který byl použit v roce 1949 k léčbě deprese.

¹⁹ DÖRNER a PLOG, 1999. s. 287

Psychiatri si začínají uvědomovat, že duševně nemocní nejsou pouze v azylových zařízeních, která postupně vznikala již od konce 18. stol., ale že je nalezneme i v běžné populaci a že tito lidé často trpí neurózami a mírnými hraničními poruchami s minimálními odchylkami od zdravé populace. Vznikají nové trendy v péči o duševně nemocné a přibývají ambulantní zařízení. Začínají vznikat terapeutické komunity, kde již byl kladen důraz na vytvoření pozitivního terapeutického vztahu mezi nemocnými a ošetřovateli. Mezi prvními byla založena v Belmont Hospital komunita zaměřená na rehabilitaci nemocných s poruchami osobnosti. Maxwell Jones (1907–1990) zde prosazoval myšlenku společného rozhodování a uvolněné atmosféry.²⁰

Od počátku 20. století směřuje psychiatrie dvěma směry:

- Tzv. *biologická psychiatrie* založená na hypotéze, že duševní nemoci jsou důsledkem organického poškození centrální nervové soustavy.
- Druhý směr je tzv. *sociální psychiatrie*, která se soustředí především na psychické faktory a na sociální prostředí duševně nemocného jedince.²¹

V České republice dochází mezi lety 1863 a 1928 v důsledku soustavného rozšiřování psychiatrické péče ke stavbě velkých psychiatrických nemocnic na venkově, popřípadě na okrajích měst. Zařízení byla zřizována v odlehlých lokalitách se záměrem „podivné osoby uklidit“ na okraj společnosti. Souběžně s rozšiřováním ústavů rostl i počet specializovaných odborníků, kteří se snažili poskytovat moderní léčebné prostředky biologické, farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační, a péče o duševně nemocné se tak začala specializovat a prohlubovat.

V tomto období bylo postaveno 6 velkých nemocnic s 6300 lůžky. První venkovskou pobočkou byl ústav v Kosmonosech (1869), později byla postavena zařízení v Dobřanech (1880), v Opavě (1889), Šternberku (1892), v Bohnicích (1909) a Kroměříži (1909).

Před rokem 1989 zajišťoval formální propojenost jednotlivých složek centrálně řízený zdravotnický systém. Koordinace systému sociální a zdravotní péče zůstala oddělena. Péče o duševně nemocné se zaměřovala na péči v institucích a plánování

²⁰ PORTER, 2001. s. 563

²¹ SVOBODA aj., 2006. s. 19

a rozhodování probíhalo pouze direktivní cestou. Pozornost k potřebám a zájmům duševně nemocných byla mnohdy selektivní.

V České republice se po roce 1989 vývoj psychiatrické péče začal měnit. Po roce 1990 dochází k postupnému snižování počtu lůžek v psychiatrických léčebnách, bez jakékoliv návaznosti na další služby. Otevřel se široký prostor pro svobodné sdružování občanů, začínají vznikat nezávislé spolky a nadace, až postupně dochází k vytváření neziskového sektoru (zakotveného v legislativě ČR).²² Pro duševně nemocné začínají vznikat organizace neziskového typu, které jsou citlivě vnímavé k potřebám cílové skupiny a svými službami obvykle napodobují prvky systému komunitní péče v rozvinutých zemích.

²² REKTOŘÍK aj., 2001. s. 35

3 SÍŤ ZAŘÍZENÍ PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

V této kapitole charakterizují jednotlivé zdravotní a sociální služby, které jsou poskytovány taktéž lidem s duševním onemocněním. Jak již bylo uvedeno výše, do skupiny „lidí s duševním onemocněním“ lze zařadit ty, jejichž potíže mohou být prostřednictvím diagnostických kritérií MKN-10 snadněji určeny. Na základě takto uvedených diagnostických kritérií je patrné, že léčba spadá do resortu zdravotnictví. V současnosti je zřejmé, že pokud chceme zaručit odpovídající kvalitní péči lidem s duševní nemocí, musíme jim poskytnout péči komplexní. To znamená, že musíme brát na zřetel, že duševní nemoc se nevyznačuje jen defektem či symptomy, ale projevuje se také značným sociálním nepřizpůsobením (nezaměstnanost, bezdomovectví, společenská izolace, stigmatizace, marginalizace). A řešení sociálních problémů spadá do kompetence sociálních služeb.

Ideálním stavem by byla síť spolupracujících institucí a organizací, které by zajišťovaly komplexní a kontinuální péči a umožňovaly pacientovi plnou opětovnou integraci do společnosti. V současné době je pokrytí těchto služeb velmi nerovnoměrné a v některých regionech tyto služby neexistují vůbec.

3.1 Zdravotní péče pro lidi s duševním onemocněním

Tato podkapitola obsahuje shrnutí druhů zdravotní péče a toho, co by měly obsahovat.

3.1.1 Péče všeobecných lékařů

Úloha praktických lékařů je nejvíce patrná v péči primární. Většinou lékař není schopen odhalit psychické obtíže nemocného. Varující je skutečnost, že 30 % klientely praktického lékaře trpí duševní poruchou.²³

V rámci péče všeobecných lékařů je nutné navázat spolupráci se specializovanými zdravotními zařízeními a sociálními službami. Důležitým bodem je zájem praktického lékaře získávat nové odborné informace, a tím poskytovat kvalitnější péči. Praktický lékař se velmi často zaměřuje pouze na odhalení a léčbu fyzické nemoci, ale měly by mu být rovněž známy tělesné, psychické a sociální podmínky rodiny, aby nemocného vnímal

²³ HÖSCHL aj., 2002. s. 632

v celém kontextu. Měl by být dostatečně informován o ostatních poskytovatelích zdravotních a sociálních služeb a schopen tyto informace v případě potřeby předávat nemocnému.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví realizovalo Projekt s názvem „Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné“, který mimo jiné odkryl další problémy, týkající se péče všeobecných lékařů o duševně nemocné. Jedním z nich je obava duševně nemocného - kvůli možné stigmatizaci - komunikovat o svých problémech. Dále se jedná o nedostupnost psychiatrů jako konzultantů pro všeobecné lékaře a problémem je také malá ochota psychiatrů sdílet důvěrné informace o léčbě nemocného. Ze strany psychiatrů, a také praktických lékařů, je zde zmiňována nedostatečná informovanost o návazných službách pro duševně nemocné.²⁴

3.1.2 Ambulantní péče

Dle koncepce oboru psychiatrie je hlavním úkolem psychiatrických ambulancí diagnostika, léčba, rehabilitace, prevence a posuzování duševních poruch. Ambulantní péče tak hraje v péči o duševně nemocné významnou roli. Přijímání jsou nejen pacienti z ordinací praktických lékařů, kteří vyhodnotí potřebnost specializované péče pro nemocného, ale i lidé zvenku, kteří se sami objednají. Další úlohu má ambulantní péče při následné rekonvalescenci nemocného, propuštěného z ústavního zařízení. V České republice se počet psychiatrických ambulancí stále rozšiřuje tak, jak stoupá poptávka po jejich službách. Nepřibývá však specializovaných psychiatrů (dětská psychiatrie, gerontopsychiatrie). Ambulantní zařízení mají svá specifika a můžeme je rozdělit na:

- Ambulance veřejné psychiatrické péče
- Psychiatrické ambulance pro děti a mládež
- Ambulance psychiatrické sexuologie
- Ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy
- Ambulance gerontopsychiatrické

²⁴ STUHLÍK, Psychiatri a praktičtí lékaři pracují na společném projektu. Psychiatrie pro praxi 2008, 9. s.192 - 193

- Ambulance pro léčbu poruch paměti
- Ambulance klinického psychologa

3.1.3 Krizové centrum

Zařazení krizových center do sítě zdravotnických služeb jsem zvolila úmyslně, i přesto, že se spíše setkáváme s krizovými centry, která fungují jako služby sociální (tzn. jsou registrovaná dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách jako zařízení pro krizovou pomoc). Pro potřebu diplomové práce je však nutné zmínit existenci krizových center, která jsou součástí oddělení všeobecných nemocnic, dále se můžeme setkat s krizovými centry, která fungují samostatně (v České republice se jedná o tři zařízení - dvě v Praze a jedno v Brně).

Služba krizového centra není určena pouze duševně nemocným, ale všem, kteří se ocitli v tíživé sociální situaci, dostali se do neřešitelné situace a potřebují okamžitou pomoc. Součástí krizových center bývají také krizová lůžka, která slouží ke krátkodobé hospitalizaci (5 - 7 dnů). Pokud do této doby není stav klienta stabilizovaný a není možné jeho opětovné začlenění do sociálních systémů, je mu doporučena nemocniční léčba. Krizová centra nabízejí intenzivní péči lékařů, psychologů a sociálních pracovníků.

Doplňkovou službou krizových center jsou také telefonické krizové linky a terénní krizová služba.

3.1.4 Lůžková péče

V České republice je lůžková péče zajišťována jednak na *psychiatrických odděleních nemocnic* (v roce 2006 jich bylo 31 s celkovou kapacitou 1420 lůžek) a dále pak v *psychiatrických léčebnách* (v současné době existuje 17 léčeben pro dospělé s kapacitou 9 442 lůžek,²⁵ ve 14 případech je zřizovatelem psychiatrických léčeben Ministerstvo zdravotnictví, ve dvou případech kraj, v jednom případě jiná právnická osoba). V roce 1999 bylo v České republice 21 psychiatrických lůžkových zařízení

²⁵ Psychiatrická péče 2006. /cit. 2009 – 15 – 03/. Dostupné z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychiatr®ion=100&kind=21&mnu_id=6200

a počet lůžek byl 11 399.²⁶ Průměrná délka hospitalizace v ČR činila v roce 2007 81,7 dne. V roce 2006 byla průměrná doba hospitalizace nižší, a to 52,5 dne.²⁷

V psychiatrických léčebnách je poskytována péče osobám „s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením²⁸“. Péče psychiatrických léčeben má navazovat na péči nemocnic. Vedle následné péče je v léčebnách poskytována i péče akutní. Součástí psychiatrických léčeben jsou také specializovaná oddělení a oddělení pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou. Jedinou psychiatrickou léčebnou pro celou Českou republiku, která je zaměřena na děti a dorost, je dětská psychiatrická léčebna v Opařanech. 1. ledna 2009 došlo k otevření prvního detenčního zařízení v části vězeňské nemocnice Vazební věznice Brno. Vzniklo zde 48 míst určených pro jedince s nařízenou ochrannou léčbou, u nichž jejich duševní stav zapříčiňuje dopouštění se trestné činnosti.

Spádová oblast pro jednu velkou léčebnu představuje v průměru 1 milion lidí²⁹. Není tak naplněna zásada OSN, že „každý pacient má právo na léčbu a péči v komunitě, v níž žije, pokud je možné. Pokud se léčba odehrává v zařízení péče o duševní zdraví, má pacient právo léčit se blízko svého domova, rodiny a přátel, pokud je to možné.“³⁰

3.2 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

Do roku 1989 byl v praxi kladen důraz na celodenní ústavní péči. Alternativní služby před rokem 1989 v podstatě neexistovaly (výjimkou byla pečovatelská služba). Služby terénní a jiné začaly poskytovat až nestátní subjekty, které začaly vznikat po roce 1989, přesto ale byla stále upřednostňována ústavní péče. V devadesátých letech začaly postupně vznikat nestátní neziskové organizace, a protože neexistovala žádná zvláštní právní úprava, vznikala hlavně zájmová sdružení. Postupně začala vznikat občanská sdružení³¹, ještě později obecně prospěšné společnosti³² a v neposlední řadě i registrované

²⁶ Koncepce oboru psychiatrie. /cit. 2009 – 01 – 01/. Dostupné z <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/koncepce.pdf>

²⁷ Informace ze zdravotnictví Moravskoslezského kraje č. 10/2007 /cit. 2009 – 15 – 02/. Dostupné z http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3121

²⁸ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 36, ve znění pozdějších předpisů

²⁹ Zpráva z návštěvy psychiatrických léčeben /cit. 2009 – 19 – 01/. Dostupné z <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=1341>.

³⁰ Zásady ochrany duševně nemocných, přijaty rezolucí generálního shromáždění OSN č.46/119 r. 1991; zásada 7

³¹ Zákon č. 83/1993 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů

církevní organizace a náboženské společnosti.³³ K registraci nebylo nutné splnit žádné zvláštní podmínky.

V posledních letech poskytování sociálních služeb prošlo velkou řadou změn. 1. ledna 2006 vešel v platnost nový zákon o sociálních službách.³⁴ *Hlavním cílem současné právní úpravy má být vytvoření podmínek pro upokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování.*³⁵

Vymezení poskytovaných sociálních služeb volím úmyslně dle zákona o sociálních službách. Důvodem je velký počet jednotlivých zařízení, která poskytují své služby duševně nemocným, ale nejsou speciálně zřízeny pro tuto skupinu lidí. Příkladem mohou být azylové domy, domovy pro seniory, chráněné dílny, domy na půli cesty a další, které vymezuje zákon o Sociálních službách. Sociální služby se podle nové právní úpravy dělí na:

Sociální poradenství – odborné poradenství a základní poradenství, které je dle zákona nutno poskytovat v rámci jakékoliv poskytované sociální služby.

Služby sociální péče – zákon o sociálních službách definuje jako služby, které „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v největší míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajišťuje jim důstojné prostředí a zacházení“.³⁶

Služby sociální prevence jsou zákonem vymezeny jako služby, jež „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“.³⁷

³² Zákon č. 245/1997 Sb., o obecně prospěšných společnostech, ve znění pozdějších předpisů

³³ Zákon č. 308/1991 Sb., o svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností, ve znění pozdějších předpisů

³⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

³⁵ MICHALIK, 2008. s. 10

³⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 38, ve znění pozdějších předpisů

³⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 53, ve znění pozdějších předpisů

Zákon obsahuje rovněž dělení dle formy poskytování sociálních služeb, a to na pobytové, ambulantní a terénní služby.³⁸

3.2.1 Zařízení sociálních služeb

Duševně nemocní byli v minulosti často neoprávněně umístováni do ústavů sociální péče, dle zákona o sociálních službách se již hovoří o zařízeních sociálních služeb. V současnosti se stále setkáváme s duševně nemocnými lidmi, kteří žijí v ústavech. Důvodem může být i to, že nelze najít jiné vhodnější zařízení, kde by o ně bylo postaráno se zřetelem na jejich onemocnění. Vlivem dlouhodobé institucionalizace nejsou schopni začlenění do společnosti.

V současnosti je zřetelné úsilí bývalých ústavů sociální péče (dnes většinou přejmenovaných na domovy a podobně) nepřijímat duševně nemocné a pro dosavadní duševně nemocné obyvatele hledat jiné místo. To je sice pozitivní, ale pouze pokud by pro cílovou skupinu existovaly jiné, efektivnější služby. Zatím to spíše působí jako snaha zbavovat se klientů problematických (často bývá zmiňována neschopnost instituce dodržet standardy služby pro tyto klienty) či klientů z hlediska ekonomiky zařízení nevýhodných (nemají dostatečně vysoký příspěvek na péči) klientů.³⁹

³⁸Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. § 33, ve znění pozdějších předpisů

³⁹ STUHLÍK J. 2009. nepublikováno

4 VYBRANÉ METODY

Metody, které se používají při práci s duševně nemocným klientem, jsou zejména psychoterapie, farmakoterapie, krizová intervence, práce s rodinou, psychosociální rehabilitace, sociální práce, case management, poradenství, vzdělávání, podpora svépomoci. Všechny zde jmenované metody práce jsou důležitými prvky pro poskytnutí kvalitní péče o duševně nemocného. Podobně jako nelze od sebe jednoznačně odlišit zdravotní a sociální služby, i zde je těžké jasně vymezit, jaké metody se používají při poskytování zdravotních služeb a jaké při poskytování služeb sociálních. Dle mého názoru je důležité, aby jednotliví profesionálové nepodléhali pokušení klienty instrumentalizovat pouze v rámci metody, se kterou sami pracují, ale aby nemocným dle jejich potřeb poskytovali informace o komplexní nabídce služeb.

