

VYHODNOCENÍ SITUACE PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V PRAZE K 31. 12. 2022

**podkladový materiál pro přípravu Plánu regionální péče o duševní zdraví
v HMP na období 2024-2027**



OBSAH

Obsah	2
Seznam zkratek.....	3
ÚVOD.....	4
Východiska k perspektivě rozvoje komunitní sítě péče.....	7
Rozvoj systému péče o duševní zdraví v Praze v rámci Reformy	10
Popis cílových skupin.....	14
Současný stav péče o duševní zdraví v HMP	18
Psychiatrická nemocnice Bohnice.....	23
Alzheimerova nemoc a demence	32
Dětská psychiatrie.....	35
Výstupy projektu neziskové organizace Nevypusť duši a T-Mobile.....	36
Komparace dat z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze (2016–2022).....	37
SWOT ANALÝZA.....	43
Opatření eliminující slabé stránky SWOT analýzy:.....	45
Opatření rozvíjející silné stránky SWOT analýzy:.....	45
Opatření reagující na příležitosti a hrozby SWOT analýzy:	45
AUTENTICKÉ VÝPOVĚDI.....	47
Moderovaná diskuse s mladistvými se zkušeností s duševním onemocněním.....	47
Moderovaná diskuse s rodiči dětí se zkušeností s duševním onemocněním	51
Moderovaná diskuse s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním a neformálními pečovateli	54
SEZNAM ZDROJŮ.....	61

SEZNAM ZKRATEK

24/7–24 hodin denně po dobu 7 dní v týdnu

Aliance CDZ – Aliance center duševního zdraví; www.acdz.cz

CDZ – Centrum duševního zdraví

CRPDZ – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví; www.cmhcd.cz

CS – cílová skupina

HMP – hlavní město Praha

IPVZ – institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví; www.ipvz.cz

IZS HMP – Integrovaný záchranný systém Hl. m. Prahy; www.bezpecnost.praha.eu

KUL MHMP – odbor kultury a cestovního ruchu, Magistrát hlavního města Prahy

MČ – městská část

MHMP – Magistrát hlavního města Prahy

MZS – Metropolitní zdravotnický servis, p.o.; www.mzspraha.cz

NÚDZ – Národní ústav duševního zdraví; www.nudz.cz

OBF MHMP – odbor bytového fondu, Magistrát hlavního města Prahy

OMM MHMP – odbor médií a marketingu, Magistrát hlavního města Prahy

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

PO – příspěvková organizace

PSSZ – Pražská správa sociálního zabezpečení

RHMP – Rada hlavního města Prahy

SML MHMP – Odbor školství, mládeže a sportu, Magistrát hlavního města Prahy

SOV MHMP – odbor sociálních věcí Magistrátu hlavního města Prahy

TESSEA – nestátní nezisková organizace, jejímž posláním je přispívat k rozvoji sociálního podnikání v ČR, s vazbou na činnost v regionech. TESSEA zastřešuje sociální podniky z celé ČR, propojuje je, podporuje jejich zájmy a prezentuje je navenek; www.tessea.cz

TDZ – tým duševního zdraví

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky; www.uzis.cz

ÚP – Úřad práce ČR

ZDR MHMP – Odbor zdravotnictví, Magistrát hlavního města Prahy

ÚVOD

Duševní onemocnění je stav, který má závažné dopady na celý život nositele. Ovlivňuje jeho myšlení, pocity a nálady, schopnost vztahovat se k druhým a fungovat v běžném životě. Odborníci v oblasti duševního zdraví poukazují na skutečnost, že duševní onemocnění způsobuje významná omezení v sociálním a společenském životě, kdy člověk není schopen podávat žádoucí výkony nebo vykonávat určité činnosti. Dopadem pak může být izolace, nezaměstnanost, bezdomovectví, stigmatizace, sebevražednost. Cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním nelze vnímat jako jednotnou a je zde potřeba mnoha specifických přístupů. Sjednocujícím faktorem je potřeba komplexní, dlouhodobé, nepřetržité podpory se zapojením všech relevantních složek. Taktéž je důležité mít na zřeteli, že část populace, která trpí některou z forem duševního onemocnění, sama potřebnou pomoc nevyhledá nebo pomoc nedokáže efektivně využít.

Podle odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) některou z forem duševního onemocnění trpí jedna z osmi osob na světě, což je přibližně jedna miliarda lidí.¹ Pandemie COVID-19 navíc vedla ke značnému nárůstu duševních poruch po celém světě, v některých případech až ke dvojnásobnému, či trojnásobnému. Přestože se prevalence duševních onemocnění liší napříč sociodemografickými skupinami, u žen i u mužů jsou nejčastější úzkostné a depresivní poruchy, což z nich dělá jedny z nejvýznamnějších zdrojů zdravotních problémů na světě. S nárůstem duševních onemocnění se pojí také vyšší sebevražednost či sebevražedné myšlenky. V globálním měřítku spadá na jednu dokonanou sebevraždu až dvacet pokusů o ni a jedná se o hlavní příčinu úmrtí u mladých osob.²

Duševní onemocnění patří mezi nejčastější příčiny disability měřené ukazatelem míry zátěže způsobené nemocí ve společnosti, tzv. Ztracená léta života v důsledku nemoci – Disability-Adjusted Life Years (DALYs). Vedoucím onemocněním v žebříčku příčin způsobující disability je depresivní porucha, která je i zároveň nejčastější duševním onemocněním a je odhadováno, že do roku 2030 bude hlavním přispěvatelem ke globální zátěži způsobené nemocemi.³

Česká republika donedávna patřila k posledním zemím v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je chybějící a nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče.

¹ World mental health report: Transforming mental health for all, WHO Team, 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

² Tamtéž.

³ Mental disorders: Key facts, WHO, 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

Z hlediska finančního zajištění je obor psychiatrie v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj oproti ostatním státům Evropské unie zanedbán a opožděn.⁴

S dopady pandemie COVID-19 se potýkají státy po celém světě a data z výzkumu v české populaci dokládají v souvislosti s pandemií **dvou až trojnásobný růst prevalence úzkostných a depresivních obtíží. Tento nárůst duševních obtíží navíc s ekonomickou krizí a válkou na Ukrajině dále posiluje, včetně zvyšování prevalence sebevražd u dětí.**

V souvislosti s narůstajícím trendem vyhledávání odborné pomoci v důsledku duševních onemocnění je této problematice věnována intenzivnější pozornost Světové zdravotnické organizace (WHO). Evropská unie a Rada Evropy společně s dalšími státy WHO evropského regionu se v roce 2005 usneslo na Deklaraci (Mental Health Declaration for Europe) a Akčním plánu pro duševní zdraví (Mental Health Action Plan for Europe).⁵ Aktuální diskurz spočívá v postupném odklonu péče o duševně nemocné z velkých psychiatrických nemocnic do komunit, kdy členské státy EU se k tomuto diskurzu zavazují. K celosvětovému trendu se **Česká republika připojila 8. října 2013** vydáním první verze **Strategie reformy psychiatrické péče**. Strategie představuje zásadní systémovou změnu nejen medicínského oboru psychiatrie, ale celého systému péče o lidi s duševním onemocněním. Reforma psychiatrické péče, která v současné době v ČR probíhá, klade důraz na primární zdravotní a psychiatrickou péči, s výrazným rozvojem komunitní péče.⁶

Moderní a funkční síť služeb by měla zajistit maximální integraci i osob s vážným duševním onemocněním všech věkových kategorií do běžného života. Současným moderním trendem ve světě je **koncept zotavení** (recovery), který přináší nové paradigma v péči o lidi s duševním onemocněním. Podle Anthonyho definice: „Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Zotavení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“ (Anthony, 1993) Přístup zaměřený na zotavení poskytuje naději, že je možné žít kvalitní život v rámci běžné komunity a společnosti i přes přítomnost vážného duševního onemocnění. Jedná se o přístup, který vychází z individuálních potřeb, respektuje práva a přání nemocného a zásadně posiluje jeho vlastní odpovědnost. Hlavními principy podpory zotavení je posilování naděje k budoucí životní dráze klienta, rozvoj silných stránek, zaměření podpory na všechny oblasti života a zvládnutí různých životních rolí a podpora klienta, aby mohl sám rozhodovat a řídit svůj život“.

⁴ Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí), Odborná zpráva z projektu. Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.), Vydala Česká psychiatrická společnost

⁵ Reforma systému psychiatrické péče: Psychiatrické centrum Praha, 2013 Petr Winkler, Filip Španiel, Ladislav Csémy, Miroslava Janoušková, Linda Krejníková

⁶ Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017.

Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením je dalším důležitým dokumentem, o který se opírá probíhající reforma v České republice. Úmluva byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 2006 a Česká republika Úmluvu ratifikovala v roce 2009. Úmluva zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich zapojení do života společnosti (respektování důstojnosti, svobody volby, samostatnosti, rovné příležitosti, rovnoprávnost mužů a žen, rozvoj schopnosti dětí se zdravotním postižením). Pro oblast péče o duševní zdraví jsou zejména klíčové články 12 a 19. Článek 12 se týká opatrovnictví, klade důraz na podporované rozhodování a k plnému zbavení způsobilosti k právním úkonům by mělo docházet výjimečně. Článek 19 se týká nezávislého způsobu života a zapojení do společnosti (využití práva na svobodnou volbu nezávislého způsobu života, který zahrnuje i zapojení do všech aktivit společnosti, mj. Služby poskytované obcemi v rámci komunitního plánování).

Základními dokumenty pro úspěšný proces transformace psychiatrické péče, z kterých Plán regionální péče pro oblast duševního zdraví ve Středočeském kraji vychází, je Strategie reformy psychiatrické péče a Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030.

Strategie reformy psychiatrické péče je dokument schválený jako vládní strategie v říjnu 2013, který jako hlavní záměr reformy v preambuli uvádí naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu. Cílem strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Dále Strategie uvádí tyto specifické cíle:

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

Návrhová část **Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030** obsahuje pět strategických cílů:

- Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi.
- Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.
- Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.
- Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.
- Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

Východiska k perspektivě rozvoje komunitní sítě péče

Komunitní péče duševního zdraví je kombinací vkladu a podpory uživatelů, rodiny, přátel a odborníků. Komunitní duševní zdraví vyžaduje interdisciplinární a víceúrovňovou spolupráci. Existuje několik vrstev integrace komunitní péče duševního zdraví: integraci zdravotnických a sociálních intervencí, integraci komunitních a nemocničních týmů a integraci mezi různými služebními týmy duševního zdraví (např. léčba duálních diagnóz). Mezi běžné prvky modelů komunitních služeb duševního zdraví patří multidisciplinární přístup, časová dostupnost, nízkoprahový vstup do služeb, místní dostupnost a flexibilita. Důležitá je také flexibilita procesní, která v případě potřeby umožňuje slevit z některých postupů zavedené praxe a péči tak individualizovat. V komunitní péči je důležitým prvkem zajištění péče v přirozeném prostředí klienta, zaměření se na sociální potřeby a psychologickou péči a dále na blízkou spolupráci komunitních služeb s psychiatrickými nemocnicemi v případě příjmu pacienta. Prostor pro komunitní péči o duševní zdraví není omezen jen na vážné duševní nemoci (psychózy), ale zahrnuje všechny duševní potřeby – např. propojení na primární péči.

Popsaná východiska ukazují širší perspektivu při rozvoji nového komunitního systému péče o duševní zdraví. Centra duševního zdraví jako důležitá komponenta sítě péče o duševně nemocné. Nicméně samotné budování Center duševního zdraví nezajistí transformaci/deinstitucionalizaci celé sítě péče. Bez proměny dalších článků hrozí, že proces transformace „zamrzne“. Vedle budování Center duševního zdraví je potřeba pracovat s rozměrem celé sítě a jednotlivé složky, zvláště komunitní a lůžkovou péči, vnímat jako propojené nádoby.

Pro úspěšný proces reformy psychiatrické péče v ČR je důležité plánování na delší časové období. Na úrovni psychiatrických nemocnic vznikly Transformační plány psychiatrických nemocnic, které obsahují transformaci daného zařízení do roku 2030. V Praze se toto týká Psychiatrické nemocnice Bohnice. Důležité je, aby transformační plány obsahovaly skutečnou komponentu transformace ústavní v komunitní péči a lůžková zařízení byla viděna v rámci sítě služeb v celé spádové oblasti, a nikoli jako izolovaný subjekt. Pro vytvoření provázané a koordinované sítě je potřeba, aby práce na regionálních (krajských) plánech sítě a práce na transformačních plánech psychiatrických nemocnic vytvářely vzájemnou propojenost a synergii.

Pyramida péče

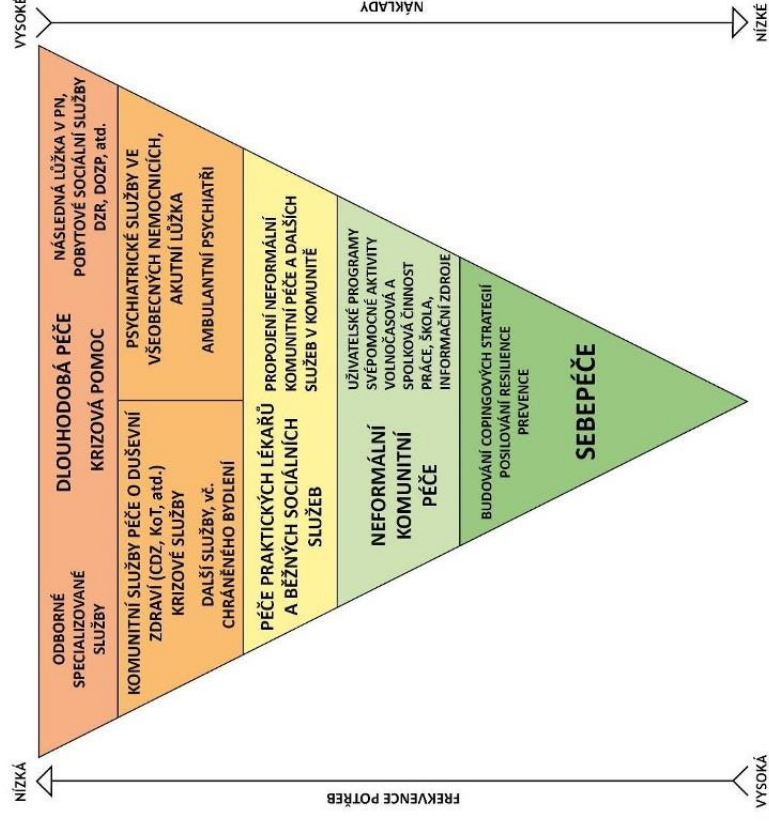
Jako užitečné vodítko můžeme využít tzv. Pyramidu péče doporučenou WHO. Reálná pyramida péče v ČR i v Praze je spíše postavena na špičku, což neodpovídá frekvenci potřeb uživatelů ani efektivitě finančních prostředků.

System péče doporučený Světovou zdravotnickou organizací odpovídá tzv. pyramidě péče

Pyramida péče dle WHO:



V ČR, ale i konkrétně v Praze, pyramida péče může vypadat i takto:



Komentář k pyramidě péče

Sebepéče – je důležité si uvědomit, že nejvíce péče by mělo být na úrovni „sám/sama o sebe“. Péče by měla začít odspoda – od sebe. Je to zároveň největší a neúčinnější preventivní působení. V ČR oproti většině západních zemí v Evropě není dostatečně role každého jednotlivce v prevenci duševního zdraví podporována. Je málo informačních materiálů, vzdělávání a návodů, jak pracovat např. se stresem, úzkostí, jak změnit životní styl.

Neformální komunitní péče znamená podporu ze strany nejbližší komunity – rodiny, blízkých osob, ve škole, na pracovišti. Znamená to také využívání různých „volnočasových“ aktivit včetně sportovních, kulturních a obdobných aktivit, které nejsou primárně zaměřeny na problematiku duševního zdraví. V posledních cca 2 letech se prevence v oblasti péče o duševní zdraví zařadila jako klíčové téma primární prevence rizikového chování ve školství. O působení prostřednictvím dalších zdrojů v komunitě se zatím v ČR příliš ani nemluví. Pokud něco takového existuje, je to spíše výjimečné a mimo běžný systém.

Péče prostřednictvím praktického lékaře a běžných sociálních služeb – velkou roli by v systému péče měla hrát tzv. primární prevence prostřednictvím praktického lékaře. I to je v ČR zatím spíše v plenkách. Postupně bylo praktickým lékařům umožněno např. předepisovat antidepresiva, nicméně jim nebyla nabídnuta dostatečná podpora v posílení jejich kompetencí a kvalifikace. Navíc ambulance praktických lékařů trpí přetížeností. Služby v oblasti péče o duševní zdraví zatím nespolupracují s praktickými lékaři systémově a intenzivně, v poslední době se však objevují pozitivní příklady spolupráce CDZ a praktických lékařů.

Komunitní služby péče o duševní zdraví by měly plnit funkci filtru či gate keepingu do lůžkových psychiatrických zařízení. Jejich kompetencí je poskytovat podporu lidem s vážným duševním onemocněním i poskytovat podporu lidem, kteří se ocitli v krizových situacích. V ČR tuto roli začali plnit Centra duševního zdraví, příp. terénní komunitní týmy. Zároveň by měly poskytovat koordinační „case managementovou podporu“ a spolupracovat s dalšími komunitními službami jako jsou týmy podporující bydlení, zaměstnávání apod. Zatím je těchto týmů nedostatečné množství a je třeba je u nás dále rozvíjet. Vedle CDZ a komunitních týmů působí v tomto segmentu ambulantní psychiatrii, příp. dětská ambulantní psychiatrii, gerontologové a gerontopsychiatrii, adiktologové. Nicméně ti nemají v systému roli koordinační (case managementu) – tuto roli nemohou nahradit. Navíc zejména dětských psychiatrů i těch zaměřených na geronto problematiku, resp. problematiku demencí je nedostatek.

Psychiatrické služby ve všeobecných nemocnicích, míněno zejména lůžková psychiatrická oddělení ve všeobecných nemocnicích plní roli nezbytné lůžkové péče v případě potřebné hospitalizace. Měla by probíhat jen po nezbytně dlouhou dobu a poté pacienta propouštět do komunitních psychiatrických služeb, příp. do péče ambulantního psychiatra či praktického lékaře. To, aby tato lůžková zařízení byla součástí běžného zdravotního systému – běžné všeobecné nemocnice, nikoliv vyčleněné mimo v psychiatrických nemocnicích – je důležité zejména pro snižování stigmatizace péče o duševní zdraví / psychiatrie. V ČR je síť akutních lůžkových psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích velmi nevyvážená regionálně. V některých oblastech taková zařízení naprosto chybí. Trend v zahraničí je nebudovat taková zařízení velká a s mnoha lůžky. Funkční jsou spíše malá oddělení s 15–25 lůžky. Doporučení Světové zdravotnické organizace je mít cca 40 lůžek na 100.000 obyvatel.

Dlouhodobá lůžková psychiatrická péče a specializovaná péče by měla být až poslední možností v případě, že ostatní možnosti byly vyčerpány. Těmito službami je míněna např. i forenzní péče. V zahraničí se takové kapacity lůžkové psychiatrické péče velmi omezují a redukují. Je snaha co nejvíce této péče přenášet na komunitní týmy (včetně forenzní péče), příp. do služeb, dlouhodobé podpory bydlení. V ČR je tento segment péče de facto nejvyvinutější, přestože je to koncept 18. a 19. století.

Rozvoj systému péče o duševní zdraví v Praze v rámci Reformy

V rámci projektů na podporu Reformy péče o duševní zdraví probíhala v Praze cílená snaha podpořit rozvoj systému péče. Projekt Deinstitutionalizace, realizovaný MZ ČR umožnil připravit **Regionální plán péče o duševní zdraví v Praze 2020–2030** a v rámci práce na něm propojovat a síťovat aktivity v oblasti duševního zdraví. Regionální plán péče o duševní zdraví v Praze 2020–2030 v dubnu 2021 vzala Rada HMP na vědomí a uložila Mezigesční skupině vytvořit **Akční plán implementace péče o duševní zdraví na rok 2022–2023** a zpracovat **Regionální plán na období 2024–2027**. Zároveň Rada HMP v červnu 2020 schválila **Memorandum o spolupráci mezi hl. m. Prahou a Ministerstvem zdravotnictví** v oblasti realizace reformy psychiatrické péče Radou HMP.⁷ V průběhu roku 2022 pověřila RHMP koordinací systému péče Metropolitní zdravotnický servis, s.z.

Projekty MZ ČR (Deinstitutionalizace, Multidisciplinarita, Centra duševního zdraví, Destigmatizace a Nové služby)⁸ umožnily díky finanční a metodické podpoře rozvoj některých komunitních služeb i zahájení procesu transformace Psychiatrické nemocnice Bohnice a multidisciplinární spolupráce mezi PN Bohnice a komunitními službami. Klíčová při vzniku nových komunitních služeb však byla podpora HMP.

Postupně se začaly od roku 2018 budovat **terénní týmy pro osoby s SMI** s regionálním spádem, z toho se povedlo vybudovat 5 center duševního zdraví, které poskytují služby pro cca ¼ Prahy. V ostatních částech Prahy nyní operují sociální komunitní týmy.

V únoru 2019



aktuálně



Centrum duševního zdraví (dále jen CDZ) je multidisciplinární tým poskytující terénní i ambulantní služby dospělým lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Propojuje zdravotní a sociální péči, která se poskytuje převážně v přirozeném prostředí klienta/pacienta. Tým je složen z psychiatrických sester, sociálních pracovníků, pracovního konzultanta, psychiatra, psychologa a peer konzultanta, někde i adiktologa.

7

<https://zastupitelstvo.praha.eu/ina/tedusndetail.aspx?par=152190249001252213203190011001252213200190008001252213200190005001252213200&id=605595>

⁸ <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty>

CDZ poskytuje profesionální služby, které respektují přání a potřeby lidí. Podporuje jejich sebedůvěru a schopnosti, s cílem dosáhnout co největší soběstačnosti. Veškeré služby jsou poskytovány bezplatně a bez lékařského doporučení. CDZ působí regionálně se spádovým územím cca 100 tisíc obyvatel. Základní podmínkou péče týmu je bydliště pacienta, přičemž rozhodující pro přijetí do péče není bydliště trvalé, ale faktické. Základní složkou činnosti CDZ je case management, tedy odpovědnost za koordinaci péče.

Komunitní tým působí velmi obdobně jako CDZ, ale na rozdíl od CDZ to není multidisciplinární tým, je složen ze sociálních pracovníků, pracovního konzultanta a peer pracovníka, působí jako terénní a ambulantní sociální služba. Se zdravotními pracovníky úzce spolupracuje, pracuje formou case managementu.

Obdobně se podařilo zahájit činnost centra duševního zdraví pro děti a adolescenty, multidisciplinárního týmu pro osoby se závislostí, forenzního multidisciplinárního týmu pro osoby se soudem nařízenou léčbou a ambulancí s rozšířenou psychiatrickou péčí (včetně adiktologické).

Sociální služby obsažené v multidisciplinárních týmech a CDZ, resp. navýšení jejich kapacit bylo promítnuto do Krajské sítě.