Pro potřeby diplomové práce volím úmyslně pouze metodu case management, která vychází z principů komunitní péče.

4.1 Komunitní péče

Komunitní péče se vyvíjela postupně. Prvopočátky komunitního myšlení vznikly v Londýně v roce 1873. Jejich autorem byl vikář anglikánské církve Samuel Augustus Barnett (1844 – 1913), který poskytoval péči svým farníkům a organizoval vzájemnou pomoc v rámci komunity.

V České republice se komunitní práce začíná objevovat jen okrajově, její rozvoj nastává až po roce 1989. Vývoj těchto služeb do současnosti nezaznamenal větších změn. Sociální služby sice existují, ale chybí mezi nimi návaznost a spolupráce.

Hartl rozděluje tři oblasti komunitní péče⁴⁰ (uvedené rozdělení se nevztahuje pouze ke komunitní péči, ale k systémům zajišťování péče obecně):

Primární prevence, jejímž hlavním cílem je odstraňování, omezení příčin duševního onemocnění, snižování rizikových faktorů, zvyšování odolnosti vůči psychické zátěži, odstraňování stigmatizace – vzdělávání. Cílem primární prevence je zajistit dostatek informací nemocným i ostatním laikům.

⁴⁰ HARTL, 1997. s. 154

Sekundární prevence se již zabývá diagnostikou duševních poruch a zmírněním příznaků nemoci, kterým se nepodařilo zabránit v primární péči. Dalším úkolem je stanovení „optimální léčby“, která respektuje potřeby klienta.

Terciární prevence (častěji používaný termín rehabilitace) - jejím úkolem je zkrátit délku přetrvávání symptomů a problémů po skončení léčby. Zajišťuje návaznost jednotlivých služeb vhodných pro osvojení si základních návyků a návrat do společnosti.

Se vznikem OSN v roce 1945 a definováním základních lidských práv v roce 1948, se začíná věnovat větší pozornost také duševně nemocným lidem a jejich právům. Vývoj komunitní péče v oblasti psychiatrie vzniká na základě kritických ohlasů na nevhodnost velkých psychiatrických zařízení po druhé světové válce. Systém je daleko nákladnější z hlediska ekonomiky, léčba nemocných je méně efektivní a není zde brán v úvahu člověk jako lidská bytost. Velká řada propuštěných nebyla schopna se sama o sebe postarat a vyžadovala další návaznou péči, která neexistovala.

Setkáváme se s celou řadou definic komunitní péče, Česká psychiatrická společnost uvádí: *„Komunitní péče v sobě zahrnuje široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby“*.⁴¹ Z této definice je patrné, že patří do terciární prevence, kterou popsal Hartl ve své knize Komunita občanská a komunita terapeutická. Na základě prostudované literatury a své předchozí pracovní zkušenosti s dlouhodobě nemocnými bych tuto definici rozšířila o spirituální potřeby duševně nemocného.

Je důležité propojit všechny nabízené služby, které jsou potřeba ke komplexní péči o duševně nemocného. V širším pojetí komunitní péče můžeme říci, že se jedná o způsob přístupu ke klientům (duševně nemocným). Důležitá je podpora a zaměření se na to, co klient dokáže, nikoliv na symptomy a poruchy. Cílem komunitní péče je pomoc klientovi, aby mohl žít kvalitní život v rámci svých schopností a dovedností.

⁴¹ PEČ aj., Vzdělávání odborníků státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Praha 2006 – 2007 /cit. 2008 -17-12/. Dostupné z http://www.cmhd.cz/dokumenty/odborna_zprava_z_projektu.pdf

Úkolem komunitní péče je duševně nemocnému zajistit dostatečnou míru podpory, terapie a pomoci ve správnou chvíli, a to zvolením vhodné formy služby a za podmínky respektování klientovy individuality, s cílem umožnit mu co nejpřirozenější setrvání v lidském společenství. Důležité je zajistit, aby poskytnuté služby zvýšily, popřípadě udržely klientovy schopnosti jako je samostatnost, soběstačnost a schopnost kontrolovat svůj život. Komunitní péče bere v úvahu omezení způsobená nemocí a jejím prvořadým cílem není uzdravení nemocného, ale rozvoj toho, co klient dokáže. Komunitní péče se pokouší pozitivně ovlivnit kvalitu života svých klientů.

Komunitní péče je zaměřena na uspokojování potřeb, což je předpokladem pro spokojený život. Potřeby člověka ve všech čtyřech dimenzích musí být uspokojeny jak u zdravého, tak i u duševně nemocného klienta. Situace se komplikuje v době, kdy člověk onemocní a není již schopen tyto potřeby sám uspokojovat. Pro lepší pochopení následujícího je důležité si nejdříve odpovědět na otázku, co je to potřeba. Vymětal definoval potřebu jako něco, co člověk s různou *mírou nutnosti, a proto i naléhavosti, vyžaduje k životu.*⁴² Podle amerického psychologa Abrahama Maslowa potřeby člověka motivují k jednání. Maslowův známý model vychází z poznání, že potřeby na jedné úrovni je třeba uspokojit dříve, než může dojít k uspokojování potřeb na následující úrovni. Existuje ovšem i další vymezení potřeb, používané s výhodou v psychosociální rehabilitaci – potřeba je schopnost klienta profitovat z poskytované pomoci v oblasti, ve které jinak selhává.

Prvky, které lze zahrnout do systému komunitní péče:

Programy bydlení

Zajišťují návaznou péči o nemocného. Díky dlouhodobé hospitalizaci nemocného dochází ke vzniku tzv. hospitalizačního syndromu. Člověk je izolován od okolního světa a stává se závislým na nemocničním prostředí. Může docházet k situacím, kdy se duševně nemocný člověk nemá kam po hospitalizaci vrátit, popřípadě není schopen samostatného bydlení a příbuzní nejsou schopni zvládnout či zajistit nemocnému dostatečnou péči. V současnosti existuje několik možných forem bydlení - chráněné bydlení, domy a byty

⁴² VYMĚTAL, 1994. s. 31

na půl cesty, komunitní (skupinové) bydlení, podporované bydlení. Bydlení znamená pro řadu lidí s duševním onemocněním nový start do života, zajištění soukromí a předpoklad uspokojování potřeb a dalšího rozvoje.

Pracovní programy

Pracovní uplatnění je díky duševnímu onemocnění u řady lidí ztíženo. Zaměstnání přináší vedle finanční odměny také řadu dalších příležitostí jako je rozvoj sociálních vztahů, rozvoj sebedůvěry a sebehodnocení, učení se zacházet s vlastní nemocí, rozpoznávat první příznaky nadcházející ataky. Díky existenci různých forem pracovních programů dochází ke zvýšení kvality života duševně nemocných a k integraci do komunity/společnosti. Formy pracovních programů - chráněné pracovní dílny, job cluby, podporované zaměstnání, přechodné zaměstnávání.

Volný čas

Lidé s duševním onemocněním mívají problémy s navazováním nových sociálních vztahů, což vede k sociální izolaci a častým potížím se strukturou dne. Starost o naplnění volného času vede k podpoře vytváření nových vztahů, přispívá k duševní pohodě a k rozvoji sociálních dovedností. Mezi formy organizování volného času lze zařadit centra denních aktivit, svépomocné uživatelské kluby, denní stacionáře, asistované přátelství (organizované přátelství).

4.2 Case management a asertivní komunitní léčba

Vznik lze datovat s deinstitucionalizací psychiatrické péče v USA v 50. letech 20. století, kdy dochází k rozvoji komunitních služeb pro duševně nemocné. Duševně nemocní byli propuštěni z velkých psychiatrických zařízení do menších, nově vzniklých institucí. Jednotlivé služby byly zaměřeny na úzké skupiny klientů bez jakéhokoliv propojení, následkem čehož došlo k nečitelnosti poskytovaných služeb. Klienti ani jednotliví poskytovatelé služeb neměli přehled o nabízené pomoci a ve složitém systému se nikdo neorientoval.

Během 70. let prostřednictvím Národního institutu duševního zdraví dochází ke koordinaci jednotlivých služeb prostřednictvím „systémových agentů“ (case managerů), kteří se podíleli na sestavení programu komunitní podpory pro klienty s vážným

a dlouhodobým duševním onemocněním.⁴³ Již zde se dá mluvit o prvním modelu case managementu, tzv. „zprostředkovatelském“ typu. Případový vedoucí - case manager - se staral o 30 a více klientů. Zajišťoval koordinaci a distribuci jednotlivých dostupných služeb. Tato služba nebyla dostatečná, a proto dochází k rozvoji dalších, intenzivnějších modelů.

Výčet modelů case managementu:⁴⁴

1. Brokerský model

Založený převážně na zprostředkování služeb pro klienta. Práce probíhá v kanceláři, kam jednotliví klienti docházejí. Case management pomáhá klientovi vytvořit rehabilitační plán, a poté mu zprostředkuje služby u jiných poskytovatelů (nezahrnuje přímé poskytování služeb). Tento systém je zaměřen na řešení problémů klienta, vztah s klientem není základem práce. Klient ze služby odchází v okamžiku, kdy je to možné.

2. Intenzivní case management

Je zde kladen velký důraz na vzdělání jednotlivých pracovníků, a to z toho důvodu, že navázání vztahu s duševně nemocným hraje v tomto systému velmi podstatnou roli - model je postaven na psychoterapeutických principech. Důraz je kladen na růst klienta. U tohoto systému se také setkáváme s dělením podle toho, na jakou stránku péče je case management zaměřen (např. zaměření na zlepšení a rozšíření klientovy sociální sítě, tj. zajistit klientovi materiální, sociální a emocionální podporu, zaměření na nácvik dovedností – rehabilitační model).

3. Strengths-based model

Model, který se zaměřuje na silné stránky klienta. Cílem tohoto přístupu je pomoc a asistence při identifikování, zachování a zajištění všech dostupných zdrojů, které jsou potřebné k životu, práci a odpočinku. Jde jak o zdroje osobní, tak o zdroje z komunity.

4. Asertivní komunitní péče

Prvním modelem, který vznikl ve Wisconsinu na základě výše uvedeného programu, byl model Assertive Community Treatment (ACT), jehož autory byli Leonard Stein, Ann Test a jejich kolegové. Prvořadým cílem bylo zabránit hospitalizaci klienta, model byl „nemocnicí beze zdí“. Marshall a Lockwood uvádějí, že ACT je založena na

⁴³ STUHLÍK, 1991. s. 13

⁴⁴ FIALOVA, 2006. s. 34

zastupitelnosti pracovníků v týmu, jehož cílem je udržet nemocné lidi v kontaktu se službami, zmenšit počet hospitalizací a zlepšit výsledky, především sociální fungování a kvalitu života.⁴⁵

ACT byla vyhodnocována více než 20 randomizovanými studiemi, z jejichž výsledků je možno učinit závěr, že ACT snižuje celkovou délku hospitalizace, frekvenci přijetí k hospitalizaci a vede ke stabilizaci pacientů v oblasti bydlení. Na druhé straně prosté případové vedení zlepšuje spolupráci při léčbě, nicméně zvyšuje i frekvenci přijetí k hospitalizaci. Vliv na zkrácení délky hospitalizace, větší spokojenost pacientů, menší zátěž jejich rodin a snížení nákladů na péči tak není jednoznačný⁴⁶.

Kroon a Van Weeghel uvádějí⁴⁷, že neexistuje obecně uznávaná definice case managementu. Jde o intenzivní formu pomoci a asistence lidem, kteří nemohou žít samostatně v komunitě kvůli svým praktickým a sociálním poruchám. Namísto definice jsou uváděny základní funkce a úkoly case managementu jako identifikace klientů (depistáž), odhad potřebných služeb, příprava souborů služeb, koordinace péče, monitorování čerpané péče, hodnocení efektivnosti poskytovaných služeb a opakování tohoto cyklu, dokud bude daný klient péči potřebovat.

MUDr. Stuchlík definuje case management pomocí výčtu základních prvků:

1. *Přehled o potřebách a schopnostech klienta.*
2. *Plánování péče – plán obsahuje jasně definované cíle.*
3. *Uskutečňování plánů – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí.*
4. *Monitorování a zaznamenávání dosaženého, či naopak nedosaženého pokroku.*
5. *Vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci klienta podílejí.*⁴⁸

V České republice je problém s doslovným překladem termínu case management – nejčastěji bývá překládán a používán jako případové vedení. Dle mého úsudku ani jeden z termínů nevystihuje podstatu a náplň nabízené služby. Tyto názvy mohou být také

⁴⁵ National Program Standards for ACT. /cit. 2009 - 16 - 01/. Dostupné z http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Programs/PACT1/National_Program_Standards_for_ACT.pdf

⁴⁶ FIALOVA, 2006. s. 37

⁴⁷ WEEGHEL, 2002. s. 9–20

⁴⁸ STUHLÍK, 1991. s. 9

bariérou pro potencionální klienty a veřejnost, kteří těmto pojmům dostatečně nerozumí a nedokáží si konkrétní službu představit.

Případové vedení (case management) je tedy přístup, který má napomoci lepší koordinaci při poskytování služeb ve složitém systému péče. V literatuře se setkáváme s rozporem, zda v případě case managementu jde o *metodu* či *službu*. Pro účely této diplomové práce vidím jako vhodnější zaměřit se na case management z pohledu služby. Je důležité uvést, že case management nemá nahrazovat dostupné sociální a zdravotní služby, protože jeho úkolem je koordinace služeb pro klienty a ostatní poskytovatele služeb. Neřídí dané služby, nepředkládá jim jejich náplň práce. Tato služba by měla být dostupná každému, kdo ji v rámci regionu potřebuje, a měla by se stát součástí systému služeb pro duševně nemocné. Jejím cílem je reflektovat a následně zajistit to nejpotřebnější lidem, kteří z důvodu svého onemocnění nejsou schopni zorientovat se v nabízené pomoci. Učí porozumět jednotlivým službám, systému, potřebám dané cílové skupiny, pracuje v terénu, podporuje život člověka v domácím prostředí, může poskytovat pomoc rodinným příslušníkům. Stabilizace psychického stavu nemocného a snížení počtu hospitalizací je výsledkem práce case managementu.

Na case management lze pohlížet jako na „...*způsob, jak věnovat soustředěnou pozornost člověku, jenž sociální službu potřebuje*“.⁴⁹ Služba case management vznikla původně pro klienty obecně definované jako lidé s chronickým sociálním selháváním v několika oblastech. case management je práce velmi odpovědná, kterou by měl provádět pouze pracovník s náležitým vzděláním, praxí a organizačními a koordinačními schopnostmi. Ze strany case managera je důležitá aktivita a stálý zájem o komplexní problematiku klientů. Měl by mít aktuální informace o dění nejen v regionu, ale i v oblasti psychiatrické péče. Dobrý case manager neustále pracuje na svých odborných dovednostech a své nové poznatky aplikuje v praxi. Zná své hranice a umí s nimi pracovat ve vztahu s klientem.

Pro vytvoření kvalitní a komplexní péče je třeba také navázat vztah s klientem, jenž má být založený na důvěře, přímosti a vyvážené komunikaci. *Proto case manageri vstupují do dlouhodobých a pevných terapeutických vztahů s klienty, aby mohli lépe*

⁴⁹ MATOUŠEK aj., 2003. s. 141

zmapovat jejich přání týkající se zařazení do společnosti (Kroon, Van Weeghel)⁵⁰. Pracovník má ve vztahu s klientem silnější roli. Jeho prvotním úkolem je vybudovat „most důvěry“, dosáhnout optimální spolupráce a motivace, aby bylo možné pracovat na dalších stanovených cílech klienta. Case manager musí brát v úvahu věk, vzdělání, dovednosti, hodnoty, životní styl, minulost a stávající situaci klienta. Musí vzít v potaz klienta jako individualitu a podle dané situace volí nejvhodnější způsob pomoci. Případové vedení je založené na dlouhodobé partnerské spolupráci mezi klientem, case managerem a celým týmem. Case manager musí mít dostatek zkušeností, aby mohl včas posoudit, kdy je třeba zintenzivnit svoji práci, kdy více podporovat, a naopak kdy je čas zvýšit klientovu nezávislost na case managerovi.