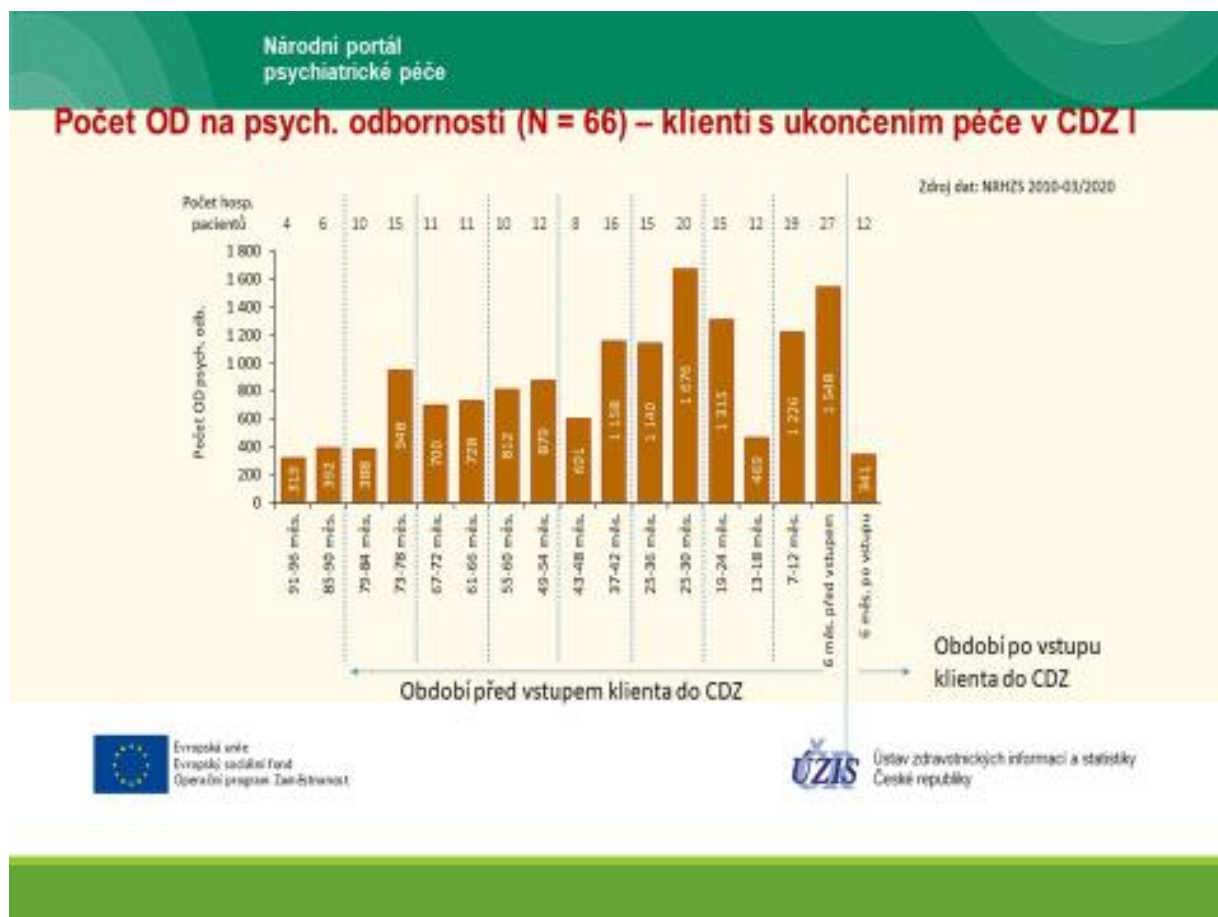
Pozitivní dopad fungování CDZ byl evaluován v rámci projektu Centra duševního zdraví.

Z Evaluace pilotních projektů CDZ:



Kromě výrazného zvýšení kvality života a komplexní podpory při začleňování do běžného života se ukázalo jako jednoznačné snížení míry hospitalizace, a to o 60–75 %.

Obdobně pokrytí Prahy službami CDZ a komunitních týmů výrazně zvyšuje dostupnost služeb a spolu s nastavenou systematickou spoluprací s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice (i dalšími lůžkovými psychiatrickými službami) umožňuje rychlejší propouštění z lůžkové péče.



Zdroj: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/registr-cdz/#k05>

Obdobně byly navýšeny kapacity ve službách chráněného bydlení, služeb podporující zaměstnávání a částečně služby krizové pomoci.

DĚTI - druh služby	jednotka	STÁVAJÍCÍ KAPACITY					navýšení 2019/2023
		2019	2020	2021	2022	2023	
odborné sociální poradenství	ÚV	0,56	0,56	0,56	0,56	2,60	2,04
krizová pomoc	ÚV	2,62	2,62	2,62	2,62	10,00	7,38
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	ÚV	6,1	6,1	12,40	12,40	13,40	7,30
sociální rehabilitace	ÚV	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	0,00
terénní programy	ÚV	3,8	4,8	4,80	4,80	4,80	1,00
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	ÚV	8,20	8,20	8,20	8,20	10,20	2,00

SMI - druh služby	jednotka	STÁVAJÍCÍ KAPACITY					navýšení 2019/2023
		2019	2020	2021	2022	2023	
sociální rehabilitace	ÚV	106,37	148,02	187,47	209,77	209,77	103,40
domovy pro osoby se zdravotním postižením	L	38	38	38	40	48	10,00
chráněné bydlení	L	118	145	155	155	222	104
krizová pomoc	ÚV	4,5	4,5	6,50	6,50	11,00	6,50
odborné sociální poradenství	ÚV	0,9	0,9	2,6	2,81	3,71	2,81
služby následné péče	ÚV	1,8	1,8	1,80	1,80	1,80	0,00
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	ÚV	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	0
terapeutické komunity - program B	L	8	8	8	8	8	0,00
týdenní stacionáře	L	23	23	23	20	20	-3,00

Zdroj: SPRSS HMP pro uvedené období

V tabulce nejsou uvedeny služby pro lidi s demencí a Alzheimerovou nemocí. Data nelze jednoznačně vyčíst ze služeb pro seniory a nejsou uvedeny služby adiktologické, jichž se tento dokument týká pouze okrajově a jejichž problematika je zohledněna ve Strategii Hlavního města Prahy pro oblast závislostního chování na období 2022-2027.

Souběžně začala probíhat transformace pobytových sociálních služeb zřízených HMP, a to těch, které jsou dislokovány mimo Prahu. Pro osoby s SMI to byly zejména DOZP Terežín, DOZP Krásná Lípa a DZR Svojšice. DZR Svojšice je již transformován do komunitních služeb (nyní Centrum komunitních služeb Pro život).

V průběhu roku 2022 a část roku 2023 na základě Radou schváleného Memoranda mezi HMP a PNB byl realizován projekt „Akcelerace rozvoje komunitních pobytových služeb na území Prahy“. Cílem projektu je vytváření sítě dostupné komunitní péče pro Pražany dlouhodobě hospitalizované v PNB. V rámci projektu se podařilo propustit do komunity (do bytu i pobytové komunitní služby) 28 klientů náročných na péči s komplexními potřebami z celkového počtu 63. Limitem byly zejména nedostatečné kapacity bydlení v Praze. To se ukazuje jako výrazný limit začleňování osob se závažným duševním onemocněním do běžného života. Nevhodnost nevyhovujícího bydlení (včetně azylových zařízení či ubytoven) této cílové skupiny často resultuje ve zhoršeném zdravotním stavu a v rehospitalizaci v PN Bohnice.

Větší pozornost v oblasti duševního zdraví začala být věnována i službám pro děti a mládež. Cíleně byly podpořeny některé služby sociální či sociálně zdravotní – Centrum pro duševní zdraví, krizová pomoc, některé nízkoprahové služby. Velká část inovativních projektů bylo realizováno z prostředků ESF nebo „norských fondů“, např. projekt České asociace streetwork zaměřený na spolupráci mezi školami a NZDM, projekt PBSI (Positive Behavioral Support Implementation), zaměřený na podporu pozitivního chování a vytváření prostředí, které podporuje úspěch jednotlivců s chováním spojeným s poruchou učení nebo tělesným postižením, dále např. aktivity organizace Nevypušť duši, program Dostuduj fit Fokusu Praha, Projekt Triple P a Child Talks, projekt Vizdom, realizovaný NÚDZ zaměřený na včasnou intervenci, apod.

V oblasti prevence a destigmatizace probíhá v Praze celá řada akcí na lokální i regionální úrovni. Pro zastřešení, resp. koordinaci těchto akcí vznikla aktivita Praha duševní. Řadu aktivit realizoval i Národní ústav duševního zdraví v rámci velkého projektu Destigmatizace. Tento projekt se také zaměřoval na posilování a obhajobu lidí se zkušeností s duševní nemocí, jejich vzdělávání a zapojení do peerských programů.

V roce 2020 byl Vládou ČR schválen Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění, který stanovuje strategie pro oblast podpory lidí s demencí a Alzheimerovou nemocí. Programy podpory lidí s demencí jsou financovány především z dotací na sociální služby a z prostředků zdravotního pojištění. Koordinace péče není cíleně podporována vyjma prostředků ESF.

Popis cílových skupin

Cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním nelze vnímat jako jedolitou. Nastavení specifických podskupin pro potřeby zpracování tohoto dokumentu vychází z nastavení celostátní reformy duševního zdraví. Ta definuje skupiny lidí s duševní poruchou, kterým zejména nevyhovuje současné fungování systému psychiatrické péče. Tyto skupiny jsou výrazně ohrožené tendencí systému řešit jejich potřeby cestou institucionální péče namísto péče v komunitě, je u nich zvýšená potřeba multidisciplinárního přístupu a potřeba funkčně propojovat různé sektory veřejných služeb (zdravotnictví, sociální oblast, školství, oblast zaměstnávání atd.).

Osoby se závažným duševním onemocněním (podle mezinárodní definice Serious / Severe Mental Illness – SMI)

Do této skupiny patří osoby s diagnózou schizofrenního onemocnění, afektivních poruch nebo těžších forem poruch osobnosti (dle MKN F2, F3, F6), s dlouhodobým chronickým průběhem, u kterých se projevuje důsledek tohoto onemocnění jako závažné postižení omezující zejména v oblasti sociálních funkcí. Kromě již diagnostikovaných osob (a tudíž čerpající psychiatrickou péči) existuje řada lidí, kteří trpí duševní nemocí a nikdy nebyli diagnostikováni (např. mezi lidmi bez přístřeší či osobami závislými na návykových látkách).

Tato skupina není homogenní, vyžaduje různé druhy a intenzitu pomoci. Jakákoliv strategie musí zároveň respektovat potřebu a pomoc sociálního zázemí a být tedy zaměřena i na ovlivňování rodiny (informace, edukace) a podporu vytváření náhradních společenství (např. kluby vedené buď profesionálně, nebo svépomocí). Jakákoliv náročnější potřeba sociální

podpory proto vyžaduje individuální přístup a tím i odbornou kompetenci pomáhajících pracovníků.

Závažné duševní onemocnění je charakterizováno třemi znaky:

- délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky (onemocnění trvá déle než 2 roky),
- nemoc způsobuje funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF⁹),
- je diagnostikováno jako onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy (těžší forma afektivních poruch obecně), těžká forma poruchy osobnosti, případně těžká forma úzkostné poruchy, zvláště obsedantně kompulzivní (tzn. diagnostické okruhy F2, F3, eventuálně F42 a F6).

Vzhledem k dlouhodobému průběhu vážnosti příznaků a tendenci ke vzniku funkčního postižení konzumují lidé s potížemi typu SMI největší podíl ambulantní i hospitalizační psychiatrické péče. Potíže typu SMI mohou způsobovat velkou zátěž pro blízké osoby a mnohdy dochází k rozpadu rodinných vazeb. Tato skupina pacientů je nejvíce ohrožena institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti. Komplexní rozsah potřeb vyžaduje multidisciplinární přístup s důrazem na principy case managementu, rehabilitace a podpory zotavení.

Další skupinou jsou osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI a lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci, akutní stavy nebo dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění, dále osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou a osoby s poruchou osobnosti.

Specifickým průnikem se skupinou osob se závislostí je oblast duálních diagnóz čili kombinace závislosti a jiné duševní poruchy. Výskyt duálních diagnóz vyžaduje integrovanou léčbu.

⁹ GAF: zkratka Global Assessment of Functioning, škála pro celkové hodnocení fungování. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí. Je to klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění.

Osoby ohrožené závislostí

Podle American Society for Addiction Medicine je závislost primární, chronická nemoc systému odměňování v mozku, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Poruchy těchto funkcí vedou k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům v patologickém chování jednotlivce, který užíváním substancí a/nebo pokračováním v chování s potenciálem vzniku a rozvoje závislosti dlouhodobě usiluje o dosažení odměny a/nebo úlevy. Závislost je charakteristická neschopností abstinovat, postižením kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat či připouštět si výrazné problémy vznikající v důsledku vlastního chování a v mezilidských vztazích, stejně jako v dysfunkčních emočních reakcích. Stejně jako u dalších chronických nemocí, se v cyklu závislosti vyskytují relaps a remise. Bez léčby nebo zapojení do úzdravných aktivit je závislost progresivní a může vyústit v invaliditu nebo v předčasnou smrt (American Society for Addiction Medicine, 2012).¹⁰

Jedná se zejména o závislosti látkové (alkohol, ilegální psychotropní látky, léky) a procesuální závislosti (zejména patologické hráčství). Ty mívají odlišné charakteristiky věku nástupu, osobnostního profilu, podílu muži/ženy, sociální „kariéry“ a souvisejících zdravotních a sociálních rizik.

Společná je potřeba specifických poradenských a léčebných programů z oblasti adiktologie. V případě hlavně drogových závislostí jsou účinné nízkoprahové a terénní programy a uplatnění modelu case management. Velký význam mají programy primární prevence a programy harm reduction.

Problémem je častá dlouhodobost potíží, resp. jejich vysoká revertence. Např. lidé s alkoholovou závislostí v současné době hodně vytěžují kapacity akutní psychiatrické lůžkové péče.

Osoby s duševní poruchou v dětském a dorostovém věku

Tato skupina je velmi různorodá z klinického pohledu (spektrum diagnóz a různé průběhové formy). Pojítkem je věk nástupu potíží, a tudíž i zásadní kontext rodinného systému. Pracovat se samotným dítětem bez podpory celého systému rodiny je zcela neefektivní. Bohužel dostupnost ambulantních specialistů a terapeutických či edukačních programů je bez přehánění katastrofální. Důsledkem je nadbytečné množství hospitalizací dětských pacientů a sociální i ekonomická zátěž rodin.

Podstatná je potřeba propojení veškerých terapeutických a rehabilitačních intervencí s oblastí vzdělávání a vůbec systém školství. Výhodou je rozvinutost speciálního školství a rozvíjející se systém pěstounství a sanace ohrožených rodin. Výzvu k rozvoji představuje oblast školské inkluze dětí se zdravotním handicapem. Funkční je také screening vývojových vad včetně poruch učení se zapojením primární dětské ambulantní péče.

¹⁰ Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2013-2020, MHMP, 2013

Osoby s duševní poruchou v seniorském věku

Tuto cílovou skupinu tvoří lidé s žijící demencí zejména Alzheimerovou chorobou, vaskulární nebo smíšenou demencí. Převážně se jedná o seniorskou populaci (nad 65 let) nicméně nižší procento osob s demencí je i mladšího věku.

V našem Plánu se zabýváme zejména osobami, u nichž demence výrazně ovlivňuje kognitivní funkce a v důsledku má vliv na společenský či pracovní život člověka. Lidé v pokročilejším stadiu nemoci se pak neobejdou bez pomoci další osoby při sebeobsluze a zvládání běžných životních činností, příp. bez výrazné intenzivní celodenní péče. Vzhledem k tomu, že kognitivní funkce, jako zhoršování paměti, problémy s myšlením a plánováním, s vyjadřováním či neschopností rozpoznávat lidi či věci, se zhoršují s postupem choroby, vnímáme i jako důležitou prevenci a včasnou diagnostiku demence.

Osoby, které se vlivem duševní poruchy dostaly do konfliktu se zákonem

Skupina je rozmanitá co do druhu duševních potíží, pohlaví i věku, ale převažují v ní muži mladšího dospělého věku se závažnou duševní nemocí nebo se závislostí. Případně s kombinací jak duševní nemoci, tak i závislosti. Společným jmenovatelem této skupiny je dlouhodobé či přechodné narušení rozpoznávacích a ovládacích schopností vlivem duševní poruchy, které vede k chování trestního charakteru.

Lidé z této skupiny jsou často mimo kontakt se zdravotní péčí a sociální pomocí. Důvody mohou být zapříčiněné duševní poruchou (nedostatek náhledu, odmítání léčby) i nedostatečným podpůrným systémem (absence asertivní služby vyhledávající klienta, nepřehledný systém služeb, špatné zkušenosti s léčbou, zneužívající rodina).

Existují samozřejmě i případy lidí adherentních k léčbě s dobrou sociální podporou, u kterých vznikne rychlé zhoršení stavu s nelegálními dopady. Vždy se nabízí otázka, zda byla poskytovaná léčba a podpora dostatečná, flexibilní a schopná včas zachytit blížící se krizi.

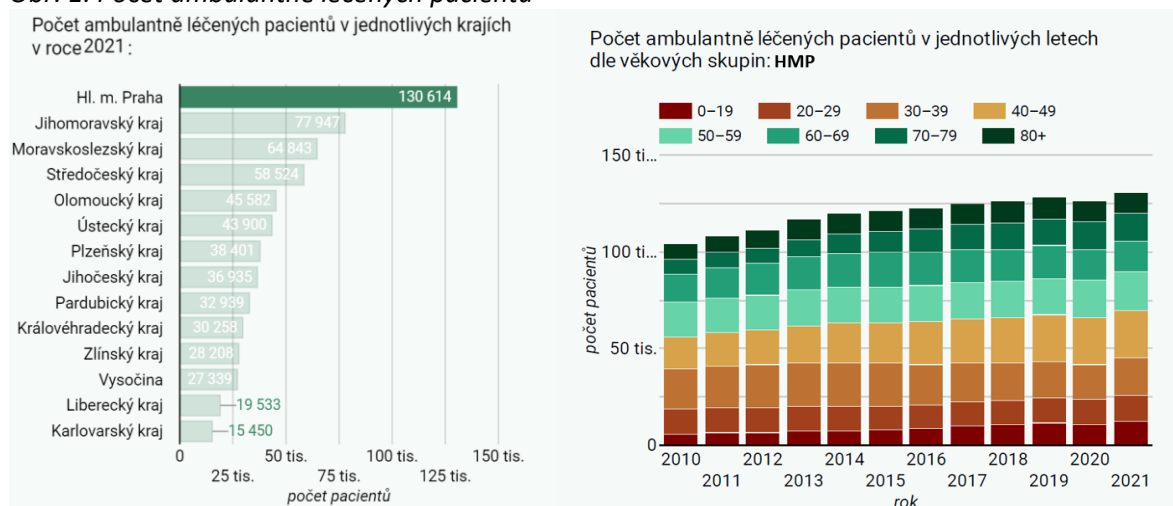
Ochranné prostředky, které soud může uložit, tedy zejména ambulantní či ústavní ochranná léčba, bývají subjektivně vnímány jako forma trestu či v lepším případě jako nutné zlo. V některých případech se tím posiluje odpor k jakékoliv léčbě či vnější pomoci.

Současný stav péče o duševní zdraví v HMP

Ambulantní psychiatrická péče

V roce 2021 bylo na území HMP ambulantně léčeno 130 614 pacientů. Jedná se o pacienty s vykázanou ambulantní péčí na pracovištích s odborností psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, geronto-psychiatrie, návykové nemoci, sexuologie (odb 305, 306, 307, 308, 309). Počet ambulantně léčených pacientů se v Praze v posledních letech zvyšuje. Mírný pokles počtu ambulantně léčených pacientů byl zaznamenán v roce 2020, což můžeme připisovat omezení dostupnosti péče v souvislosti s pandemií COVID-19. Největší skupinu pacientů dlouhodobě představují pacienti ve věku 40–49 let, kterých bylo v roce 2021 téměř 25 tisíc (obr. 1). Od roku 2010 můžeme pozorovat nárůst i v případě počtu ambulantně léčených dětí a mladistvých ve věku do 19 let. Jejich počet se zvýšil z 5 907 pacientů v roce 2010 na 11 856 pacientů v roce 2021.

Obr. 1: Počet ambulantně léčených pacientů



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Tabulka č. 1 ukazuje počet poskytovatelů ambulantní psychiatrické péče v roce 2021 ve všech krajích České republiky. S celkovým počtem 247 poskytovatelů je HMP mezi kraji ČR na prvním místě v šíři poskytované ambulantní psychiatrické péče. Některé specializované služby, jako je péče se zaměřením na návykové nemoci, sexuologie a geronto-psychiatrie, jsou koncentrovány ve velkých městech, zejména pak právě v HMP.

Tab. 1: Počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb, kraje ČR, 2021

Kraj poskytovatele	Specializace poskytovatele					Celkem	Počet na 100 000 obyvatel
	Psychiatrie	Dětská a dorostová psychiatrie	Geronto-psychiatrie	Návykové nemoci	Sexuologie		
Hl. m. Praha	193	27	1	11	15	247	18,31
Středočeský kraj	67	6	0	5	6	84	6,31
Jihočeský kraj	37	11	0	4	3	55	4,34
Plzeňský kraj	45	7	0	1	2	55	4,26
Karlovarský kraj	25	4	0	0	2	31	2,29
Ústecký kraj	44	8	0	1	5	58	4,34
Liberecký kraj	24	6	0	1	3	34	2,60
Královéhradecký k.	34	6	0	1	4	45	3,24
Pardubický kraj	31	5	0	0	2	38	3,00
Vysočina	40	7	0	2	3	52	3,95
Jihomoravský kraj	94	13	0	0	7	114	8,60
Olomoucký kraj	49	13	0	1	5	68	5,29
Zlínský kraj	32	5	0	1	1	39	2,92
Moravskoslezský kraj	66	12	0	0	6	84	6,16

Zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb, ÚZIS ČR

Dlouhodobé hospitalizace

Dle délky trvání rozdělujeme hospitalizaci na krátkodobou (do 3 měsíců), střednědobou (3 měsíce až půl roku) a dlouhodobou (delší než 6 měsíců)¹¹. V roce 2021 dosahovala v HMP průměrná délka hospitalizace na 112,47 dnů, medián délky hospitalizace činil 38,33 dnů. V České republice a stejně tak v HMP dochází ke snižování počtu hospitalizovaných. K největšímu poklesu v počtu hospitalizovaných došlo v roce 2020, přičemž tento pokles souvisí s pandemií COVID-19.