Práce case managementu nestojí pouze na práci case managerů, ale podstatnou úlohu sehrává celý tým. Dle amerického standardu National Standards for ACT Teams⁵¹ je stanoveno následující zastoupení rolí v týmu: vedoucí týmu, psychiatr, psychiatrická sestra, vysokoškolsky vzdělaný specialista v oboru psychosociální rehabilitace, specialista na závislosti, peer specialista (jedná se o pracovníka, který má osobní zkušenost s využíváním služeb určených pro cílovou skupinu), jiní specialisté s vysokoškolským vzděláním (sociální pracovník, ergoterapeut) a výkonný asistent týmu. Aby vykazoval tým dobré výsledky, je třeba zajistit úzkou spolupráci mezi jednotlivými odborníky, kteří jsou společně zodpovědní za výsledek.

4.3 Současné problémy

Vývoj systému péče o duševně nemocné by měl směřovat k postupnému přesouvání péče z institucí do přirozených společenství, daleko více by se měla rozvíjet péče komunitní.

V České republice bylo v roce 2006 ambulantně psychiatricky ošetřeno půl milionu lidí. Podle ústavu zdravotnických informací a statistiky vzrostl počet

⁵⁰ FIALOVA, 2006. s. 9

⁵¹ National Program Standards for ACT /cit. 2009 – 13 – 01/. Dostupné z http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Programs/PACT1/National_Program_Standards_for_ACT.pdf

psychiatrických pacientů o jednu třetinu.⁵² Při porovnání s rokem 2000 *dochází u dospělé populace k nárůstu počtu pacientů o více než 28 %*.⁵³

Z toho vyplývá nutnost vytvoření služeb, které budou včas a kvalitně reagovat na aktuální potřeby dané společnosti, v tomto případě zvýšeného rizika duševních nemocí.

Nutnost změn v poskytování péče dlouhodobě duševně nemocným je všeobecně známa. Jednotliví odborníci se však výrazně odlišují v názorech na transformaci. Zatímco Pfeiffer či Suchomel zdůrazňují nutnost spolupráce a týmovosti mezi jednotlivými poskytovateli služeb, Juraj Rektor vidí jako nejdůležitější prvek zvýšení počtu ambulantních psychiatrů, což povede ke kvalitnější péči o nemocného. Psychiatr bude mít dostatečný prostor sledovat nejen symptomy nemocného, ale také sociální prostředí a individualitu jedince.⁵⁴ Oba dva názory považují za relevantní. Vidím však nutnost změny v systému péče primární a terciární.

V péči primární vidím největší význam v rodině jako v prvotním systému základní péče. Na včasném odhalení nemoci by se měli podílet nejen odborníci z řad psychiatrů, ale také praktičtí lékaři, kteří mají možnost odhalit nemoc v počáteční fázi. Velkou roli zde také hraje odborné vzdělávání pracovníků, podílejících se na péči o nemocného/klienta.

Péče sekundární je v rukou odborníků a dle prostudované literatury je u nás na dobré úrovni.

U nás disponujeme v průměru 10,9 psychiatrickými lůžky na 10 000 obyvatel, průměr v evropských zemích v roce 2001 byl 8,7 lůžek na 10 000 obyvatel. Řada zemí však vystačí jen s 5–10 lůžky na 10 000 obyvatel.⁵⁵ Toto poukazuje na nadměrnost psychiatrických lůžek v České republice. Tato lůžka jsou sice plně obsazena, ale pokud se

⁵² Psychiatrická péče 2006 /cit. 2009 – 15 – 01/. Dostupné z http://www.uzis.cz/article.php?type=1&mnu_id=5100

⁵³ Tamtéž.

⁵⁴ MALÍKOVÁ, Místo sociální psychiatrie v moderní psychiatrické péči. *Esprit* 2006. 6-7 s. 17

⁵⁵ PEČ, 2008. s. 4

problematikou zabýváme hlouběji, zjistíme, že mnoho nemocných je v nemocničních zařízeních z důvodu nedostatečné návazné péče.⁵⁶

Na to poukazuje také veřejný ochránce práv, který provedl v říjnu 2008 systematickou návštěvu psychiatrických léčeben. Ve zprávě z této návštěvy je okrajově zmíněna problematika navazující péče o duševně nemocné. Zajímavé je procento hospitalizovaných pacientů (které odhadem uvedli ředitelé jednotlivých navštívených léčeben – viz. tabulka Procento hospitalizovaných pacientů), jimž by za určitých okolností stačila psychiatrická péče ambulantní.⁵⁷ Dle zprávy se jedná o chronické pacienty, kteří vlivem dlouhodobé hospitalizace ztratili sociální zázemí a schopnost samostatně se zapojit do společnosti. Dále se jedná o seniory, kteří jsou díky svému duševnímu onemocnění vyloučení z případného přijetí do zařízení sociálních služeb (dle lékařského personálu je na gerontopsychiatrických odděleních 50–70 % takových pacientů).

Tabulka: Procento hospitalizovaných pacientů, kteří jsou umístěni v psychiatrických léčebnách, přestože by pro ně byla vhodná jiná následná péče.

léčebna	počet pacientů v %
1	12
2	7 – 9
3	20
4	1 – 3
5	10
6	30
7	1

V péči terciární (následné) existují dle zjištěných informací stále nedostatky. Z prováděných nizozemských výzkumů je 25 % lidí závažně duševně nemocných schopno žít mimo instituce bez podpory. U 60 % nemocných je nutná občasná či

⁵⁶ V psychiatrických léčebnách zůstávají zbytečně stovky lidí, přestože to jejich stav nevyžaduje. Jen v pražské léčebně v Bohnicích je hospitalizováno asi 310 pacientů, kteří mají podanou žádost do ústavu sociální péče. Podle ředitele léčebny Ivana Davida by někteří z nich zvládli pobyt v domově důchodců, jiní potřebují péči v ústavech se zvláštním režimem. Těch je ale nedostatek, například Praha vlastní jen tři ústavy pro chronicky duševně nemocné. David to řekl novinářům na tiskové konferenci. Ze zprávy ČTK 30.11.2007

⁵⁷ Zpráva z návštěvy psychiatrických léčeben /cit. 2009 - 19 - 01/. Dostupné z <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=1341>

dlouhodobá podpora zajištěná prostřednictvím case management týmu. Pro 10 % závažně duševně nemocných je nutná podpora odpovídající asertivnímu case modelu proto, aby se lidé udrželi v přirozené komunitě. Pouze u 5 % lidí z této skupiny nedostačuje ani intenzivní podpora a je nutné jejich umístění do lůžkového zařízení.⁵⁸

Z výše popsaného je patrné, že služby, které by řešily prevenci onemocnění a umístění pacientů, kteří již nepotřebují nemocniční léčbu, ale pomoc v zajištění základních potřeb (bydlení, strava, hygiena, ekonomické zajištění apod.), je nedostatek. Ve většině regionů České republiky není následná péče o duševně nemocné zajištěna vůbec nebo pouze formou ambulantních psychiatrických zařízení.

Duševně nemocní vyhledávají podporu ze strany sociálních a zdravotních služeb nejčastěji v období krize, což vede k využívání služeb, které jsou orientovány na pomoc v krizi. Tyto služby jsou však pro řadu duševně nemocných nedostupné a obzvláště nedostatečné v pokračování a přechodu k pravidelné systematické péči.

Systém péče o duševně nemocné je v současnosti rozdělen do dvou systémů - péče zdravotní a péče sociální. Tyto systémy nejsou v současné době účelně propojeny a zkoordinovány.

Základním principem pro rozvoj a existenci kvalitní péče je také již výše citovaná zásada OSN o dostupnosti služby. Služby mají být umístěny lokálně, přístupné každému obyvateli s jasně vymezenou spádovou oblastí. Takto vymezené služby zajišťují komplexní servis.

Převážná většina lidí s duševním onemocněním (30% – 60%) žije se svými rodiči či jinými příbuznými.⁵⁹ Málokdy se ovšem pracuje s celou rodinou. Jednotliví členové rodiny a veřejnost by měli být dostatečně edukováni a informováni o dostupných službách.

V České republice nedochází k týmové spolupráci mezi oborovými organizacemi a mnohdy ani v jednotlivých organizacích. Lékař, sociální pracovník, zdravotní sestra, psycholog, ergoterapeut, člen rodiny, case manager nebo kdokoliv jiný nemůže dnes sám

⁵⁸ WEEGHEL, Prezentace na konferenci Komunitní psychiatrie v praxi, Praha 2005.

⁵⁹ BAYEROVÁ, Sociální práce s psychiatrickým pacientem Esprit 2008. 1–2 s. 8–9

přiměřeně vnímat skutečnost a rozumět jí,⁶⁰ což může vést k nedbalosti (nemocný řekne každému pouze část, nedochází k výměně vědomostí a zkušeností).

Z výsledků 20 studií je možné učinit závěr, že case management snižuje celkovou délku a četnost hospitalizací a vede ke stabilizaci v oblasti bydlení. Tento systém však jednoznačně přináší větší zátěž pro členy rodiny a klade vysoké nároky na tým zapojený v péči o nemocného.

Změnu v systému péče pro duševně nemocné vidím v zavádění specializovaných terénních týmů, krizových služeb denní péče, rezidenčních komunitních služeb a v rekonstrukci akutní lůžkové péče. Výše zmíněné řeší částečně case management.

⁶⁰ DÖRNER a PLOG, 1999. s. 17

5 FINANCOVÁNÍ

Finance jsou základním a neopomenutelným předpokladem k fungování všech systémů. Financování organizací v České republice závisí na jejich statutu a právním postavení. V současnosti je financování zdravotní a sociální služby napojeno přímo na politiku státu, financuje se ze státních rozpočtů nebo spadá do kompetence obcí či regionálních celků. Další možnosti zajištění částečného provozu služeb lze zajistit pomocí dárců, veřejných sbírek, nadací, případně grantového financování.

Financování služeb pro duševně nemocné se potýká s celou řadou problémů. Největším problémem, na který poukazuje také Světová zdravotnická organizace, jsou nedostatečné finanční prostředky, které směřují do psychiatrické péče. Neprojojenost financování brání vytvoření jednoho systému péče.

Podle Zelené knihy Evropské komise směřuje v České republice do psychiatrické péče nejméně peněz z celé EU (3 % všech výdajů na zdravotní péči, zatímco průměr v ostatních zemích činí 6 %).⁶¹ Již v roce 2003 se výdaji na péči o duševní zdraví zabýval Peč a odhadl tyto výdaje na 3,6 % výdajů na zdravotnictví za rok 2001.⁶²

Financování zejména služeb komunitních je nestabilní. Pro komunitní služby neexistuje bazální jistota pro následující období, navíc každý rok je jiná situace. Přitom podle Koncepce oboru psychiatrie ČR i podle zahraničních pramenů (WHO ad.) jsou fungující komunitní služby klíčovými službami v oblasti psychiatrické péče.

Problematika financování organizací věnujících se péči o duševně nemocné má mnoho úskalí a nevyřešených otázek. Stávající neziskové organizace se setkávají s nedostatkem finančních prostředků na poskytované služby. Systém financování je založený na dotačním řízení, díky kterému získává organizace finanční prostředky na svoji činnost. Tyto finance jsou poskytnuty pouze na jeden rok. Organizace proto nemají jakoukoliv jistotu, že se jim podaří v příštím roce v dotačním řízení uspět, a přestože fungují kvalitně a poskytování služeb v dané lokalitě je potřebné, nejsou schopny dalšího vývoje a případně i zanikají. Neziskové organizace a organizace, které nejsou zřizovány

⁶¹ Zpráva z návštěvy psychiatrických léčeben /cit. 2009 – 19 – 01/. Dostupné z <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=1341>

⁶² PEČ aj., Situační analýza péče o duševně nemocné na území hlavního Města Prahy. Dostupné z http://www.cmhd.cz/dokumenty/situacni_analyza.pdf

kraji nebo Ministerstvem zdravotnictví, vnímají určitou nespravedlnost, neboť nezískávají žádné finanční prostředky z rozpočtu na činnost a investice.

Dalším faktem je rozdílnost financování zdravotnických a sociálních zařízení, což také přispívá k neprůhlednému a pro uživatele služeb nepřehlednému systému. Uživatel se v těchto finančních tocích neorientuje. Dopady nedostatečného financování jsou však dalekosáhlé. Brání v rozvoji jednotlivých služeb a vedou ke stagnaci jejich kvality. Neumožňují vytváření systémové spolupráce mezi ostatními poskytovateli služeb. Organizace nemohou bojovat se stigmatizací. Přitom včasné poskytnutí péče snižuje důsledky onemocnění. Nedochozí k zabezpečení systému péče o pracovníky, organizace nemají dostatek financí, aby mohly kvalitní zaměstnance z oboru zaplatit. Nemohou jim nabídnout další návazné vzdělávání, které je nutné pro zabezpečení kvalitní péče. Důležité je vytvořit takový systém, který zabrání finančním kolapsům sociálních služeb a povede k vytváření nových návazných služeb pro duševně nemocné.

Pokud se budeme zajímat o financování case management služby, zjistíme, že v současnosti nemá dostatečnou oporu v legislativě, tj. v zákonu o sociálních službách. Náplní práce case managera se nejvíce přibližuje dle zákona o sociálních službách, služba "osobní asistence", ale přesto jej do této služby nelze zařadit. Existující case managementové služby jsou financovány jako sociální rehabilitace, případně jako následná péče. Systémově správnějším krokem by ovšem bylo zařazení case managementu do typologie sociálních služeb.⁶³

5.1 Financování zdravotních služeb

Financování z prostředků veřejného zdravotního pojištění se řídí druhem péče. Pokud se jedná o akutní péči, je hrazena pojišťovny formou proplácení výkonů jednotlivých zdravotnických pracovníků dle úhradové vyhlášky č.134/1998.⁶⁴ Následná péče je hrazená paušálně částkou, která je pojišťovnou a zdravotnickým zařízením nasmlouvaná jako tzv. ošetřovací den. U krizových center je financování závislé na druhu poskytovaných služeb. Pokud služba splňuje přísná kritéria center krizové intervence, je služba placena ze zdravotního pojištění. Léčebny, které jsou zřizovány Ministerstvem

⁶³ STUHLÍK, 2009. nepublikováno

⁶⁴ Vyhláška č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů.

zdravotnictví, popřípadě krajem, získávají příspěvek ze státního rozpočtu na činnost a investice. Léčebny se často nacházejí v odlehlých částech města, proto je také komplikovaná návaznost na další služby. Opravy starých budov jsou nákladné a zvyšují se také výdaje na dopravu.

Z dotací Ministerstva zdravotnictví ČR se financují zdravotnická zařízení (jedná se zejména o investiční dotace pro nemocnice v působnosti státu, příp. kraje či obce). Z dotací Ministerstva zdravotnictví ČR pro nestátní neziskové organizace jsou částečně hrazeny náklady organizací, které poskytují zejména komunitní služby - tedy sociální služby, příp. služby na rozhraní sociálního a zdravotního resortu, které však nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

5.2 Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb prochází řadou změn, které jsou podmíněny změnami v reformě veřejných financí a reformou veřejné správy. Tyto změny mají dopad nejen na systém financování sociálních služeb, ale taktéž na stanovení kompetencí mezi centrální správou (ministerstvy) a krajskými, případně obecními celky. Stávající model počítá s více zdrojovými financováními sociálních služeb:

- Dotace Ministerstva práce a sociálních věcí na poskytování služby.
- Příspěvek zřizovatele.⁶⁵
- Finanční podpora ze strukturálních fondů EU na rozvojové či transformační aktivity a vyrovnávání příležitostí.
- Příspěvek od uživatele služby (příspěvek na péči).
- Ostatní příjmy organizací – dary, vlastní činnost apod.