K velkému poklesu v počtu hospitalizovaných došlo u pacientů s diagnózou F4 bez F42 (neurotické, stresové a somatoformní poruchy), kdy se počet hospitalizovaných s touto diagnózou snížil z hodnoty 726 v roce 2010 na hodnotu 444 v roce 2021. Výrazný trend snižování dlouhodobé hospitalizace pozorujeme dále u osob s SMI a osob s mentálním postižením. **Tento pokles můžeme připisovat nově vybudované síti komunitních služeb, které se zaměřují zejména na tyto pacienty, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni v lůžkových zařízeních psychiatrické péče.**

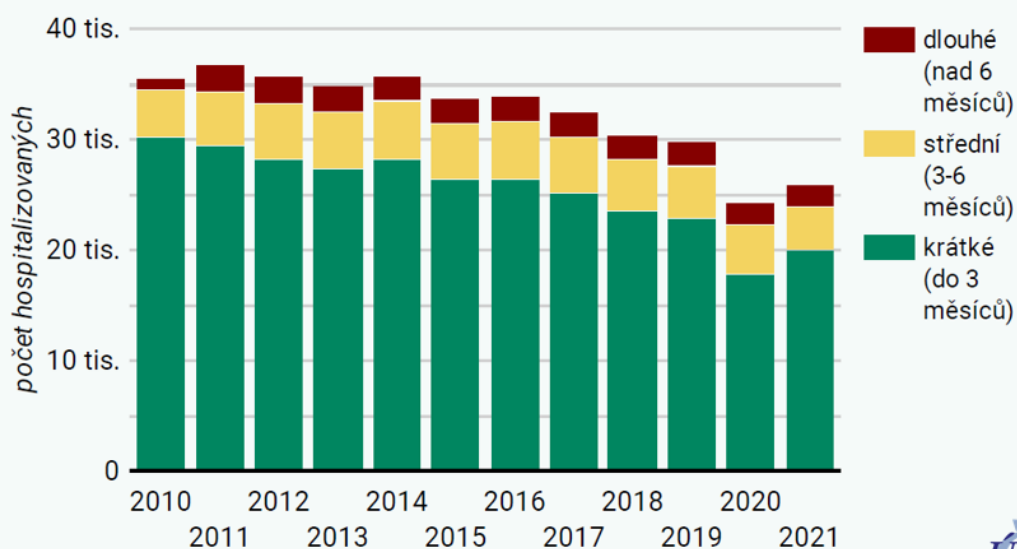
¹¹ „Za dlouhodobou psychiatrickou hospitalizací se považuje taková, u které pacient nestrávil ani jeden den na akutním lůžku a byla ukončena na pracovišti s odborností dlouhodobé psychiatrické péče. Pokud do 21 dní (včetně) po ní následuje další hospitalizace v téže zdravotnickém zařízení, jedná se o jednu hospitalizaci. Její délka se rovná součtu délek obou hospitalizací a doby, která mezi nimi uplynula (počet dní přerušení se započítává). První a poslední den hospitalizace se počítá jako jeden. Pokud dojde do 21 dní k hospitalizaci v jiném zdravotnickém zařízení, jedná se o dvě hospitalizace.“ (Psychiatrická ročenka 2021, ÚZIS ČR, s. 13)

Obr. 2: Počet hospitalizovaných v jednotlivých letech, ČR a HMP

HMP Celkový počet hospitalizací: **4 933** Průměrná délka hospitalizace (dny): **112,47** Medián délky hospitalizace (dny): **38,33** Délka nejdelší hospitalizace (dny): **4 177**

ČR

Celkový počet hospitalizovaných v jednotlivých letech dle délky hospitalizace: ČR



ÚZIS

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Tab. 2: Počet hospitalizovaných dle diagnózy

*jeden pacient může mít v daném roce více diagnóz

Diagnóza	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Trend
F0 a G30	922	1 032	1 028	1 008	1 016	1 031	1 033	891	542	820	775	778	
F10	1 133	1 199	1 181	1 133	1 060	798	1 076	962	646	574	341	830	
F11-F19	853	932	925	1 044	857	717	947	807	598	481	229	689	
F2	1 044	1 036	1 043	1 131	1 082	971	1 063	918	546	497	230	694	
F3 bez F32&F33	188	194	206	207	193	163	195	181	159	81	51	106	
F32-F33	304	317	312	346	330	296	302	329	268	225	118	227	
F4 bez F42	726	829	785	863	1 014	958	985	929	744	606	346	444	
F42	14	16	14	13	16	12	13	9	13	9	11	11	
F5	13	10	16	25	56	59	58	59	57	83	65	61	
F60-F61	248	259	224	214	231	249	222	264	227	214	181	327	
F62-F69	126	120	123	107	109	52	83	77	34	23	19	45	
F7	73	73	81	83	80	71	92	81	51	40	27	65	
F8-F9	234	312	315	296	226	186	193	191	160	169	106	154	
Ostatní	81	19	28	30	13	26	15	12	5	7	3	15	
Celkem pacientů	5 959	6 348	6 281	6 500	6 283	5 589	6 277	5 710	4 050	3 829	2 502	4 446	

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Akutní hospitalizace

Počet akutně hospitalizovaných v Česku trvale roste, přičemž v roce 2021 dosahoval na hodnotu 27 512 akutně hospitalizovaných (v HMP tento počet činil 9 220 akutně hospitalizovaných). V roce 2021 byli v HMP nejčastěji akutně hospitalizováni pacienti s diagnózami F20–F29 (schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy), F11–F19 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek), F40–F41, F43–F49 (neurotické, stresové a somatoformní poruchy) a F10 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu). Ve věku 0–19 let byly nejčastěji akutně hospitalizované osoby s diagnózou F80–F99 (poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospíváním a neurčené duševní poruchy). **Trvalý nárůst počtu akutních hospitalizací zdůrazňuje potřebu funkčního systému krizové pomoci a zvyšování spolupráce nemocnic s multidisciplinárními a komunitními týmy.**

Obr. 3: Počet akutně hospitalizovaných v jednotlivých letech, ČR a HMP

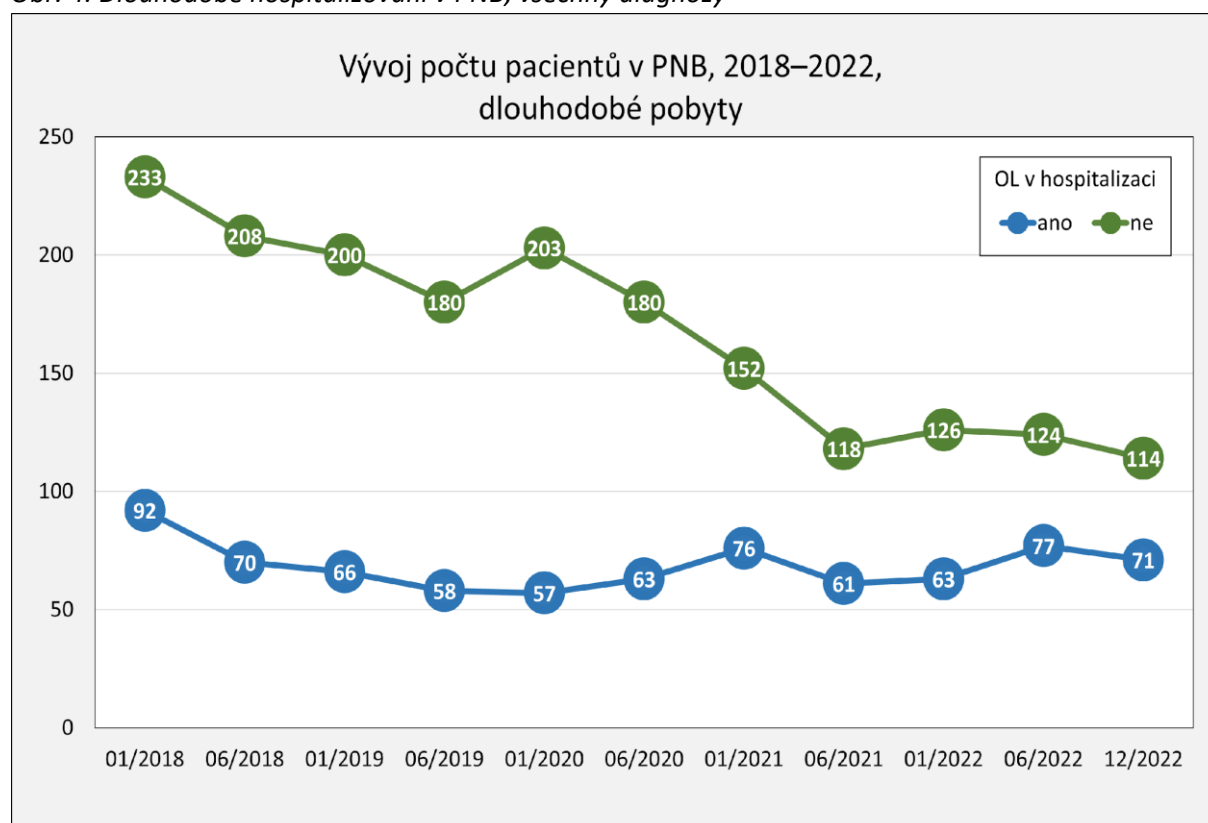


Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Psychiatrická nemocnice v Bohnicích je stěžejním zařízením psychiatrické péče na území HMP, které poskytuje specializované služby na celkem 31 odděleních. PNB disponuje celkem 1 178 lůžky. Délka hospitalizace se významně liší, avšak někteří pacienti se závažnými duševními onemocněními jsou v lůžkových zařízeních psychiatrické péče hospitalizováni i déle než 20 let.¹² Dle ÚZIS byla v HMP v roce 2021 nejdelší délka hospitalizace zaznamenána u pacienta, který byl hospitalizován po dobu 4 177 dnů, tedy déle než 11 let.¹³

Obr. 4: Dlouhodobě hospitalizovaní v PNB, všechny diagnózy



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

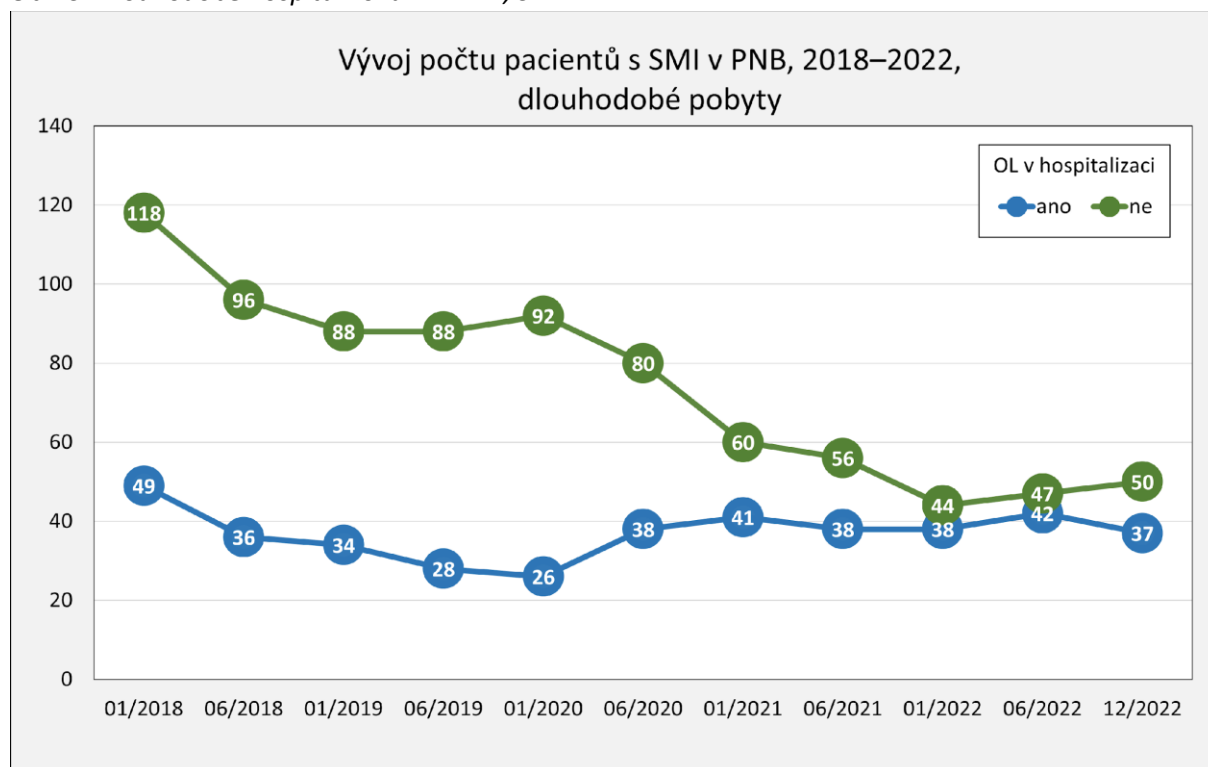
Počet dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v PNB se od roku 2018 snižuje. V červnu roku 2021 se však tento pokles zastavil a v současné době počet dlouhodobě hospitalizovaných stagnuje na hodnotách okolo 120 pacientů, kteří nejsou v ochranné léčbě (OL). Počet dlouhodobě hospitalizovaných, kteří jsou v ochranné léčbě se v průběhu let příliš neměnil a drží se hodnotě okolo 60–70 pacienty (obr. 4). **Pokles počtu dlouhodobě hospitalizovaných v PNB souvisí s rozvojem komunitních služeb (vč. CDZ) a nastavením systematické spolupráce mezi komunitními službami a PNB.** Zejména se

¹² Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, MZ, 2020

¹³ Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

projevuje u osob s SMI. Poslední tři roky se pokles počtu pacientů s SMI taktéž zastavil, přičemž zbylý počet (44, 47, 50 pacientů) potřebuje vysoce intenzivní podporu v komunitě (obr. 5). Tyto kapacity se budují pomalu a obtížně.

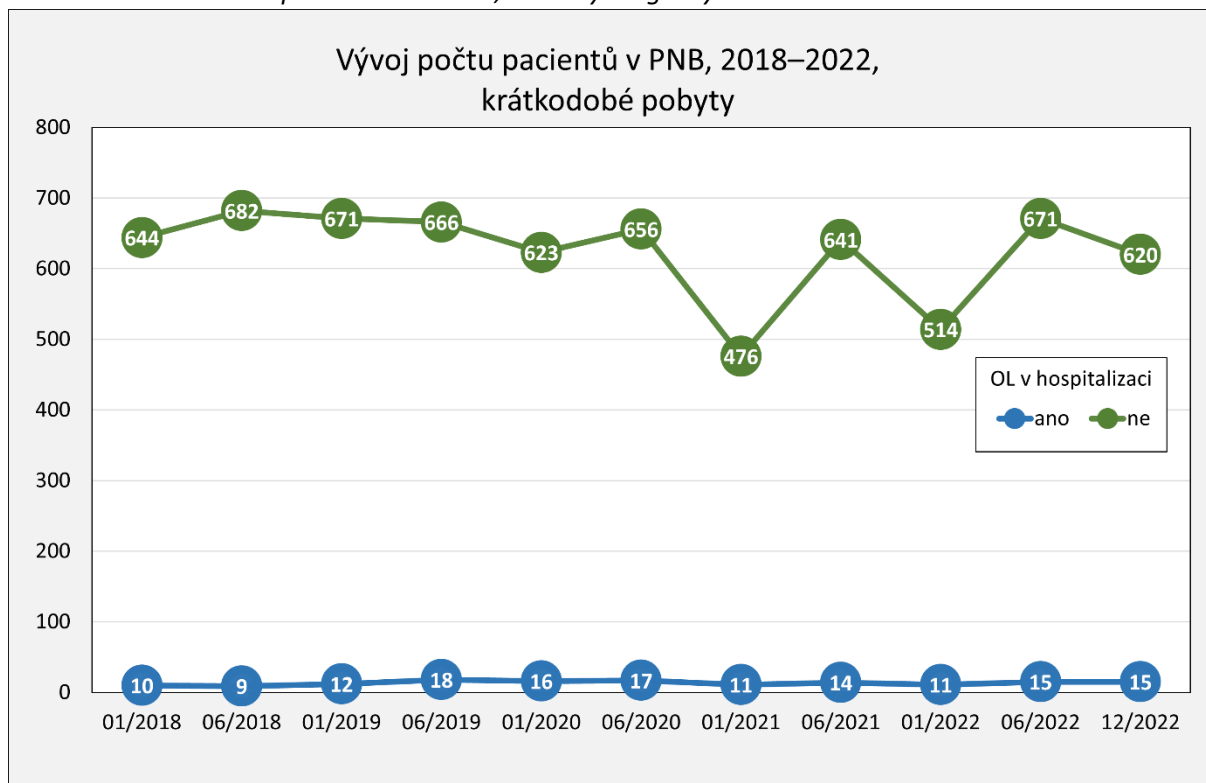
Obr. 5: Dlouhodobě hospitalizovaní v PNB, SMI



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

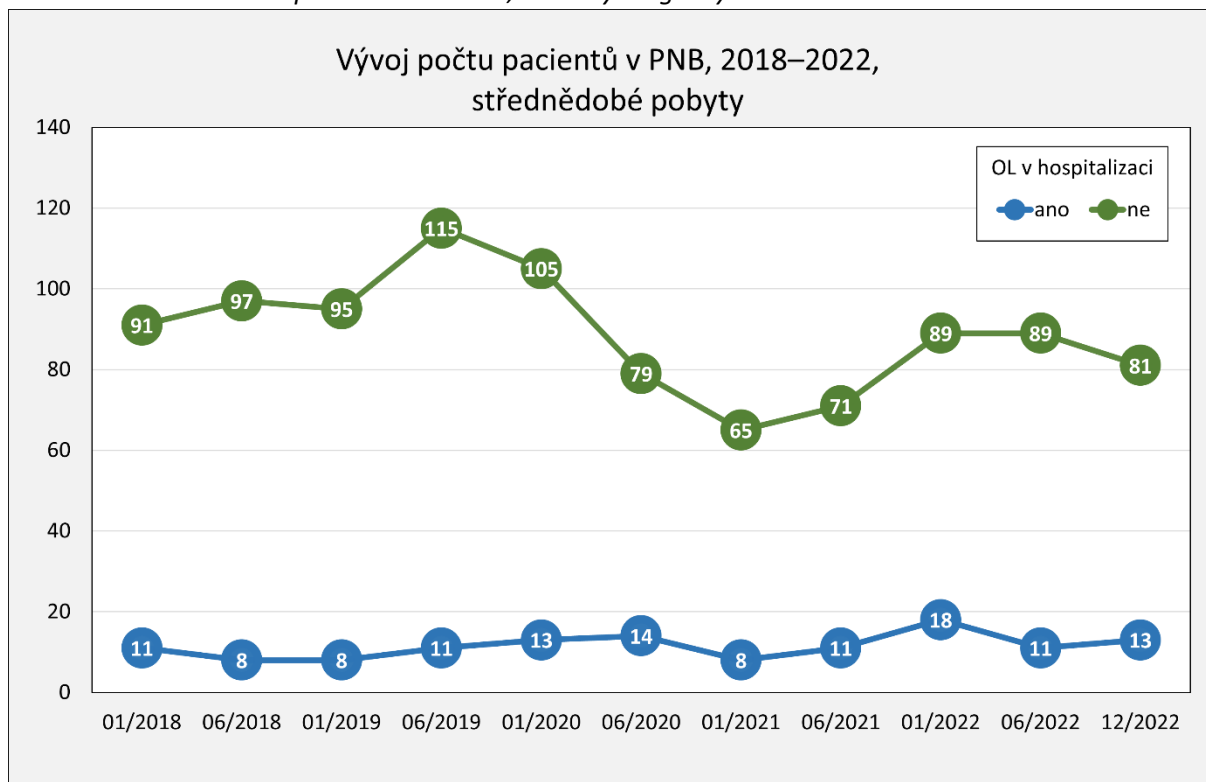
Počet krátkodobě hospitalizovaných se od roku 2018 až na propady v lednu roku 2021 a v lednu roku 2022 příliš nemění. Zmíněný pokles počtu krátkodobě hospitalizovaných pacientů může být zapříčiněn sezónními výkyvy (obr. 6). Co se týče počtu střednědobě hospitalizovaných, po dosažení lokálního maxima v polovině roku 2019 (115 střednědobě hospitalizovaných) došlo ke snížení na lokální minimum v lednu roku 2021 (65 pacientů). V průběhu roku 2022 se tento počet držel v rozmezí 81–89 střednědobě hospitalizovaných.

Obr. 6: Krátkodobě hospitalizovaní v PNB, všechny diagnózy



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

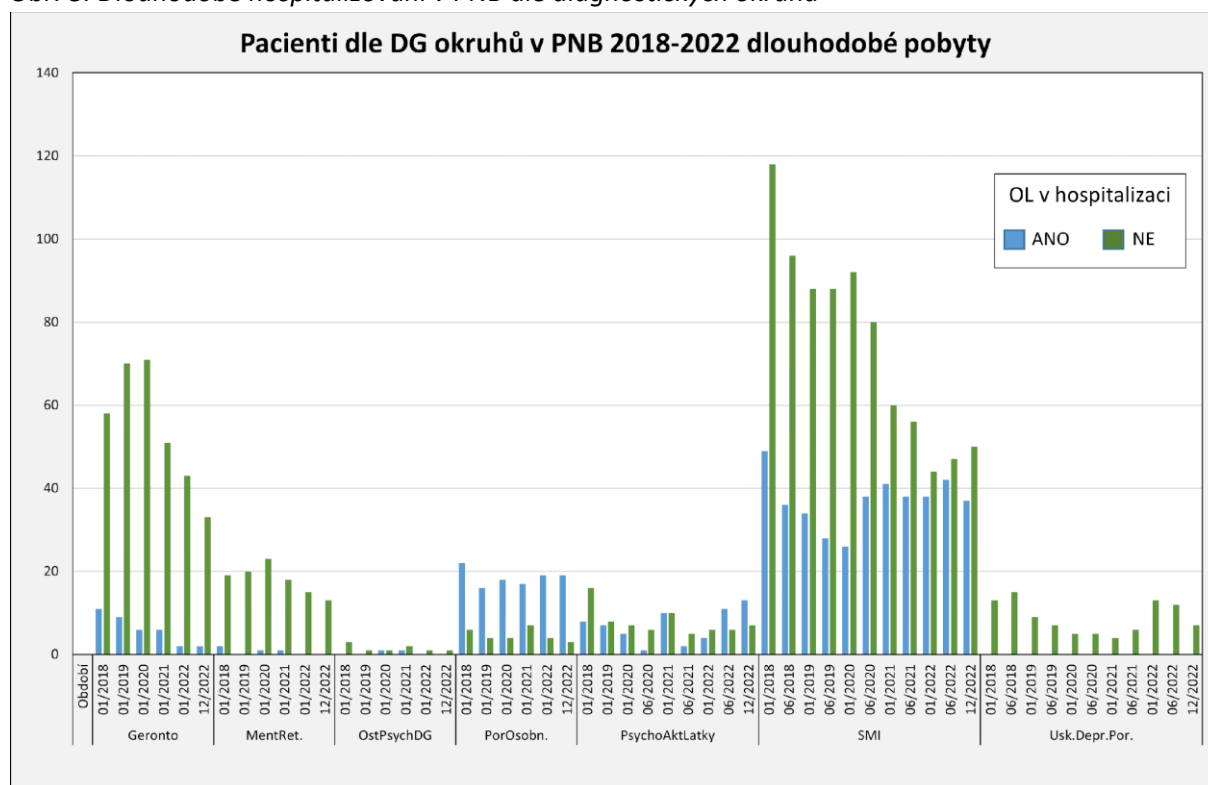
Obr. 7: Střednědobě hospitalizovaní v PNB, všechny diagnózy