⁶⁵ Zřizovatelem sociální služby může být ministerstvo, které má v kompetenci ústavy s celostátní působností, či kraje. Podobné kompetence jako kraje mají i obce. Zřizovatelem mohou být taktéž nestátní neziskové organizace, které mohou získávat dotace na svou činnost z veřejných rozpočtů, tj. z rozpočtů obcí, krajů a ministerstev.

5.3 Dávky určené duševně nemocným

Kromě příjmů ze sociálních dávek a zdravotního pojištění je zdrojem příjmů lidí s duševním onemocněním tzv. *příspěvek na péči*, jenž byl zaveden nově zákonem o sociálních službách. Podstatou tohoto příspěvku je posílit autonomii a roli uživatele služby tak, aby nebyl pouze pasivním příjemcem. Dále podstatou tohoto příspěvku je přispět osobám, které jsou pro svou nepříznivou situaci závislé na pomoci jiné osoby, na zajištění potřebné pomoci. Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti.⁶⁶

Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. Výše příspěvku dle zákona o sociálních službách činí za kalendářní měsíc 2 000 Kč až 11 000 Kč, a to podle věku a stupně závislosti příjemce příspěvku na pomoci jiné osoby.

Příspěvek na péči je státní dávkou určenou osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby, jež je zajišťována zejména prostřednictvím služeb sociální péče. Při posuzování nároku na příspěvek na péči je nutné stanovit „stupeň závislosti“ na jiné osobě. Pro posuzování stupně závislosti, schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti u osob s duševní poruchou je zejména stěžejní, zda je zjištěn dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jestli je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu.

Problémem příspěvku na péči ve vztahu k lidem s duševním onemocněním je skutečnost, že v procesu hodnocení nároku na tuto dávku nejsou respektována specifika duševního onemocnění. Duševně nemocný člověk není zpravidla fyzicky omezen, je schopen vykonávat úkony zahrnuté do posuzování nároku na příspěvek, ale přesto (v závislosti na diagnóze) nemusí být schopen zvládnout péči o sebe, jeho soběstačnost může být značně omezena.

⁶⁶ Péči o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. Příspěvek náleží osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti, které je mladší než jeden rok.

Lidé s duševními poruchami selhávají nejprve v oblasti soběstačnosti, kdy nejsou schopni se přiměřeně sociálně začlenit do společnosti/komunity, nezvládají např. obstarání osobních záležitostí, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, uspořádání času, plánování života, nakládání s penězi, komunikaci, nakupování, vaření, péči o domácnost a další, z úkonů péče o vlastní osobu pak vždy selhávají v oblasti schopnosti se ošetřit a dodržovat léčebný program. Teprve u velmi těžkých poruch dochází k selhávání péče o vlastní osobu, např. hygienické úkony, oblékání, stravování a další.

6 DOKUMENTY A LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Politika péče o duševní zdraví je do značné míry deklarovaná řadou dokumentů, které se promítají do legislativy. Problematice duševního zdraví se věnuje již velmi dlouhou dobu Světová zdravotnická organizace, která konstatuje, že největší sociální zátěží je stárnutí populace a potřeba dlouhodobé péče. Již na druhém místě je zmíněna problematika duševního zdraví. Význam a dopad těchto sociálních a zdravotních problémů lze proto považovat za celospolečensky velmi závažný.

Zásady ochrany duševně nemocných (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness) byly přijaty rezolucí Generálního shromáždění OSN číslo 46/119 v roce 1991. V těchto Zásadách ochrany duševně nemocných je zpracováno 25 principů týkajících se výkonu práv duševně nemocných v jednotlivých oblastech života. Příkladem jsou zde čtyři uvedené zásady: Zásada 4 Stanovení duševní poruchy, Zásada 7 Role komunity a kultury, Zásada 10 Medikace, Zásada 13 Práva a podmínky v zařízeních péče o duševní zdraví. Nejzákladnějším dokumentem je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) vydaná OSN a podepsaná v Bruselu v roce 2007.

6.1 Legislativa ČR v návaznosti na mezinárodní dokumenty týkající se duševního zdraví

V této kapitole se zabývám obsahem jednotlivých dokumentů, ke kterým se Česká republika připojila. Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005) a Zelená kniha mají mimo jiné také významný dopad na přesun poskytování péče (primární a terciární) z psychiatrických institucí na péči převážně komunitního typu, což je také trendem v ostatních zemích Evropského společenství. Přestože se podařilo rozvinout služby psychiatrické rehabilitace a rezidenční služby provozované neziskovými organizacemi, stále je těchto služeb nedostatek, jsou poskytovány nerovnoměrně, jednotlivé složky komunitní péče jsou nedostatečně propojeny a nedaří se tak zajistit duševně nemocným ucelenou a koordinovanou péči,

kteřá by vycházela z jejich potřeb. Česká legislativa bohužel nenapomáhá k odstranění vznikajících problémů.

6.1.1 Zdraví 21

Na světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která stanovila základní principy péče o zdraví. Jejím cílem bylo podpořit strategický program Zdraví 21 - zdraví pro všechny v jednadvacátém století. Obsahem je 21 cílů, které mají vést k ochraně a rozvoji lidského zdraví po celý život a snížení výskytu nemocí a úrazů.

Duševního onemocnění se konkrétně dotýká cíl č. 6 Zlepšení duševního zdraví. Důležitou roli v péči o duševně nemocné má hrát primární péče a snižování stigmatizace spojené s duševním onemocněním. Péče ve velkých psychiatrických zařiceních má být nahrazena vyváženou péčí nemocniční a poskytováním služeb přímo v komunitě. Pozornost má být také věnována vzdělávání personálu pracujícímu s duševně nemocnými.

Jedná se o obecný model a jednotlivé státy tak mají možnost přizpůsobit ho podmínkám dané země. Ostatní cíle se duševního onemocnění, duševně nemocného dotýkají taktéž, ale již nejsou tak významným a důležitým bodem v přístupu v péči o duševně nemocného (cíl č. 3 Spravedlnost ve zdraví, cíl č. 11 Zdravější životní styl, cíl č. 12 Snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem). Ministerstvo práce a sociálních věcí přispělo částečným naplněním dílčích cílů, a to podporou nestátních organizací zajišťujících sociální služby prostřednictvím dotací a také realizací komunitních plánů. V roce 2007 vešly v platnost Standardy kvality sociálních služeb, které stanovují měřitelná a ověřitelná kritéria pro poskytování kvalitní služby respektující základní lidská práva a svobody. Od 1.1.2007 uděluje Ministerstvo práce a sociálních věcí také akreditace na vzdělávací programy v návaznosti na zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

6.1.2 Akční plán duševního zdraví pro Evropu

V roce 2001 se téma duševního zdraví stalo politickou prioritou. Výsledkem byla obsáhlá zpráva WHO Report Mental Health 2001, na kterou navázala deklarace duševního zdraví pro Evropu přijatá na Evropské konferenci ministrů k otázkám

duševního zdraví pořádané WHO v Helsinkách v roce 2005. Ministři jednotlivých zemí se zde zavázali k realizaci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu.

V průběhu deseti let by jednotlivé země měly pracovat na přípravě a realizaci politických koncepcí a úpravách legislativy. Cílem je zlepšení duševního zdraví v celé populaci a vhodné začlenění jedinců s duševním onemocněním do společnosti.

Kroky vedoucí k naplnění stanovených cílů:⁶⁷

- *kolektivně řešit stigmatizaci, diskriminaci a nerovnost, zmocnit a podpořit jedince s psychickými problémy a jejich rodiny, aby se aktivně zapojili do tohoto procesu;*
- *navrhnout a zavést komplexní, integrované a výkonné systémy duševního zdraví zahrnující podporu, prevenci, léčbu a rehabilitaci, péči a rekonvalescenci;*
- *řešit potřebu kvalifikovaných pracovních sil, efektivních ve všech těchto oblastech;*
- *uznat zkušenosti a poznatky uživatelů služby a opatrovníků jako platformu pro plánování a rozvoj služeb.*

Akční plán také klade velký důraz na zastoupení uživatelů a opatrovníků ve skupinách odpovědných za realizaci jednotlivých kroků.

8.1.3 Zelená kniha

V říjnu roku 2005 vydává Komise evropského společenství dokument nazvaný Zelená kniha, který reaguje na dopady duševního onemocnění v Evropské unii, nabízí strategie vedoucí ke zlepšení duševního zdraví pro Evropu a vybízí ke spolupráci mezi členskými státy. Vidí řešení v oblasti primární péče. Další řešení je dle Zelené knihy deinstitucionalizace vedoucí k odstranění stigmatizace a zapojení duševně nemocných do společnosti. Dokument vybízí k ochraně práv duševně nemocných a klade velký důraz na reformy jednotlivých zemí, které povedou k péči o nemocného v rámci komunity.

6.2 Koncepce oboru psychiatrie v ČR

Vědecká rada Ministerstva zdravotnictví ČR schválila v roce 2002 Koncepci oboru psychiatrie. V roce 2004 vznikla komise pro implementaci, která má za úkol uvést koncepci do praxe. Komise je složena z řad odborníků z oblasti psychiatrické péče, pacientů a jejich příbuzných, psychiatrických společností, Center pro rozvoj o duševní zdraví a zástupců neziskových organizací, kde jsou cílovou skupinou duševně nemocní.

⁶⁷Akční plán duševního zdraví pro Evropu. /cit. 2008 - 27 – 12/. Dostupné z http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/akniplanMHHelsinky_cesky.doc -

Hlavním cílem koncepce je uvést do praxe osvědčené metody práce s duševně nemocnými.

Nejdůležitější kroky koncepce:⁶⁸

- *Prosazovat funkční propojení všech složek péče o osoby s duševními poruchami a spolupráci se sociálními službami.*
- *Snižování lůžek ve velkých psychiatrických zařízeních – přesun do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic.*
- *Zřizovat plánovitě nové služby podle schválené koncepce s převáděním akutní lůžkové psychiatrické péče do psychiatrických oddělení nemocnic s důrazem na budování ambulantních a intermediárních služeb (denní sanatoria, krizová centra, chráněná pracoviště, chráněné bydlení, kluby).*
- *Vyvolat diskusi o legislativních otázkách v psychiatrii (přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného a léčení bez souhlasu nemocného, způsobilost k právním úkonům, předávání do jiné zdravotnické péče).*
- *Propracovávat standardy psychiatrické péče.*
- *Vytvořit systém a nástroje pro hodnocení kvality psychiatrické péče.*
- *Zlepšit stavební, technické a hygienické podmínky v psychiatrických léčebnách, a to zvláště na odděleních geriatrických a na odděleních uzavřených.*

Koncepce oboru je v současné době revidována a dle vyjádření České psychiatrické společnosti bude nová koncepce oboru publikována v květnu 2009.

6.3 Práva duševně nemocných

V širším slova smyslu jsou práva duševně nemocných zakotvena již ve Všeobecné deklaraci lidských práv a svobod (přijaté valným shromážděním OSN v roce 1948), dále v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavy České republiky. V užším slova smyslu se práv duševně nemocných dotýkají přímo Úmluva o právech zdravotně postižených (2007), Deklarace lidských práv duševně nemocných (Luxorská deklarace 1989) a Deklarace lidských práv a duševního zdraví 1989.⁶⁹ Zcela zásadní normou

⁶⁸ Koncepce oboru psychiatrie /cit. 2009 – 01 – 01/. Dostupné z <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/koncepce.pdf>

⁶⁹ SVOBODA aj., 2006. s. 36

v oblasti práv pacienta v České Republice je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která byla vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/ 2001. Další normou je zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, upravený mnoha novelami, vymezující povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb a zásady zdravotnické péče (souhlas nemocného s léčbou, podmínky pro provedení psychiatrické detence, přístup a vedení zdravotnické dokumentace, stížnostní procedury na způsob výkonu lékařské péče).

V České republice neexistuje samostatný zákon, který by upravoval práva duševně nemocných a Česká republika se tak dostává do častého konfliktu s Evropskou unií (uvádí se, že ze 160 států světa jen 40 nemá speciální právní kodex, který by upravoval ochranu práv duševně nemocných lidí).⁷⁰ Uvědomíme-li si, že duševně nemocný člověk velmi často není schopen hájit své zájmy v důsledku své nemoci, zjistíme, že chybí kontrolní mechanismy, které by pomohly práva duševně nemocných hájit.

Hrozí jim častěji ztráta práce i majetku, během hospitalizace při soudních řízeních dochází velmi často k obcházení jejich práv. Oproti jiným zemím (př. Velká Británie) jsou duševně nemocní často omezováni či zbavováni způsobilosti k právním úkonům, i když to nemusí být bezpodmínečně nutné.

Omezení nebo zbavení způsobilosti upravuje zejména zákon č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku. Problematický je výklad § 10 tohoto zákona:

- *1) Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví.*
- *2) Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí.*
- *3) Soud zbavení nebo omezení způsobilosti změní nebo zruší, změní-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly.*

⁷⁰ SOKOL a TREFILOVÁ, 2008. s. 292-296

Zákon nikde nedefinuje pojem duševní porucha a jeho vztah k pojmu duševní choroba. Mezi významné důsledky omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům patří nemožnost nakládat s vlastním majetkem, právní úkony, které učiní tato osoba, jsou neplatné, pracovně právní vztahy musí za osobu činit opatrovník. Rozsah omezení stanovuje soud v rozsudku. K omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům neexistuje jednotný právní předpis. Zákoník práce upravuje způsobilost k právním úkonům z hlediska pracovně právních vztahů, upravuje pracovně právní úkony zákonných zástupců zaměstnance zbaveného způsobilosti k právním úkonům. Dále zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení v § 4 upravuje způsobilost občana v právních vztazích sociálního zabezpečení.

Problematické je také jmenování opatrovníka. Často se opatrovníky stávají rodiče, nejbližší příbuzní nebo také pověřené osoby obecního úřadu. Jmenování opatrovníci nejsou často náležitě připravení (informování o duševním onemocnění, právech nemocného), popřípadě prověření (dochází ke zneužívání duševně nemocných).

Zákony, které se okrajově dotýkají duševně nemocných, upravují zejména problematiku opatrovnického řízení a způsobilosti k právním úkonům. Zákoník práce pak upravuje pouze právní ochranu zdravotně postižených.

Pokud dojde k propuknutí nemoci a nemocný ohrožuje svůj život nebo narušuje zájmy jiných osob, je možná hospitalizace proti jeho vůli.⁷¹ Následuje soudní řízení o přípustnosti. Nemocnému je zajištěna právní ochrana opatrovníkem z řad advokátů

(§ 191b/2 OSŘ), ten však nemá ze zákona právo zastupovat duševně nemocného i v ústavu. Zákon neurčuje způsob jmenování opatrovníka (zástupce), který by dohlížel na to, aby k omezení práv nemocného docházelo jen v nutných případech, aby se mohl nemocný, pokud má zájem a jeho stav to dovoluje, účastnit soudního řízení.

6.3.1 Vybrané právní normy zabývající se oblastí péče a ochrany osob s duševním onemocněním

⁷¹ Upravuje právní řád ČR (§§ 23 a 24 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, za dodržení podmínek soudního řízení podle zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád v platném znění (OSŘ).

Zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád upravuje zejména opatrovnické řízení, způsobilosti řízení.

Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů upravuje práva a povinnosti při zpracování osobních údajů.