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

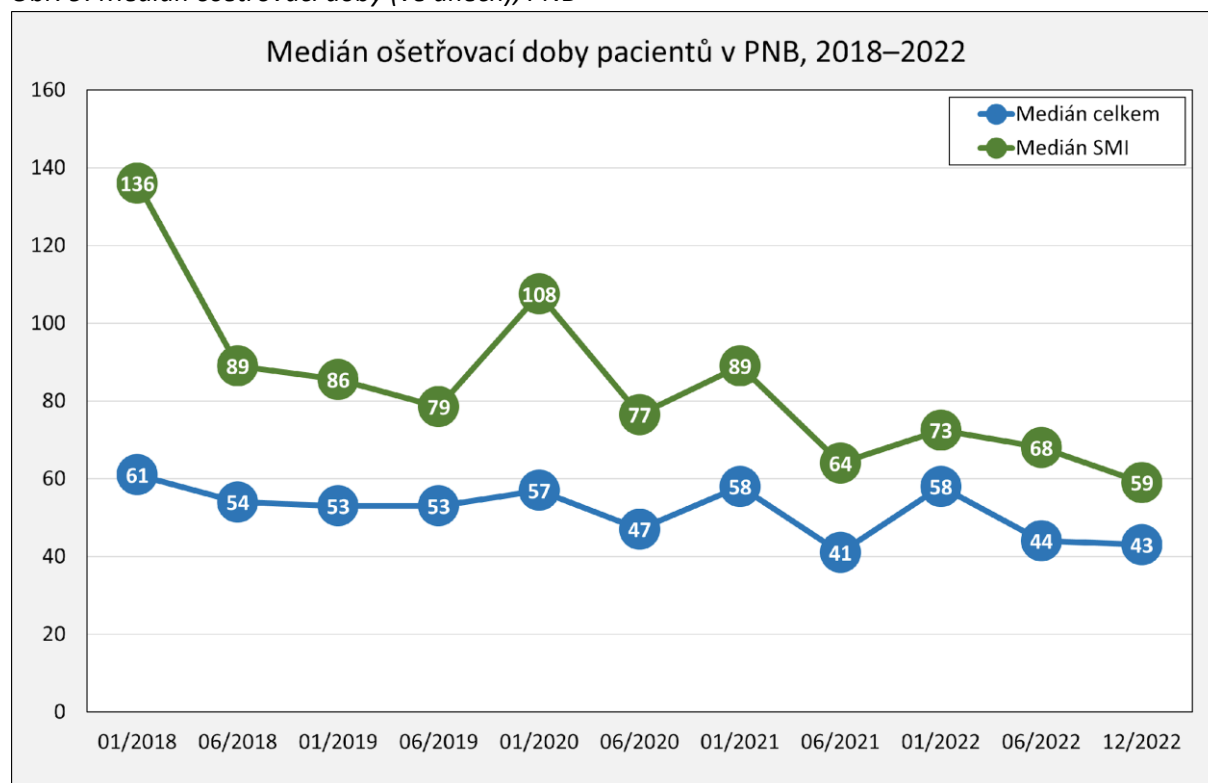
Na následujícím obrázku (obr. 8) můžeme sledovat vývoj počtu dlouhodobě hospitalizovaných podle diagnostických okruhů. K nejvýraznějšímu poklesu došlo u pacientů s SMI, mentální retardací a dále pacientů na oddělení geronto-psychiatrie. **Pokles počtu dlouhodobě hospitalizovaných s SMI a mentální retardací souvisí zejména s rozvojem komunitních služeb a nastavenou systematickou spoluprací psychiatrické nemocnice s komunitními službami.** V případě ostatních diagnostických okruhů k větším změnám v počtu dlouhodobě hospitalizovaných v průběhu let 2018–2022 nedošlo.

Obr. 8: Dlouhodobě hospitalizovaní v PNB dle diagnostických okruhů



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

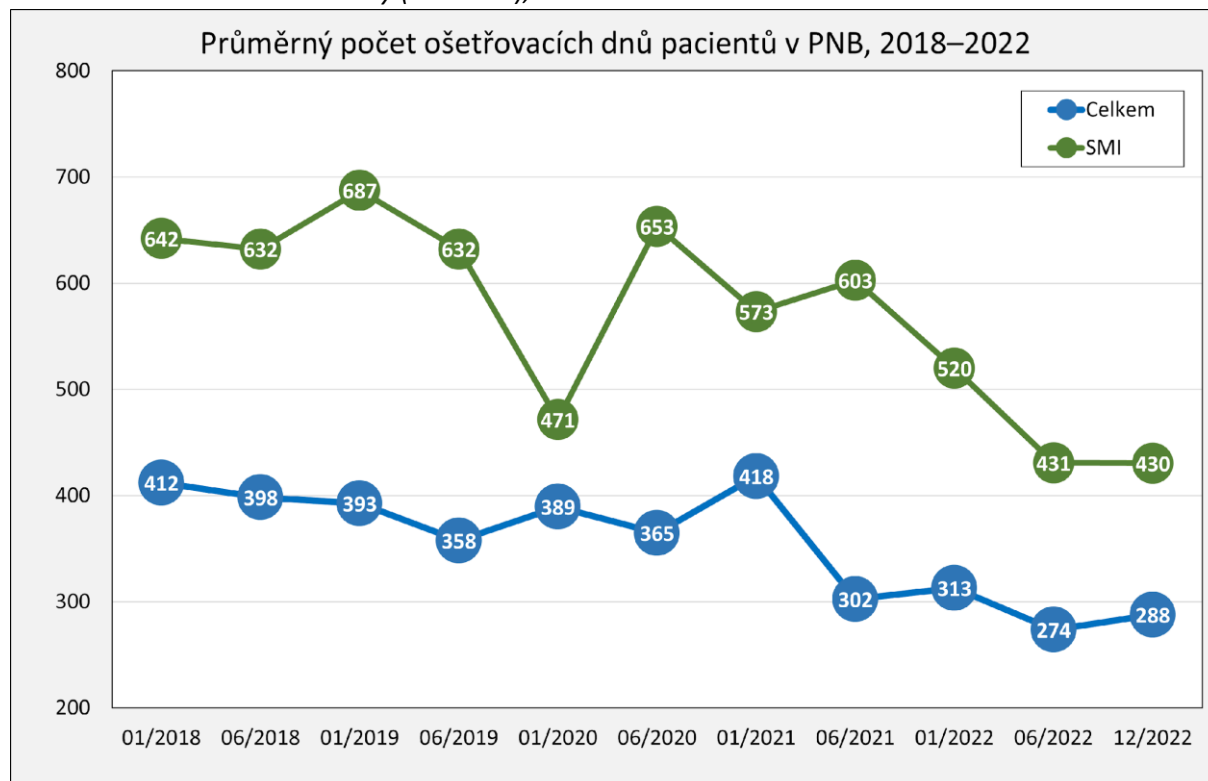
Obr. 9: Medián ošetrovací doby (ve dnech), PNB



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

Snížení mediánu i průměru ošetrovací doby souvisí s již výše zmíněným snižováním počtu dlouhodobě hospitalizovaných v PNB. Obr. 9 a obr. 10 tuto situaci dokreslují. Medián ošetrovací doby všech pacientů činil v prosinci roku 2022 celkem 43 dnů, zatímco průměrná ošetrovací doba dosahovala na hodnotu 288 dnů. Takto výrazný rozdíl mezi mediánem, který představuje prostřední hodnotu (dělí soubor pacientů tak, že polovina souboru dosahuje hodnot menších, než je medián a polovina hodnot větších, než je medián), a průměrem je dán značným počtem pacientů, kteří jsou v PNB hospitalizováni i několik let. Více než 5 let bylo v prosinci roku 2022 v PNB hospitalizováno 31 pacientů. Dle dat poskytnutých PNB činila nejdelší hospitalizace v prosinci roku 2022 celkem 14 179 dnů, což je téměř 39 let. Z obou obrázků je dále zřejmé, že ošetrovací doba pacientů s SMI je značně vyšší.

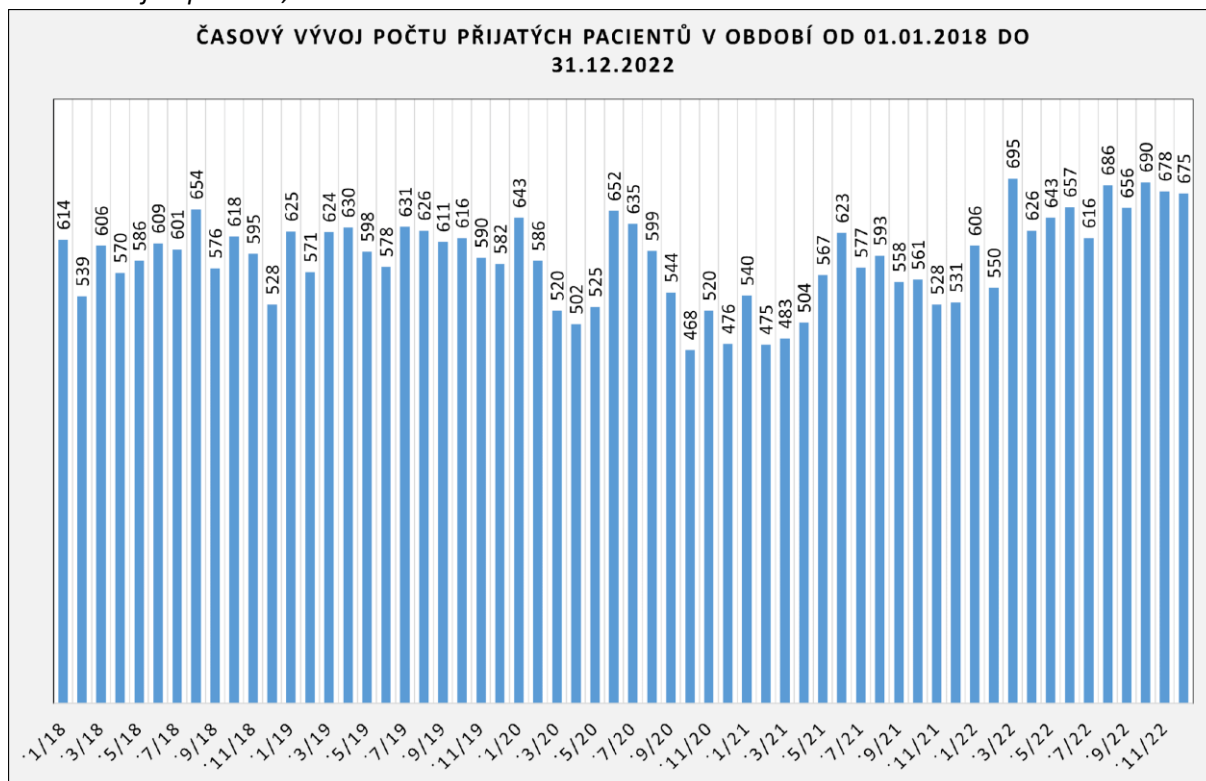
Obr. 10: Průměr ošetrovací doby (ve dnech), PNB



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

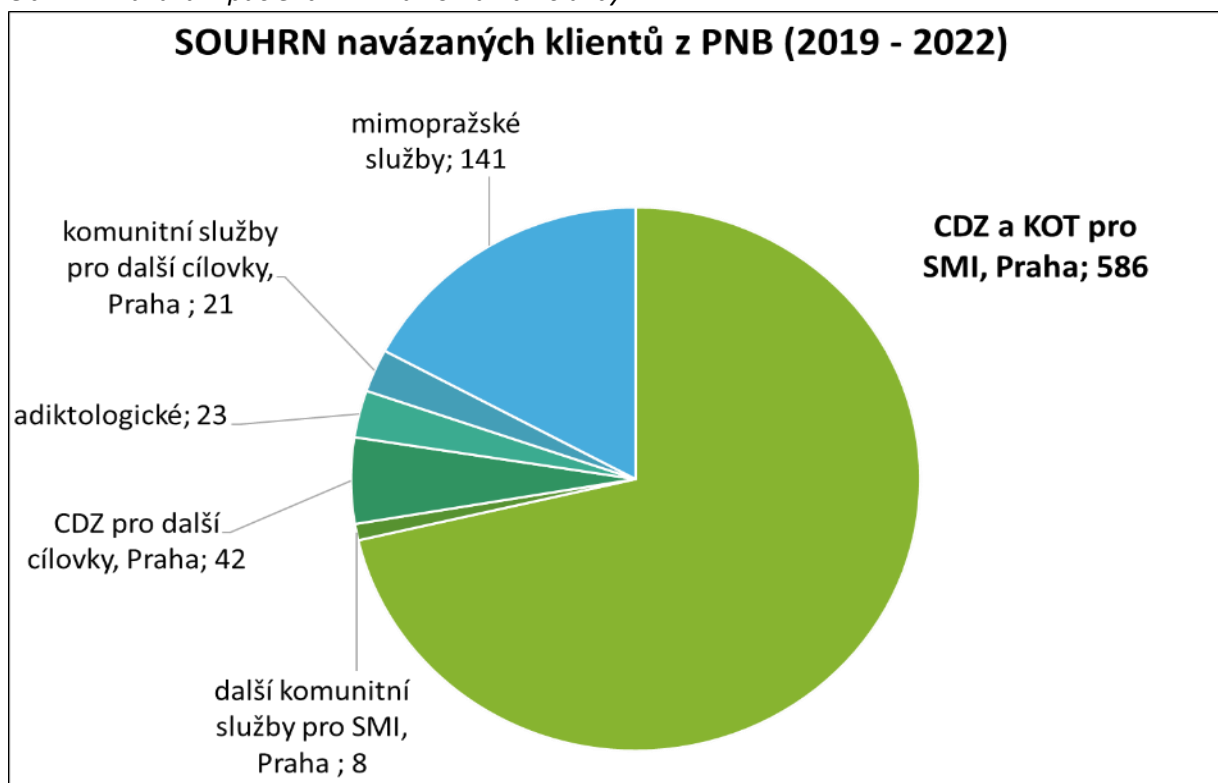
Obrázek č. 11 ukazuje vývoj počtu přijatých pacientů do PNB v období leden 2018 až prosinec 2022. Můžeme vidět, že počet přijatých pacientů se v celém období pohybuje v rozmezí 468–695 pacientů. Nejméně pacientů bylo přijato v druhé polovině roku 2020 a na začátku roku 2021, což může být vysvětleno restrikcemi přijatými v kontextu pandemie COVID-19. Zřetelný nárůst je v roce 2022, což souvisí se zvyšující se psychiatrickou zátěží ve společnosti v důsledku dopadů epidemie COVIDu, války na Ukrajině a zhoršující se ekonomické situace.