Zákon č. 140/1961 Sb. trestní zákon upravuje nepřičetnost vzhledem k trestní odpovědnosti za spáchání trestného činu, trestněprávní odpovědnost zdravotnického personálu: zejména trestné činy ublížení na zdraví, omezování osobní svobody, neposkytnutí pomoci, neoprávněné nakládání s osobními údaji.

Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním vymezuje problematiku ochranné léčby (zejména v ústavní formě).

Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních upravuje podmínky a rozsah zdravotní péče poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky provozování nestátních zařízení.

Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví upravuje práva a povinnosti v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví.

Zákon 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění. řeší nároky na invalidní důchod - plný, částečný. Vyhláška MPSV ČR 284/1995 Sb. (kapitola V. duševní poruchy a poruchy chování, kapitola IV. nervový systém) jsou zde upraveny podmínky pro přiznávání invalidního důchodu u duševně nemocných, dle míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v procentech.

Vyhláška č. 35/1997 Sb., kterou se stanoví podrobnosti zřizování společensky účelných pracovních míst a vytváření veřejně prospěšných prací.

Vyhláška č. 232/1997 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitace občanů se změněnou pracovní schopností.

Vyhláška č. 242/2002 Sb. o bližších podmínkách poskytování příspěvku zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50 % občanů se změněnou pracovní schopností z celkového počtu svých zaměstnanců a vyúčtování tohoto příspěvku.

7 NÁVRH PROJEKTOVÉHO ZÁMĚRU

Zmapováním Bruntálského regionu byla zjištěna naprostá absence sociálních služeb poskytovaných obyvatelům s psychickým onemocněním. Z provedených návštěv a rozhovorů s pracovníky neziskových organizací, kteří jsou aktivně zapojeni do komunitního plánování města Bruntál, praktických lékařů a psychiatrů a z návštěvy Městského úřadu Bruntál vyplynulo, že neexistuje služba, která by tento stav řešila. Nedostatečné pokrytí zdravotních a sociálních služeb pro tuto oblast rovněž vyplývá z uveřejněných statistických dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Situaci by pomohlo vyřešit zřízení zachytného a pomocného systému, který by zmapoval danou situaci a podle potřeb místní komunity by vytvořil službu, která by včas řešila problém duševně nemocných lidí v regionu. Příkladem nedostatečného pokrytí regionu službami pro duševně nemocné může být mj. i kasuistika, kterou uvádím v příloze.

Jako nejvhodnější východisko pro řešení dané situace v regionu se dle mého názoru jeví využití služeb case managementu (viz popis metody v kap. 5.4), uzpůsobených pro potřeby regionu. V České republice tuto službu poskytuje organizace Fokus.

7.1 Cíl projektového záměru

Cílem projektu je vytvoření návrhu služby case management určeného dlouhodobě duševně nemocným a poskytujícího své služby v rámci přirozené komunity (sociální, geografické). Case management bude poskytovat individuálně specifickou adresnou rehabilitaci a sociální pomoc lidem s dlouhodobým duševním onemocněním. Bude poskytovat přehlednou, koordinovanou péči o klienta v návaznosti na ostatní sociální a zdravotní služby. Cílem case managementu není nahrazení nemocniční nebo institucionální péče, ale zajištění dostatečné podpory nemocnému žít nezávisle v komunitě, popřípadě nemocného podpořit při návratu do komunity po dlouhé hospitalizaci. Nemocniční péče zastává v celém systému nezastupitelnou roli. Sekundárním cílem projektu je ověřit a připravit projektový tým k registraci nové sociální služby.

7.2 Prostředí realizace projektu

Zvolila jsem si oblast Bruntálského regionu hlavně proto, že je zde naprostá absence návazné pomoci pro cílovou skupinu.

7.2.1 Region Bruntál

Bruntálský region je položen na severu Moravy a Slezska. Svou členitou krajinou a rozlohou 1659 km² patří mezi největší regiony České Republiky⁷². Tato oblast je tvořena 71 samostatnými, značně od sebe vzdálenými obcemi, což obecně komplikuje dostupnost jakýchkoliv služeb. Samotný region je tvořen pěti mikroregiony (Osoblažsko, Albrechticko, Krnovsko, Hornobenešovsko, Bruntálsko).

Jako příhraniční oblast byl region výrazně poznamenán nejrůznějšími kulturními, politickými i administrativně-správními vlivy. V roce 1921 na tomto území žilo 99 % obyvatel německé národnosti⁷³, kteří byli po válce odsunuti. V letech 1945–1946 docházelo k postupnému osídlování imigranty z celého poválečného Československa, čímž dochází k celkové proměně charakteru obyvatelstva. Přicházejí sem lidé s rozdílnou historickou minulostí, odtrženi od svých kořenů a tradic. V roce 1991 při sčítání lidu uvedlo jen 54 % obyvatel, že se narodilo v bruntálském okrese.⁷⁴ *Současný charakter obcí, rozmístění, strukturu a dynamiku obyvatel je možno odvozovat z totální proměny souboru obyvatel v důsledku událostí druhé světové války (nucená migrace německého obyvatelstva).*⁷⁵

7.2.2 Poznatky z historie psychiatrické péče v regionu Bruntál

Téma duševního onemocnění bylo v poválečném období a období do revoluce společenským tabu. Pravděpodobně také z tohoto důvodu se dochovalo velice málo informací o duševně nemocných.

Z nejstarší údajů týkajících se vzniku prvních zařízení, ve kterých byla poskytována soustředěná péče nemocným a nemohoucím lidem na Bruntálsku, vyplývá, že prvním takovým byl špitál z roku 1584. Dalším zařízením byl chorobinec založený řádem německých rytířů ve 20. letech 20. stol. Z prostudované literatury není jasné, zda

⁷² VENCÁLEK aj. 1998. s. 7

⁷³ KAŇA, 1976. s. 24

⁷⁴ VENCÁLEK aj. 1998. s. 20

⁷⁵ VENCÁLEK aj. 1998. s. 20

úvedená zařízení sloužila také duševně nemocným, ale lze předpokládat, že do těchto zařízení byli umístováni. Na celém území nebylo jakékoliv specializované zařízení pro duševně nemocné, v jiných ústavech byli odmítáni.⁷⁶ Počátkem 70. let 19. století se ve Slezském sněmu rozhodovalo o výstavbě psychiatrické léčebny. Nabízelo se více možností (město Krnov a vesnice Mezina na Bruntálsku), nakonec bylo rozhodnuto, že místem výstavby ústavu bude Opava. Jedním z důvodů pro výstavbu byla nutnost řešit neúnosnou situaci⁷⁷ v „Tollhausu“, jediném zařízení určeném pro duševně nemocné uvnitř areálu městské Opavské nemocnice. Nedostačující péči v celém regionu měl na přechodnou dobu vyřešit dočasný ústav pro několik desítek duševně nemocných, jenž byl prozatímně zřízen na zámku ve Měště Albrechticích v roce 1873. Opavský ústav byl zprovozněn v letech 1886 až 1889 v pavilónovém uspořádání. Počátkem roku 1889 do ústavu začali přicházet první nemocní z Albrechtického ústavu.

Tento ústav byl dobročinným zařízením ve vlastnictví země Slezské, měl charakter veřejné zemské nemocnice s názvem "Slezský zemský ústav pro choromyslné". Úkolem zařízení byla dle stanov ústavu *péče a léčba duševně nemocných obou pohlaví, pobývajících ve Slezsku, nadějných na uzdravení, obecně nebezpečných nebo postrádajících odpovídající pomoc. Duševně nemocní z jiných korunních zemí nebo z ciziny budou přijati jen tehdy, nebude-li to na újmu zemským příslušníkům.*⁷⁸

7.2.3 Současnost v regionu Bruntál

Zdravotní služby, které slouží duševně nemocným na Bruntálsku, jsou v současné době poskytovány pouze ve třech psychiatrických ambulancích. Počet ošetření v těchto ambulancích byl v roce 2006 11 534 nemocných, z toho 58,45 % tvořily ženy. Počet nemocných, kteří navštívili psychiatrickou ambulanci poprvé, byl 2 246, z toho 61,84 % ženy⁷⁹. V roce 2007 bylo v psychiatrické léčebně v Opavě hospitalizováno celkem 159 nemocných z regionu Bruntál, z toho 92 žen.

⁷⁶ Historie psychiatrické léčebny v Opavě. /cit. 2008 – 11- 12/. Dostupné z: <http://www.plopava.cz/historie1.htm>

⁷⁷ Nemocní byly spoutaní v okovech, v budově bez oken, pravděpodobně týraní svými ošetřovateli

⁷⁸ Historie psychiatrické léčebny v Opavě. /cit. 2008 – 11- 12/. Dostupné z: <http://www.plopava.cz/historie1.htm>

⁷⁹ Informace ze zdravotnictví Moravskoslezského kraje č. 10/2007 /cit. 2009 – 15 – 02/. Dostupné z http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3121

V roce 2004 bylo započato komunitní plánování sociálních služeb v Bruntálském regionu. Hlavním cílem bylo vytvořit optimální síť sociálních služeb v Bruntále a okolí za předpokladu splnění kritérií dostupnosti, efektivity, kvality a flexibility dle zákona o sociálních službách.

Komunitní plán se stává účinným nástrojem sociální politiky v Bruntále a jeho okolí, dochází i k zapojování jednotlivých obcí. Bylo vytvořeno pět pracovních skupin (senioři, zdravotně postižení, osoby ohrožené sociálním vyloučením, menšiny, děti, mládež, rodina). V každé pracovní skupině jsou zastoupeny poskytovatelé, zadavatelé a uživatelé sociálních služeb. Ve skupinách se pracuje pomocí metody SWOT analýzy a na základě vypracovaných analýz jsou zpracovány nejdůležitější strategické cíle vedoucí k informovanosti a zkvalitňování poskytovaných služeb. Důležitým bodem je také ukázat reálný stav nabídky sociálních služeb v konfrontaci s poptávkou uživatelů. V rámci komunitního plánování a zkvalitňování sociálních služeb na Bruntálsku byl vytvořen katalog nabízených sociálních služeb Bruntálu a okolí, aktualizován v roce 2009.

Také z vlastní zkušenosti, kdy jsem byla aktivně zapojena ve dvou pracovních skupinách Komunitního plánu (menšiny a osoby ohrožené sociálním vyloučením) vím, že problematika duševně nemocných lidí zde není dostatečně řešena. Problém se řeší zpravidla až po vyhocení události, ke které by nemuselo dojít, kdyby byla situace podchycena včas. Nejčastěji řešené problémy lidí s duševním onemocněním v rámci komunitních sezení byly nedostatek finančních prostředků, ztráta a neschopnost získání bydlení, časté porušování zákona.

Jako sociální pracovnice v Kofoedově škole⁸⁰ jsem se často setkávala s lidmi s duševním onemocněním. Část těchto lidí mi sama sdělila informace o svém duševním onemocnění, u některých jsem se o jejich nemoci dozvěděla od příbuzných a jinde jsem se pouze domnívala, že duševním onemocněním trpí. Věděla jsem, že by potřebovali jinou péči, než jsem jim byla schopna v rámci své pracovní náplně a svých možností nabídnout. Problémy těchto lidí se přirozeně přenášely i na jejich blízké, kteří si často

⁸⁰ Kofoedova škola je občanským sdružením, které vzniklo v roce 2002. Jeho hlavním cílem je pomáhat lidem bez zaměstnání. Sdružení bylo při vzniku inspirováno projektem, který již 80 let funguje v Dánsku. Zakladatelem organizace byl Hans Christian Kofoed, který při své práci využíval sociálně – pedagogických principů a vytvořil metodu práce, kterou nazval „pomoc k svépomoci“.

s danou situací nevěděli rady a neměli se na koho obrátit. Nejčastěji jsem těmto lidem poskytovala informace o možnosti řešení situace s bydlením, možnosti získání finančních příjmů (získání invalidních důchodů a nároků na dávky státní sociální podpory). V případě nutnosti jsem se jim snažila zprostředkovat jinou návaznou službu, která by jejich situaci řešila.

Přestože zpracování komunitního plánu je na velmi vysoké úrovni, neexistuje přímo žádná pracovní skupina, která by se duševně nemocným lidem věnovala alespoň okrajově. V současnosti není v Bruntálském regionu jediná sociální služba, která by se přímo věnovala jakékoliv oblasti duševního onemocnění.

Nejbližší sociální služby pro duševně nemocné jsou v Opavě a Krnově, jedná se o čtyři zařízení. Charita Opava poskytuje služby chráněného a podporovaného bydlení a provozuje klub Setkávárna - motivační centrum. Druhou organizací je občanské sdružení FOKUS, které nabízí tyto služby: sociální poradenství (základní a odborné), podpora samostatného bydlení, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace. Občanské sdružení NINIVE Krnov nabízí služby podporovaného zaměstnávání, sociální poradenství (základní a odborné), služby následné péče, podporu samostatného bydlení a chráněné práce. Posledním zařízením je Charitní dům Salvátor - domov pro osoby se specifickými potřebami.

Projekt je zaměřený na vytvoření služby case management, která umožní optimální využívání stávajících sociálních služeb v Bruntálském regionu. V současnosti existuje na Bruntálsku řada kvalitních sociálních služeb, které však poskytují péči duševně nemocným minimálně, popřípadě tuto službu poskytují bez jakékoliv možnosti odborného vedení, pomoci a spolupráce a poskytovaná pomoc není komplexní. Smyslem projektu je napomáhat k efektivnímu využívání těchto služeb, zajistit potřebnou koordinaci jednotlivých služeb a maximálně reagovat na stávající potřeby duševně nemocných.

7.3 Zdůvodnění potřeby projektu

Nesporným faktem, plynoucím ze statistik Světové zdravotnické organizace je, že v každé populaci je 10 % obyvatel postiženo mírnějším psychickým onemocněním, z toho 2-3 % trpí těžkým duševním onemocněním vyžadujícím dlouhodobou péči.

V Bruntálském regionu v současné době neexistují žádné sociální služby, které by se přímo věnovaly dlouhodobě duševně nemocným (viz kapitola 9.3.3). Díky vytvoření centra sociální rehabilitace a práce case managerů bude docházet ke snížení počtu předčasných invalidizací v případě prvních ataků nemoci, ke zlepšení návratu nemocného zpět do komunity a jeho začlenění do pracovního a sociálního života. Projekt alespoň částečně nahrazuje legislativní vakuum a snaží se zajistit provázanost mezi sociálními službami, klientem (jeho přirozeným prostředím) a zdravotními službami.

7.4 Cílová skupina

Služba bude určena dospělým lidem s dlouhodobým duševním onemocněním z Bruntálu a okolí. Specifická pozornost bude věnována lidem s vážným duševním onemocněním s chronickým průběhem a těm, kteří nejsou schopni sami požádat o pomoc. Rovněž považují za podstatné se v rámci projektu nezaměřovat pouze na spolupracující, aktivní klienty, tzn. pozornost bude zaměřena na asertivní vyhledávání klienta.

Druhotnou cílovou skupinou budou rodinní příslušníci a blízcí duševně nemocných, kteří potřebují odbornou pomoc, a také pracovníci jednotlivých sociálních služeb.

7.5 Vazba projektu na strategické dokumenty

Vazba na komunitní plánování sociálních služeb Bruntál.

7.6 Realizační tým projektu

Na základě provedených výběrových řízení bude sestaven tým profesionálů, kteří budou poskytovat služby duševně nemocným přímo v jejich přirozeném prostředí. Terénní tým bude zajišťovat koordinaci poskytovaných sociálních služeb klientům, bude zajišťovat osobní asistenci a podporu bydlení v přirozené komunitě. Další součástí je

odborná podpora zaměstnanců v sociálních službách v regionu Bruntálsko, kteří s duševně nemocnými pracují, popřípadě se s nimi pracovně setkali.

<i>Funkce:</i>	<i>Pracovní náplň</i>
Vedoucí sdružení	Pracovník pověřený vedením projektu je zároveň statutárním zástupcem organizace, má zkušenosti s vedením projektu, je oprávněn podepisovat dokumenty a vystupovat za organizaci na veřejnosti. Schvaluje zápisy z porad týmu, zodpovídá za publicitu projektu a informuje o průběhu projektu tým. Zajišťuje výběr zaměstnanců.
Vedoucí týmu	Úkolem je vedení a řízení týmu, koordinuje a mapuje klíčové aktivity projektu. Vede porady týmu, zajišťuje dohled nad finanční stránkou projektu.
Case manager pracovník	Zodpovídá za každodenní poskytování psychosociální podpory uživatelům služby. Navazuje prvotní kontakt s klientem, mapuje s klientem jeho potřeby, společně stanovují zakázku. Poskytuje klientovi služby. Zajišťuje zapojení klienta do vybraných služeb, spolupracuje s ostatními organizacemi. I přesto, že jsou klientovi poskytovány služby jiných organizací, zůstává case manager „klíčovým pracovníkem“ pro klienta. Pracovník se účastní pravidelných porad týmu, spolupracuje s ostatními case managery tak, aby byla zajištěna dostatečná zastupitelnost týmu. Aktivně spolupracuje s praktickými lékaři, s ambulantními psychiatry, psychiatrickou léčebnou v Opavě, Fokusem Opava. Zprostředkovává informace o nabízených službách (zájemcům o službu, ostatním sociálním službám), vyhledává potencionální uživatele služby a zajišťuje klientům návaznost na jiné služby v rámci komunity.

Odborný psychiatr	Zajišťuje odborné konzultace case managerům a spolupracuje s klienty. Doporučuje nové klienty pro služby case management.
Finanční manažer	Zajišťuje průběžný finanční monitoring projektu, vedení potřebných záznamů k zabezpečení bezchybného zpracování finančních zpráv projektu. Zpracovává veškerou administraci projektu (pošta, práce s doklady, sledování spotřebního materiálu, archivace dokumentů, kontrola výkazů práce).

7.7 Hlavní aktivity projektu

Aktivity projektu budou vycházet z možností využití existujících zdrojů komunity a budou navazovat na to, co již v komunitě existuje a je vnímáno pozitivně, a to díky zapojení v komunitním plánu sociálních služeb Bruntál. Tím bude zaručeno, že nebude docházet k duplicitě poskytovaných služeb pro duševně nemocné.

Č.	Aktivita	Popis aktivity
1	Zajištění kanceláře pro realizaci projektu	Obsahem stanovené aktivity bude zajištění a vybavení kanceláře, která bude určena pro realizaci stěžejních aktivit projektu. Bude zde prostor pro administraci projektu a vhodná místnost určená pro bezprostřední kontakt s klienty. V současnosti je vytipován vhodný bezbariérový prostor v budově bývalého kulturního domu v centru města, budova slouží jako kanceláře firem a neziskových organizací. Bude pořízeno základní vybavení kanceláře (psací stoly, kancelářské židle, křesla s konferenčním stolem).
2	Personální zajištění projektu	V první etapě projektu bude vyhlášeno výběrové řízení na vedoucího projektu, finančního manažera projektu a dva case managery. Dále budou osloveni místní psychiatři (dle lokality a pracovních zkušeností) s nabídkou aktivní

Č.	Aktivita	Popis aktivity
		spolupráce na dohodu o pracovní činnosti. Součástí týmu bude také supervizor.
3	Vytvoření metodiky pro poskytování služeb	Dojde k zahájení jednání s organizací Fokus o možné spolupráci a sdílení zkušeností. Organizace Fokus poskytuje tuto službu již od roku 2005. Na základě pravidelných setkání a stáží zaměstnanců v organizaci Fokus a cíleného vzdělávání case managerů a vedoucího týmu bude vytvořena odpovídající metodika respektující specifika regionu Bruntál a potřeby klientů. Součástí bude také zpracování možných rizik pro cílovou skupinu a daný region. Zpracovaná metodika bude vycházet z aktuální verze standardů kvality sociálních služeb dle Ministerstva práce a sociálních věcí. Výsledkem bude dokument odpovídající nárokům Zákona č. 108/2006, Sb. o sociálních službách. Metodika bude průběžně aktualizována dle potřeb cílové skupiny, změn v daném regionu (například zánik či vznik sociální služby) a změn legislativy. Cílem je vytvoření kvalitní cílené služby na základě potřeb klientů.
4	Vzdělávání týmu a supervize case managementu	Supervize bude probíhat pravidelně 1x za dva měsíce pro celý tým. Pracovníci budou mít také možnost individuální supervize dle potřeby. Součástí projektu je vzdělávání zaměstnanců v oblasti case managementu, proces psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním, práce na individuálním plánu klienta, krizová intervence, psychiatrické minimum.
	Zajištění spolupráce	Na počátku realizace projektu bude zahájena aktivní spolupráce s organizací Fokus Opava viz aktivita 3.

Č.	Aktivita	Popis aktivity
		<p>Dojde k navázání spolupráce s koordinátorem komunitního plánování sociálních služeb v Bruntále a následnému zapojení do pravidelných setkání jednotlivých skupin komunitního plánování (senioři, zdravotně postižení, osoby ohrožené sociálním vyloučením, menšiny). Prostřednictvím komunitního plánování dojde k seznámení s ostatními neziskovými organizacemi. Spolu s ostatními neziskovými organizacemi dojde k vybudování kvalitního propojeného systému péče o duševně nemocné.</p> <p>Navázání spolupráce s městskými úřady (odbory sociálních služeb), s úřady práce, správou sociálního zabezpečení v Bruntále, Krnově, Vrbně pod Pradědem.</p> <p>Zapojení místních praktických lékařů a ambulantních psychiatrů - podpora spolupráce na lepší propojenosti zdravotní a sociální péče o duševně nemocné.</p> <p>Zapojení odborné i laické veřejnosti. Předcházení stigmatizace informovaností. Tato aktivita bude naplňována díky aktivitám komunitního plánování sociálních služeb Bruntál (pravidelné akce pro veřejnost – veletrh sociálních služeb, katalog sociálních služeb Bruntál, informace v místním tisku).</p> <p>V návaznosti na poptávku týkající se duševního onemocnění, zjištění nedostatků a chybějících služeb pro duševně nemocné. Spolupráce s jinými organizacemi na vytvoření těchto služeb.</p>
	<p>Aktivní vyhledávání cílové skupiny</p>	<p>Zajištění „vstupního místa“ pro přechod z méně specializovaných služeb do služeb specifických s cílem péči efektivně využívat. Zajištění adekvátní péče podle</p>

Č.	Aktivita	Popis aktivity
		aktuálních potřeb klienta.
	Výčet poskytovaných služeb case managerem	Case manager zajišťuje klientovi vstup do služby. Aktivně pracuje s klientem na tvorbě individuálního plánu (stanovení zakázky klienta, aktualizace a doplňování individuálního plánu, pravidelné zhodnocení plánu). Zajišťuje kontakt a rozhovor s rodinou a blízkými příbuznými nemocného. Poskytuje poradenství, nácvik dovedností, pomoc při finančním hospodaření, doprovody, zajišťování spolupráci s jinými organizacemi.
	Vzdělávání realizačního týmu	Zajištění odpovídajícího specifického vzdělávání sociálního a zdravotního personálu pro práci s duševně nemocnými. Zajištění také doposud chybějícího vzdělávání managementu organizací poskytujících péči o duševně nemocné (vedení a řízení organizací komunitního typu).
	Vyhodnocení jednotlivých etap projektu	Pravidelně bude docházet ke zpracování zpráv o výsledcích projektu, naplňování stanovených cílů a stanovování nových plánů dle současné situace (regionální, legislativní, dle potřeb klientů).
	Administrace projektu	V průběhu celého projektu se bude provádět měsíční monitoring činností jednotlivých aktivit projektu. Jsou zde zahrnuty veškeré koordinační, podpůrné a kontrolní činnosti, včetně vyhodnocení projektu se záměrem zabezpečit jeho úspěšný průběh. Součástí managementu projektu bude i průběžná příprava a vyhodnocení připravenosti projektového týmu (tvorba metodiky, naplňování Standardů kvality sociálních služeb) k registraci nové sociální služby. Aktivně se na této aktivitě bude podílet vedoucí projektu, finanční manažer,

<i>Č.</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Popis aktivity</i>
		supervizor.
	Supervize	Členové realizačního týmu budou mít možnost pravidelných individuálních supervizí dle potřeby. Týmová supervize bude probíhat 1x za 2 měsíce.

7.8 Rizika projektu

Riziko: Nezáměr cílové skupiny o poskytovanou službu - malá ochota spolupracovat. Eliminace rizika: Individuální přístup case managera - vhodné zvolení formy komunikace - různé způsoby oslovení a zapojení cílové skupiny (dle potřeb klienta).

Riziko: Nezáměr o spolupráci ze strany praktických lékařů, psychiatrů, poskytovatelů sociálních služeb. Eliminace rizika: Zapojení do komunitního plánování sociálních služeb Bruntál, nalezení společného tématu v péči o duševně nemocné (primární a terciární péče).

Riziko: Finanční rizika - nedostatek financí na zajištění činnosti jednotlivých aktivit projektu. Eliminace rizika: Vytvoření kvalitní registrované sociální služby, oslovování sponzorů, získávání dalších finančních prostředků prostřednictvím grantů a dotací.

Riziko: Výběr pracovníků. Eliminace rizika: Hledat pracovníky s nadšením pro věc, zajištění supervizí a vzdělávání, motivace.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo na základě zjištěné potřeby navrhnout službu Case management pro cílovou skupinu dlouhodobě duševně nemocných v regionu Bruntálsko. Prostřednictvím odborných rozhovorů, prostudováním všech dostupných materiálů a poznatků z historie jsem zmapovala situaci v oblasti duševních nemocí v rámci Bruntálského regionu. Stávající situaci jsem zkonzultovala s odborníky, kterých se péče o duševně nemocné bezprostředně či okrajově týká (lékaři, neziskové organizace, zprostředkovatelny úřadu práce, sociální odbor městského úřadu apod.). Oblast péče je zde prioritně zaměřena na péči sekundární, zatímco primární péče (tj. péče, která by řešila včasný záchyt vzniku nemoci, a tím snižovala dopady v celkovém kontextu) a terciární péče (tj. péče zmírňující dopady duševního onemocnění následnou rehabilitací po ukončení léčby) je nedostatečná, nenavazující, nebo dokonce chybí. Potvrdila se mi také nepropojenost systému péče, která je pro zlepšení kvality života duševně nemocného pacienta nutná. Zároveň jsem vyhledala i pacienty trpící duševním onemocněním (viz. kazuistika) a na konkrétních případech jsem si ověřila, že primární ani návazná péče v oblasti sociálních služeb pro duševně nemocné není v regionu zajištěna.

Při stále se zvyšujícím počtu psychických onemocnění („epidemie“) je situace alarmující a dle mého názoru vyžaduje zviditelnění. Proto jsem vytvořila návrh projektového záměru, který by měl v regionu Bruntálsko sloužit k realizování služby Case management (tento model je v České republice již úspěšně realizován díky občanskému sdružení Fokus). Realizace navrhované sociální služby je pro lidi s duševním onemocněním nezbytná tím, že je schopna včasným odhalením a následným doléčením zmírnit dopady jak na člověka a jeho okolí, tak na celou ekonomickou sféru. Moje studium, praxe sociálního pracovníka v regionu a cenné konzultace s odborníky na tuto problematiku (zejména s MUDr. Janem Stuchlíkem, předsedou občanského sdružení Fokus Mladá Boleslav a odborníkem na case management) přispěly k ucelenějšímu uchopení celé problematiky a k jistotě, že mnou navrhované řešení prostřednictvím uvedené strategie je pro danou situaci na Bruntálsku optimální.

8 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BAUDIŠ, P., LIBIGER, J., *Psychiatrie a etika*. Praha: Galen, 2002. 156 s.

ČERNOUŠEK, M., *Šílenství v zrcadle dějin. Pojednání pro inteligentní čtenáře* Praha: Grada, 1994. 236 s.

DÖRNER K., PLOG U., *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. 356 s.

FIALOVÁ, A. *Case management jako metoda a služba*. Praha: VŠPSS, 2006. 105 s.

HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Slon, 1997. 221 s.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J., *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. 895 s.

JANOSIKOVA, E.H., DAVIESOVÁ, J.L. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatelstvo*. Martin Osveta: 1999. 153 s.

JAROSOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství* Praha: Grada, 1997. 100 s.

KOLIEROVÁ, B., ERBOVÁ, L., OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1.vyd. Martin Slovenská republika: Osveta, 1995. 836 s.

MARKOVÁ, E., aj. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s.

MATOUŠEK, O., aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 384 s.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 288 s.

VANGLEŘOVA, M., MAHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 157 s.

PORTER, R., *Největší dobrodiní lidstva – historie medicíny od starověku po současnost*: Praha: Prostor 2001. 812 s.

SOKOL, R., TREFILOVÁ, V., *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. 444 s.

REKTOŘÍK, J., aj. *Organizace neziskového sektoru*. Praha: Ekopress, 2001. 177 s.

ŠTEFLOVA, A., *Integrovaná komunitní péče – úloha primární péče v péči komunitní*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR 2000, odbor zdravotní péče. 40 s.

STUHLÍK J., *Asertivní a komunitní léčba & case management*. Praha: Fokus, 1991. 87 s.

SVOBODA, M., aj. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. 320 s.

ŠKODA, C., aj. *Duševní zdraví obyvatel ČR z pohledu spotřeby zdravotnických služeb včera, dnes a zítra*. Praha: Galen, 1996. 97 s.

ŠUPA, J., Expertiza pro cílovou skupinu osoby s duševním onemocněním Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb Brno: 2006.

VENCÁLEK J., aj. *Okres Bruntál*. Bruntál: Okresní úřad a školský úřad, 1998. 101 s.

VANGLEŘOVA M., MAHROVÁ G., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním* Praha: Grada, 2008. 176 s.

WEEGHEL J. *Introduction. In Komunity care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness*. Utrecht: Timbos Institute, 2002. s. 9-20

Články:

BAJER, P., Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce*, 2008. 1. s. 4 – 6

BAYEROVÁ, D., Sociální práce s psychiatrickým pacientem *Esprit* 2008. 1–2. s. 8–9

LIBGER, J., Stigma duševní nemoci. *Časopis pro moderní psychiatrii*. 2001. 5,1, s. 38-40.

MALÍKOVÁ, K., Místo sociální psychiatrie v moderní psychiatrické péči. *Esprit*, 2006. 6–7, s. 16-17

STUHLÍK, J., Psychiatrii a praktičtí lékaři pracují na společném projektu. *Psychiatrie pro praxi*, 2008. 9. s. 192 – 193

PEČ J., Možnosti a meze změn struktury v psychiatrické péči u nás. *Psychiatrie pro praxi*, 2008. s. 4

Zákony a dokumenty:

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 83/1993 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 245/1997 Sb., o obecně prospěšných společnostech, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 308/1991 Sb., o svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů

Efektivita komunitních služeb pro duševně nemocné. Závěrečná zpráva projektu S0047/003 Praha: Fokus 2003. 160. s

Model sledování, hodnocení a zkvalitnění komunitní péče o duševně nemocné. Závěrečná zpráva o řešení programového projektu NO/6656-3.Praha: CMHCD 2003

Zásady ochrany duševně nemocných, přijaty rezolucí generálního shromáždění OSN č.46/119 r. 1991.

Zelená kniha. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Komise evropských společenství, Brusel 2005.

Zdraví 21. Osnova programu zdraví pro všechny v evropském regionu Světová zdravotnická organizace. Praha: 2000.

WWW Stránky:

Akční plán duševního zdraví pro Evropu. [online]. /cit. 2009-27-12/. Dostupné z http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/akcniplanMHHelsinki_cesky.doc -

Historie psychiatrické léčebny v Opavě. [online]. /cit. 2008-11-12/. Dostupné z <http://www.plopava.cz/historie1.htm>

Informace ze zdravotnictví Moravskoslezského kraje č. 10/2007[online]. /cit.2009-15-02/. Dostupné z http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3121

Koncepce oboru psychiatrie. [online]. /cit.2009-0-01/. Dostupné z <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/koncepce.pdf>

PEČ, O., aj., Vzdělávání odborníků státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Praha 2006 – 2007 [online]. /cit. 2008-17-12/. Dostupné z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/odborna_zprava_z_projektu.pdf

PEČ, O., aj., Situační analýza péče o duševně nemocné na území hlavního Města Prahy. [online]. Dostupné z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/situacni_analyza.pdf

Psychiatrická péče 2005. Praha, 2006. [online]. /cit. 2009-12- 01/. Dostupné z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychiatr®ion=100&kind=21&mnu_id=6200>

Psychiatrická péče 2006 [online]. /cit.2009-15-03/. Dostupné z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychiatr®ion=100&kind=21&mnu_id=6200

Zpráva z návštěvy psychiatrických léčeben [online]. /cit.2009-19-01/. Dostupné z <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=1341>

9 PŘÍLOHY

9.1 Příloha č. 1 Kasuistika

O příběhu L. jsem se dozvěděla dříve, než jsem se s ní poprvé setkala. Věděla jsem však velmi málo – že trpí psychickým onemocněním a že žije sama. Osobně jsem se s ní seznámila na svém prvním pracovišti v Kofoedově škole, kde jsem pracovala jako sociální pracovníce. L. se tam přišla přihlásit do kurzu práce na PC a v té době byla již delší dobu bez zaměstnání a pobírala částečný invalidní důchod. Naše první setkání proběhlo v mé kanceláři. Seděla přede mnou paní středních let, plnější postavy, s upraveným zevnějškem. Zaujal mě však výraz jejich očí, který byl v rozporu s jejím chováním. Oči byly nepřítomné a jakoby skleněné. Působila však velmi vyrovnaně a optimisticky. Mluvily jsme spolu hodně otevřeně, ale o své duševní nemoci se tenkrát nezmínila.

S L. jsem hovořila o důvodech, proč se rozhodla navštěvovat Kofoedovu školu a o co by měla z naší strany zájem. Školu jí doporučila kamarádka, a ona se rozhodla, že to vyzkouší. Chtěla se naučit pracovat na internetu, aby se mohla podívat na nejrůznější informace ze světa, hodně se zajímala o cestování. Rada jezdí na kole a velmi hezky mluvila o své čtyřnohé přítelkyni Šmudle, kterou zdědila po své mamince. Mluvila o ztrátě svého zaměstnání a o svých obavách, zda si udrží své stávající bydlení. Situaci však zvládala.

Na prvním setkání jsme se spolu domluvily, že ji přihlásím do kurzu základů PC, kde se naučí nejdříve pracovat s počítačem, a pak se může účastnit i dalších kurzů, které nabízíme. Na práci se velmi těšila a byla plná elánu a energie k poznávání všeho nového. O 14 dní později začala L. docházet do kurzu základů PC a vždy jsme si našly čas na společné rozhovory. Protože jsem měla informace i z jejího okolí a L. mluvila velmi otevřeně, začala jsem si ze střípků skládat mozaiky jejího života.

Narodila se v roce 1953 jako třetí dcera v rolnické rodině. Její otec byl v té době na „manévrech“ (vojenské cvičení), maminka byla sama a měla na starosti tři malé děti - dvouletou K., roční J. a L., které bylo v té době 14 dní. Maminka prodala na popud vypočítavého souseda koně, ale díky měnové reformě přišla o velkou částku peněz.

Strach z návratu manžela, sociální nejistota, starost o tři malé děti, a možná i poporodní psychóza, dohnala maminku k sebevraždě oběšením (datum narození matky není znám).

Po smrti matky byli sourozenci rozděleni. Prostřední sestru J. vychovala babička, která zůstala v místě bydliště na jižní Moravě. L. a nejstarší sestry se ujala teta (manželka bratra L. otce) a sestry tak vyrůstaly spolu na severní Moravě. Teta, které začala L. říkat maminko H., neměla vlastní děti. O strejdovi se Lída zmiňuje jen okrajově, záhy od rodiny odešel a teta zůstala na výchovu sama. Díky špatné finanční situaci měla dvě zaměstnání.

Vlastního otce Lída vídala pouze zpočátku a jen velmi zřídka. Založil novou rodinu a nikdy neprojevoval o L. a její sestry zájem.

Osobnost maminky H. znám ze dvou pohledů. Jednak z vyprávění L., která ji popisuje jako velmi obětavou, která naplnila svůj život staráním o ní a o sestru. Měly hezký vztah, chodily do lesa na dřevo, maminka hodně zpívala. Pracovala v různých zaměstnáních, aby dcerám zajistila obživu. Pracovala v kasárnách v kuchyni, kde vydávala proviant, později vykonávala dělnické profese.

Druhý pohled na maminku byl pohled L. přítelkyně, se kterou jsem později spolupracovala. Ona sama H. a Lídu poznala až v roce 1991 při změně zaměstnání. H. na ni působila zanedbaně, hystericky a L. velmi často neadekvátně napomínala. Okolí i L. dávala najevo, že tím, že si vzala děti do péče, jim obětovala celý svůj život na úkor sebe a vyčítala jim, že se jí to dostatečně nevrací. Cokoliv L. udělala, bylo pro H. špatně.

Své dětství L. popisuje jako velmi pěkné. Vyrůstala v malém domku na předměstí Bruntálu. Většinu dne po příchodu ze školy trávila venku na ulici, kde si hrála s ostatními dětmi. Domů chodila, až když už si neměla s kým hrát. Její starší setra ji často hlídala. Daleko podrobněji se však zmiňuje o prázdninách na jižní Moravě, kam každoročně jezdily za babičkou a její sestrou J. Tam se cítila opravdu šťastná a spokojená a vždy se velmi na prázdniny těšila.

L. prošla základní školou, kde ji velmi bavilo šití, a tak se přihlásila na odbornou školu - tříletý obor švadlena, kterou úspěšně dokončila. Nastoupila do zaměstnání, do oděvního družstva ARS. V 18 letech se osamostatnila a přestěhovala se na svobodárku.

Dva roky poté se vdala – „byla to velká láska“. Manželství trvalo tři roky díky častému pití manžela. V té době se poprvé pokusila o sebevraždu oběšením. První pokus se jí nezdařil, provaz se s ní utřhl. Poté chtěla vyskočit z okna, tomuto pokusu zabránil náhodný svědek a byla poprvé hospitalizovaná (na 2 měsíce) v psychiatrické léčebně v Opavě. Pobyt v léčebně nesla velmi těžce. Byla předávkovaná léky a měla strach, že už ji odtud nikdy nepustí. V období hospitalizace nevlastní matka H. požádala o rozvod L. manželství. Po dvouměsíční léčbě byla L. propuštěna. Nastěhovala se zpět k mamince H., se kterou zůstala ve společné domácnosti jeden rok. Vše se relativně upravilo. Po roce se podruhé vdala a odstěhovala se s manželem do samostatného bytu. Manželství trvalo 8 let. Během těchto let se velmi často ocitala v léčebně. Poprvé jí byla diagnostikována manio-depresivní psychóza (nyní bipolární porucha). Manželství bylo velmi komplikované – „neuměli žít spolu, ani bez sebe“. Ze začátku chodili velmi často na zábavy, plesy, měli hodně přátel. Postupně se situace zhoršovala, jeden týden byl manžel velmi milující, charakterní, hodný člověk, a následně propil všechny peníze. Tyto situace se opakovaly. Stresující situace a neustálá nejistota byly pro L. velkou zátěží. Vyhrocený stav vždy řešila její matka H., která L. „šoupla“ v případě nutnosti do PL Opava. Manžel ji tam jezdil navštěvovat a sliboval, že se změní.

V roce 1989 L. změnila zaměstnání. Předtím si doplnila vzdělání v oboru prodavačka textilního zboží. Prodávala oděvy a textil, což ji hodně naplňovalo. Kontakt s lidmi ji pomáhal zapomínat na její problémy. V té době již pravidelně docházela k psychiatrovi.

Třetí pokus o sebevraždu byl v roce 1991, kdy se její zdravotní stav zhoršil a po návštěvě svého psychiatra se předávkovala léky, které jí lékař předepsal. Chtěla ukončit svůj život. Spolupracovníci, kteří už věděli o jejím onemocnění a zhoršujícím se zdravotním stavu, vytušili, že se něco stalo (nepřišla do zaměstnání) a za pomoci policie otevřeli byt.

L. byla ve velmi vážném stavu převezena do nemocnice. Pak následovala další hospitalizace v Opavě. Po návratu se situace dále zhoršovala. Matka H. vážně onemocněla a byla hospitalizována pro diabetes. Díky pokročilé gangréně jí byla amputována pravá dolní končetina a nebyla schopna postarat se sama o sebe. Svůj stav

velmi těžko snášela a byla zlostná. Po hospitalizaci se o ni nějakou dobu starala L. ve vlastním bytě. Péče a pracovní povinnosti byly pro L. velmi stresující a vysilující. Trpěla zhoršujícími se výčitkami svědomí, že se nedokáže o matku postarat. Ta jí to dávala náležitě najevo a nebyla s její péčí spokojena.

L. již tušila, že není schopna vše zvládnout, a tak se rozhodla na popud svého ošetřujícího lékaře matku H. umístit do domova důchodců, kam za ní denně docházela. Matka nabyla spokojena ani zde, svoji situaci řešila zlostí na L. a také na personál domova. Po smrti matky v roce 2002 byla L. hospitalizována. Jednalo se o nejdelší pobyt v léčebně, cca půl roku. Trpěla obrovskými pocity viny, že se nedokázala o matku postarat. Celý život se máma o ně starala a ona pak selhala. Znova se objevovaly sluchové halucinace, hlasy L. nutily, aby ubližovala svým přátelům. Pocity viny a halucinace se stupňovaly.

Po návratu z léčeben se rozhodla změnit psychiatra. Tato změna byla prvním světlým bodem v historii její nemoci. Psychiatr jí začal vyřizovat částečný invalidní důchod, který jí byl také přiznán, a L. na částečný úvazek zůstala na stejném pracovišti. Díky svému zaměstnavateli, který znal její problémy a byl schopen je tolerovat, měla kolem sebe vybudovaný „systém záchranné péče“. Její stav řešili kolegové z práce a pomáhaly kamarádky. V roce 2005 jsem se s ní poprvé setkala, tehdy se stala studentkou Kofoedovy školy.

Rodinné zázemí:

L. je dvakrát rozvedená, bezdětná. Má dvě sestry, se kterými udržuje dobrý vztah a vzájemně si pomáhají. Starší z nich K. je psychicky nemocná, trpí paranoidní schizofrenií. Starší sestra J. žije na jižní Moravě s přítelem. Matka ani otec již nežijí. Vyrůstala s nevlastní matkou H. a nejstarší sestrou K. Matka je vedla k pořádku, k bezmezné poslušnosti a spořivosti.

Práce a volný čas:

L. v současnosti již nepracuje, pobírá invalidní důchod. Volný čas tráví vycházkami po městě se psem. Navštěvuje přátele a své sestry. Také chodí na pravidelná setkání evangelické církve husitské. K víře L. přivedla nevlastní matka H., která ji i setru

zapojila v dětství do církve Svědků Jehovových. Maminka ji vždy říkala „nezříkej se Boha, Bůh ti vždy pomůže“.

Vztahy s ostatními lidmi:

L. je kamarádká, má hodně přátel a známých. Málo z nich však ví o její nemoci. Ráda s nimi udržuje kontakt, neuzavírá se do čtyř stěn. O další partnerské vztahy nestojí.

Zdravotní stav:

V roce 1980 ji byla diagnostikována bipolární porucha. Delší dobu měla problémy se štítnou žlázou (hypotyreóza), trpěla nespavostí, celkovou unaveností.

Sociální okolnosti:

Bydlí ve státním bytě 2+1, spolu se psem. Finance: V současnosti pobírá plný invalidní důchod. Svoji domácnost zvládá bez problémů, nakupování a péči o svého mazlíčka jí nedělá problémy. V období propuknutí ataku nemoci se sebezpečí zhoršuje, až postupně mizí. L. není schopna udržovat svoji hygienu, zapomíná se najíst, jakékoliv fyzické potřeby jsou potlačeny.

Projevy nemoci:

Vzhled – odpovídá jejímu psychickému stavu, když se L. cítí v pořádku, chodí čistě oblékaná, upravená. V období zhoršení zdravotního stavu přestává dbát o svůj zevnějšek.

Chování – v rozhovoru zaujímá L. většinou ostražitý postoj, je však přátelská. Ráda dle svých možností pomáhá lidem a je velice obětavá. Pokud se její stav zhorší, přestává postupně komunikovat. Nejdříve odpovídá na dotazy, a poté už jen mlčí.

Mluva – mluví normálním hlasem, jasně vyslovuje, mluví spontánně, má širokou slovní zásobu. V období zhoršení zdravotního stavu se nadměrně směje, euforii skončí mlčením.

Nálada – v období klidu je velmi optimistická, nepřipouští si své onemocnění, ani nepočítá s tím, že by mohlo znovu vypuknout. V období vypuknutí další ataky je nadměrně euforická, později depresivní s destruktivními myšlenkami.

Emoce – L. je emotivní, neumí se rychle rozhodovat. Snaží se získat více informací, v jejím rozhodování však chybí realita, což jí ještě více komplikuje rozhodování a ztrácí přehled a schopnost jasného úsudku.

Intelligence – L. absolvovala střední odborné učiliště, prospěch nikdy neměla příliš dobrý. Myslím si, že je přirozeně bystrá, nikdy však neměla podmínky svou inteligenci rozvíjet.

Vnímání – L. je schopna vnímat realitu, dokáže se soustředit, ale je brzy vyčerpaná. Potřebuje při vstřebávání nových informací postupovat pomalu. V období nemoci k ní spousta věcí nedolehne, uzavírá se do sebe a není schopna vnímat skutečnost.

Halucinace a bludy – v období vypuknutí nemoci je L. myšlení bludné, i vnímání světa je v systému bludů. Postupně přestává komunikovat. V období klidu mívá vtíravé, opakující se myšlenky, které se však dají zaplašit. O svých halucinacích je schopna velmi otevřeně hovořit. Při rozhovoru se zmiňuje o tom, že to vše vypráví někomu poprvé, protože měla strach, že ji každý za její „zlé“ myšlenky odsoudí. „Když mě to chytne, nevím, kde mohu najít klid. Mám bludné myšlenky, které jsou velmi zlé. Slyším hlasy, které mi říkají, že mám někoho zabít, hlas si přeje smrt mých nejbližších, nechci jim ale ublížit, a proto chci raději zabít sama sebe“ (jedná se o sluchové halucinace). Dále popisuje svůj stav jako šikanu. Nejde to zastavit. Nedokázala se svých představ zbavit, ztrácela přehled o tom, co je skutečnost a co jsou jen její myšlenky. Začínala mít pocity pronásledování a odposlouchávání. Trpí pocity viny, které jsou založeny na skutečných situacích. Ale svůj podíl viny si zde L. sama vpasuje. A vždy pak za vzniklou situaci může. Jiné halucinace než sluchové se u ní neobjevují.

Myšlení – jinak je její myšlení logicky poskládané. Je věcná a nezabíhá do velkých podrobností. Do minulosti se vrací, jen pokud se jí táže. Věty mají správnou mluvnickou stavbu. Nechce nebo nedokáže myslet do budoucnosti. Žije přítomností.

Paměť – je schopna se velmi rychle zorientovat v nových věcech. Práce na PC jí činila problémy ze začátku, ale díky své vytrvalosti se vše naučila. Problém s pamětí mívá po hospitalizaci elektro-kompulzivní terapií, kdy se znovu musí učit násobilku a psaní.

Orientace – ví, co je za den, měsíc i rok, orientuje se bez problému. V období nemoci nevnímá čas, den, prostor. Známé osoby poznává, ale není schopna komunikace.

Náhled na nemoc – svoji nemoc si uvědomuje, ví, že o ní píše práci do školy a souhlasí s tím, chce tím pomoci ostatním lidem, kteří trpí stejnou nemocí. Říká, že nejdůležitější je o nemoci mluvit a mluvit, člověk se z toho musí vypovídat, nesmí nic z toho, co cítí, nechat v sobě. A chce, abych to všem nemocným takto říkala.

Rizikové chování – L. se třikrát pokusila o sebevraždu. Ani v jednom případě se nejednalo o demonstrativní chování. Vždy měla strach, že ji hlasy donutí, aby ublížila někomu ze svých blízkých, a také pociťovala velký pocit viny, pokud se přihodila jakákoliv situace v okolí. Příkladem může být situace, kdy její přítelkyně opustila zaměstnání (již ji práce neuspokojovala). L. si vyčítala, že je to proto, že se zmínila svému zaměstnavateli o své kamarádce bez práce a ten ji přijal místo kolegyně, která chtěla odejít. Nikdo jí však nebyl schopen vysvětlit, že důvod odchodu je jiný.

První ataka nemoci – z L. vyprávění soudím, že se mohlo jednat o situaci, kdy si strašně moc přála látku, kterou měla její babička a tu od babičky taky dostala. Když si L. od babičky brala onu látku, pomyslela si, že babička může do 14 dnů umřít. Babička opravdu do 14 dnů umřela.

Další ataky nemoci přijdou náhle, nedá se říct, co je spouštěčem, někdy se jedná o dlouhodobější zátěžovou situaci a někdy stačí maličkost. „Dostala jsem se do sekty a studovala jsem hodně Bibli. Četla jsem o tom, jak Jidáš zradí Ježíše. Je tam psáno, že je dáno, že Ježíše někdo zradí. A proto jsem se zastávala Jidáše. Pohltilo mě zlo. V Bibli bylo také napsáno, že Satan může zkoušet tak dlouho, dokud člověk bude žít, do zachování života. A já jsem se nemohla dostat k Ježíši. Napadají mě pak zlé myšlenky.“

Rodinná anamnéza:

- Matka spáchala sebevraždu v roce narození L. 1953.
- Otec alkoholik, s rodinou se stýkal jen ze začátku, nejevil o děti zájem.
- Nevlastní matka H. již nežije, hrála v životě L. nezastupitelnou roli.
- U sestry K. – diagnostikována schizofrenie (rok si L. nepamatuje)
- Sestra J. v pořádku, žije s přítelem na jižní Moravě. S L. se stýká, pomáhá jí.

Situace po prvním kontaktu

Situace po prvních setkáních byla stabilní. L. zvládala výuku na PC bez větších problémů, často za mnou docházela s dotazy na upřesnění probíraného ve výuce. Postupně se začal její zdravotní stav zhoršovat, byla unavená, často nebyla schopna soustředit se na výuku, přestávala komunikovat. Zpočátku se snažila výuku zvládat. Dle konzultací s lektorem jsme však usoudili, že bude lepší výuku na čas přerušit. S L. jsme se domluvili, že výuku ve skupině ukončíme a že bude nadále docházet na individuální hodiny, které budou přizpůsobeny jejímu tempu a potřebám.

Postupně se její stav zhoršil natolik, že byla nutná hospitalizace. O hospitalizaci L. jsem se dozvěděla až po telefonickém rozhovoru s její kamarádkou. Poté jsem o L. delší dobu neslyšela. V PL zůstala 3 měsíce. Po návratu domů mě kontaktovala její přítelkyně, která si nevěděla rady se vzniklou situací. L. na tom nebyla stále nejlépe, komunikovala minimálně, nebyla schopna se o sebe postarat. „Kam ji člověk posadil, tam ji našel“. Domluvili jsem se, že L. přijde za mnou a že se ji opět pokusíme nabídnout naše služby, v rámci kterých by mohla trávit svůj volný čas.

Při příchodu mě překvapilo jak je L. povadlá, unavená, smutná, bez života, příliš toho nenamluvila. V té době byla na nemocenské dovolené a měla omezené vycházky. Jediné, co mě v té době napadlo a s čím L. souhlasila, byla možnost zažádat o plný invalidní důchod. Který by vyřešil její finanční situaci, a s tím související strach a neustálý stres, že přijde o částečný úvazek v práci, svůj byt a nebude mít kde bydlet. Začaly jsme tedy pracovat na vyřízení plného invalidního důchodu. Proces byl zdlouhavý a pro L. stresující. Situace se přes veškeré snahy nelepšila.

Do jakékoliv aktivity Kofeodovy školy chodit odmítala. Jediná věc, která se jí zamlouvala, byla práce na PC pod dohledem dobrovolníka (v rámci Kofeodovy školy pracují dobrovolníci, kteří prošli kurzem a dobrovolně doučují své spolužáky). L. jsem vybrala dobrovolnici, o které jsem věděla, že je schopna přizpůsobit se L. tempu a jejím požadavkům a vnést do výuky přátelskou atmosféru. Dobrovolnici jsem řekla základní informace o L. (seznamila jsem ji s její nemocí, a s tím, co je v kontaktu s L. důležité vědět). Domluvily jsme se na pravidelných konzultacích vždy po hodině, nadále jsme se tak pravidelně setkávaly. Někdy byla komunikativní, jindy naopak nepromluvila ani

slovo. Spolupráce s dobrovolnicí se dle mého názoru osvědčila. Navázala s L. dobrý vztah a díky společnému tématu „PC“ L. začala více komunikovat.

Během vyřizování plného invalidního důchodu byla L. ještě jednou hospitalizovaná (2 měsíce). Po poslední hospitalizaci se situace výrazně zlepšila, během poslední hospitalizace došlo k vyřízení plného invalidního důchodu, což L. dle mě pomohlo nejvíce, protože jí odpadla starost, jakým způsobem si zajistit živobytí a promítlo se to v jejím celkovém stavu.

Vlastní zhodnocení práce s L.

Velmi často jsem se ocitala na hranici bezradnosti, L. nepodávala dostatek informací (verbálních, neverbálních), nevěděla jsem si rady s jejím smutkem, strachem, nereálnými myšlenkami, nikdy jsem nevěděla, zda je našťvaná, smutná, co prožívá.

Neměla jsem tušení, jakým způsobem zajistit kvalitní péči, která by pro L. znamenala určitou jistotu. Vše jsem řešila „selským rozumem“ bez jakékoliv jistoty, že postupuji správně. Věděla jsem pouze, že pokud budou mé otázky nejasné a budu na L. příliš naléhat, uteče a zůstane sama bez pomoci.

Dívám-li se zpětně na svoje počínání, vím, že jsem tenkrát dělala, co jsem mohla. Jiné možnosti řešení mě tehdy nenapadaly. Až nyní mohu říci, v čem spatřuji největší nedostatky. Díky studiu a přípravě diplomové práce vím, že pomoc by tenkrát mohla být efektivnější a rychlejší, nemusela jsem se potýkat s beznadějí neřešitelné situace a strachem, jak to s L. dopadne, pokud by existoval optimální vyvážený model psychiatrické péče. Myslím si, že pro L. by byla naprosto ideální case management služba (komunitní přístup), která nabízí dlouhodobou návaznou pomoc duševně nemocným a jejich blízkým nejen při návratu z hospitalizace, a která zajišťuje kvalitní služby se zřetelem na potřeby nemocného.

Navržený optimální plán pomoci:

- Navázala bych kontakt s ošetřujícím psychiatrickým lékařem L. – cílem by bylo zjistit informace, které by mi poskytly vyvážený nadhled nad L. nemocí a díky tomu možnost zavčas rozpoznat zhoršení zdravotního stavu a vzniklou situaci řešit.
- Navázala bych spolupráci s PL Opava – cílem by bylo spolupracovat během hospitalizace a zajistit návaznou péči při propuštění L. domů.
- Snažila bych se dříve podchytit rodinnou situaci (rodina, přátelé) – cílem by bylo vyjednávání v přirozeném prostředí, dala bych svůj kontakt sousedům, aby věděli, na koho se obrátit v případě zhoršení zdravotního stavu L. Zajistila bych zprostředkování edukace L. přátelům, kteří se podíleli na péči o ní a velmi často nerozuměli jejímu chování.
- Pravidelně L. kontaktovat a monitorovat i v případě, že to její zdravotní stav nevyžaduje.
- Zajistit L. aktivní trávení volného času – cílem by bylo L. aktivizovat a najít jí možnost trávení volného času, zprostředkovat kontakt na jiné organizace působící v bruntálském regionu.

Další prostředky vedoucí k zajištění kvalitnější péče:

- Zprostředkování lepšího vzdělání sociálních pracovníků (sociálního odboru městského úřadu, úřadu práce, správy sociálního zabezpečení) a dalších pracovníků, kteří s cílovou skupinou pracují.
- Zprostředkování informací o duševním onemocnění veřejnosti – podílet se tak na boji proti stigmatizaci.
- Aktivně se zajímat o problematiku duševního onemocnění- bojovat za práva duševně nemocných a snažit se o změnu systému poskytované péče.

Posudek vedoucího diplomové práce

Diplomová práce:

VÝVOJ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V BRUNTÁLSKÉM REGIONU

Diplomant: Barbara Vávrová

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Jan Stuchlík

Diplomová práce zpracovává problematiku péče o duševně nemocné v regionu Bruntál.

V teoretické části autorka zpřehledňuje základní pojmy. Při vymezování pojmů duševní zdraví a nemoc preferuje (jak odpovídá jejímu odbornému zaměření a zkušenosti) sociální hlediska a klinický pohled zmiňuje pouze okrajově. Neopomíná ani velmi důležitou, ale mnohdy nepřehlednou problematiku stigmatizace duševně nemocných. V popisu péče o duševně nemocné se autorka přidržuje rozdělení na základě typologie služeb a zabývá se jimi z hlediska jejich historického vývoje obecně a ve vymezeném regionu. Důraz zde opět logicky klade na sociální služby a v popisu se opírá o rozsáhlou bibliografii zahrnující 25 knižních titulů, 6 článků a 12 internetových informačních zdrojů. Kromě hlavních přehledných titulů cituje i zcela současné práce.

Z metod práce s duševně nemocnými vybírá pouze case management (případové vedení). Tohoto zúžení problematiky si je autorka vědoma a logicky přesvědčivě jej zdůvodňuje. Za určitou slabinu této části lze považovat, že autorka nevyužívá více zahraniční literaturu, zvláště proto, že česká bibliografie k tomuto téma není příliš rozsáhlá.

Teoretická část je zakončena kapitolami o financování a legislativním vymezení služeb pro duševně nemocné v ČR. Tato část je natolik přesná a komplexní, že je to až překvapující u autorky, která dosud nemá rozsáhlé zkušenosti z praxe.

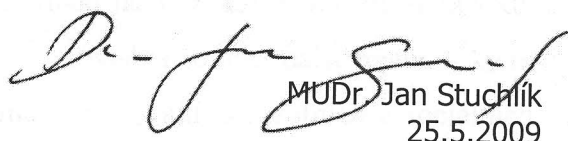
V praktické části autorka navrhuje formou projektového záměru pro zvolený region model péče založený na case managementu. Volí minimální realistickou variantu a lze se domnívat, že autorčin návrh by v daném regionu byl realizovatelný a funkční. Osobně bych v této kapitole uvítal stručnější, přehlednější a srozumitelnější popis, nutno však říct, že jazyk i členění textu této části přesně odpovídá současným požadavkům na projektové žádosti v oblasti sociálních služeb. Za drobný nedostatek lze považovat to, že se autorka ve svém návrhu služby opomněla zabývat stanovením měřitelných cílů a způsobů, jakými bude hodnocena efektivita navržené služby.

Přílohou diplomové práce je rozsáhlá a velmi pečlivě zpracovaná kasuistika duševně nemocné klientky, s níž autorka pracovala. Kasuistika dokresluje potřebu zlepšení služeb v regionu a autorka zde přesvědčivě vysvětluje, o co efektivnější pomoc by

mohla klientce poskytnout, kdyby měla k dispozici službu, kterou v praktické části diplomové práce navrhla.

Celkově lze říci, že jde o práci velmi prakticky zaměřenou a lze si představit její využití při zpracování skutečného projektu. Struktura textu je logická a účelně zužující problematiku tam, kde je to vhodné. Text je kvalitní i po jazykové a formální stránce. Práce s citovanou literaturou je přesná a rozsah použité literatury je dostatečný. Odpovídá i výběr citovaných titulů. Pro práci jistě mohlo být přínosem, kdyby byla k doplnění obrazu více využita zahraniční literatura.

Diplomovou práci hodnotím jako **výbornou**.



MUDr. Jan Stuchlík
25.5.2009

Autorka diplomové práce: Bc. Barbora Vávrová

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Jan Stuchlík

Oponentka diplomové práce: Mgr. Miluše Baginská

Posudek oponentky:

Studentka Bc. Barbora Vávrová (dále jen autorka) se ve své diplomové práci zaměřila na tematiku duševních chorob v kontextu nabídky sociálních služeb v regionu Bruntálska. V teoretické části mimo jiné definuje vybrané termíny, vymezuje pojetí duševní nemoci a hranice mezi normou a onemocněním, popisuje vývoj péče o duševně nemocné, zabývá se výčtem a stručnou charakteristikou institucí, které v současnosti poskytují pomocnou síť lidem trpícím duševním onemocněním. Velký důraz klade na význam a důležitost metody práce s klientem, metodu case management, zmiňuje a srovnává rovněž další metody, které v praxi pomáhají pomáhat. Pro úplnost zmiňuje téma financování zdravotních a sociálních služeb spolu s platnou legislativou týkající se duševně nemocných lidí. V praktické části se lze dočíst o projektu, který se týká návrhu aplikace case managementu v bruntálském regionu, konkrétně autorka mapuje současnou situaci a prostředí regionu, velikost a potřeby cílové skupiny z řad duševně nemocných osob, zmiňuje se i o možných rizicích projektu, realizačním týmu a hlavních aktivitách projektu. Obsah práce je strukturovaný, smysluplný, autorka se obsahově držela cíle, který si v úvodu stanovila (zjistit potřeby v bruntálském regionu a navrhnout case management pro klienty), práce přináší nový pohled na pomoc duševně nemocným, tzn. prakticky popisuje, v jaké míře je důležitý komplexní přístup ke klientům a jejich pečujícím blízkým osobám v problematice duševního onemocnění, a to v konkrétním regionu České republiky. Oceňuji neotřelou volbu tématu, teoretické zpracování i praktické zkušenosti autorky, které usuzuji z citlivě zpracované kazuistiky klientky L. Autorka několikrát naléhavě zmiňuje nutnost změn v poskytování péče o cílovou klientelu, na transformaci nahlíží pohledem dvou stran, doplňuje situaci o význam primární, sekundární a terciární péče. Drobné upozornění na závěr: sociální práce ani vzdělávání nepatří mezi *metody* práce v pomáhajících profesích. Práci doporučuji k obhajobě.

Možné otázky k diskusi:

Jako jedno z rizik uvádíte „nezájem o spolupráci ze strany prakt. lékařů, psychiatrů, poskytovatelů soc. služeb.“ Jak konkrétně vypadá vaše představa (pochopitelně podložená faktickými poznatky) snížení tohoto rizika na minimum? Co vše je potřeba v dané situaci udělat?

Praze 27.5.2009

Miluše Baginská