Obr. 11: Přijetí pacienti, PNB



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

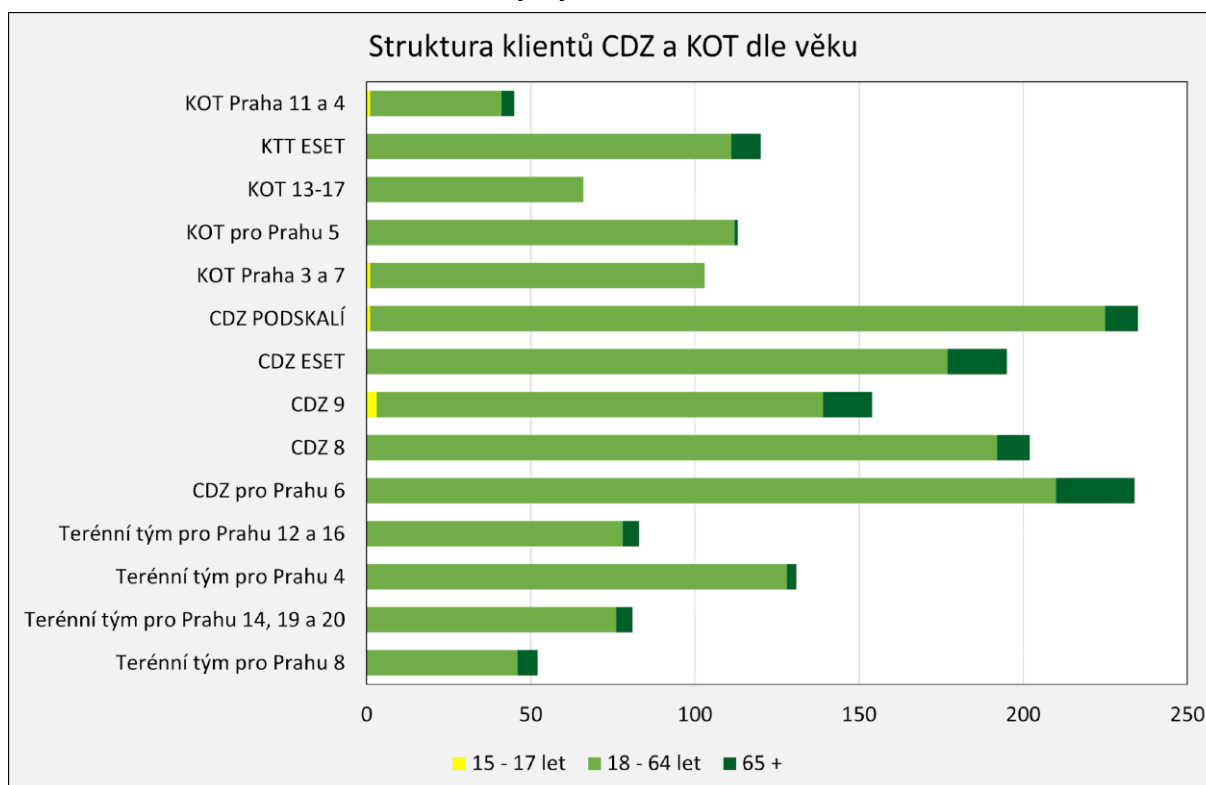
Obr. 12: Navázání pacienti PNB na komunitní služby



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice 2023

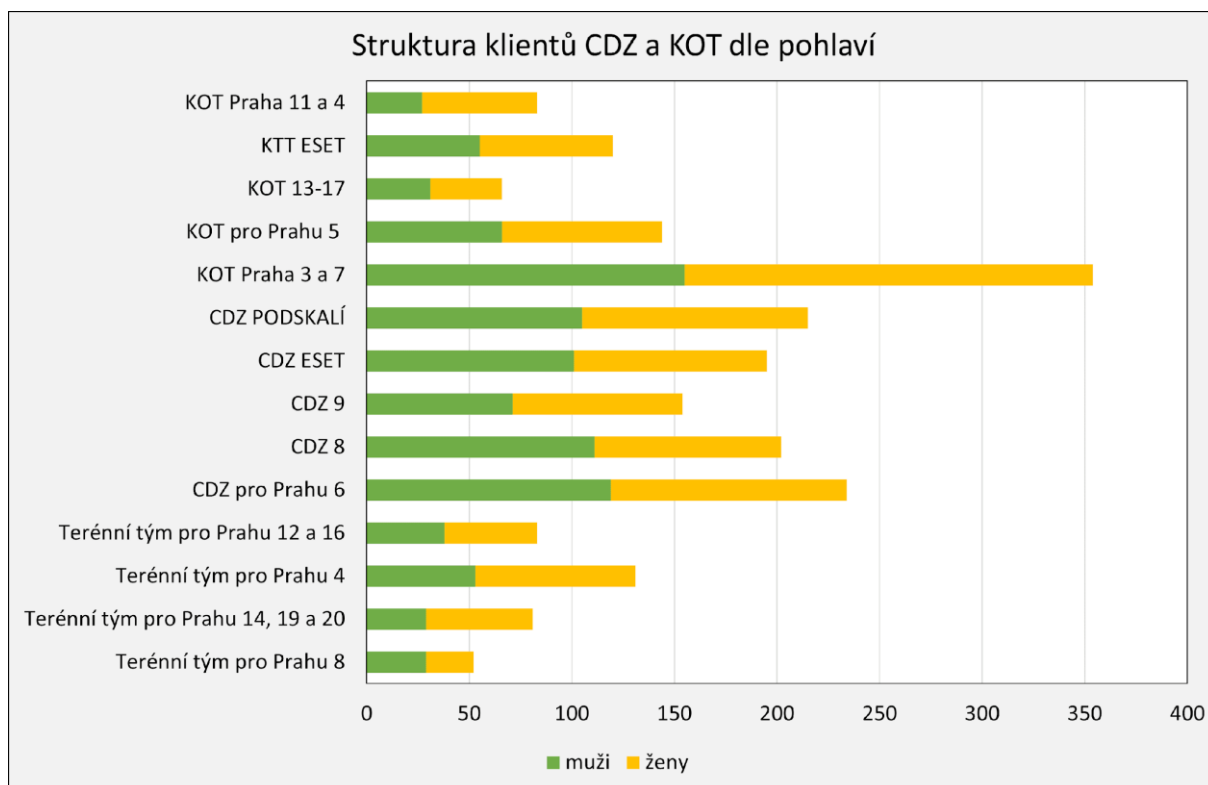
PNB spolupracuje s komunitními službami již od roku 1990, ovšem více systematická spolupráce byla nastavena až v roce 2018. **Obrázek č. 12** tuto nastavenou spolupráci reflektuje zejména v případě spolupráce s CDZ a KOT pro osoby s SMI, méně rozvinutá je však spolupráce s komunitními službami pro jiné cílové skupiny.

Centra duševního zdraví a komunitní týmy

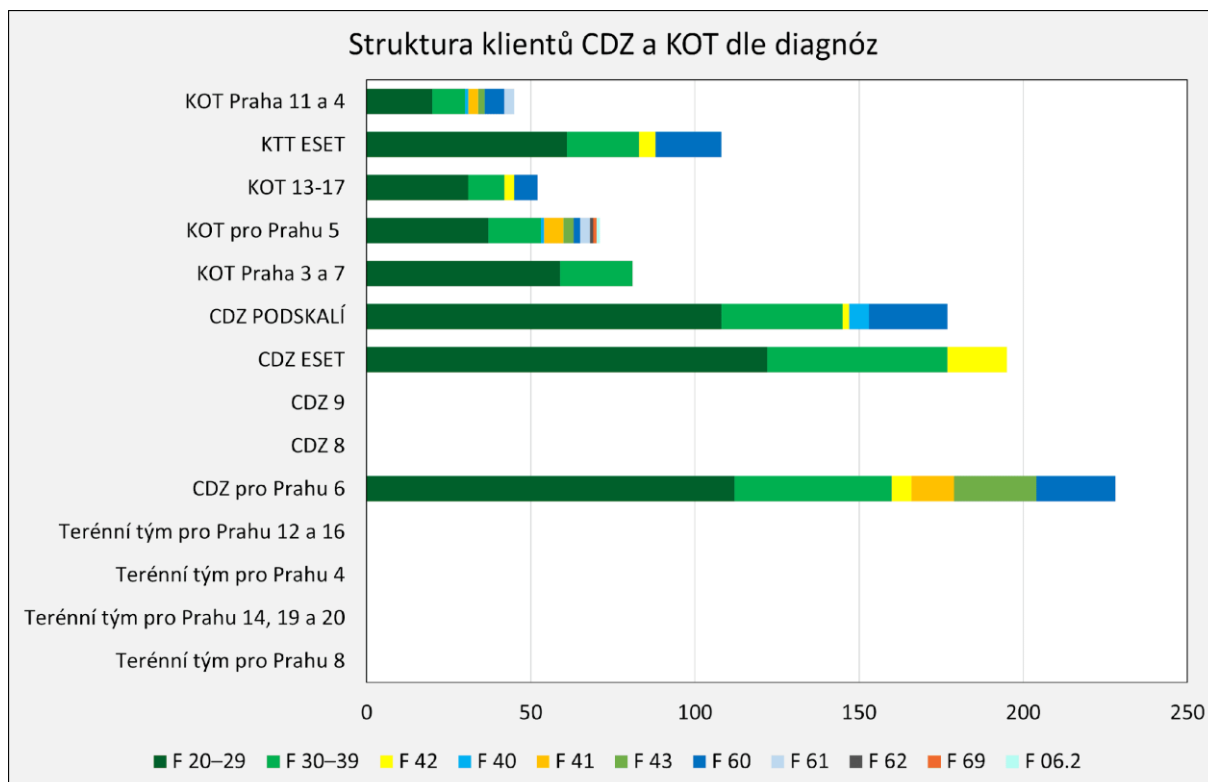


Zdroj: vlastní šetření

Zatím malý počet klientů ve věku 15-17 let reflektuje krátkou dobu od rozšíření cílové skupiny CDZ a KOT.



Zdroj: vlastní šetření



Zdroj: vlastní šetření

CDZ a KOT, včetně terénních týmů cíleně pracují s klienty s SMI (závažným duševním onemocněním). Terénní týmy Bony o.p.s. (ve spodní části tabulky) jsou pouze sociální týmy, nesledují tedy diagnostickou

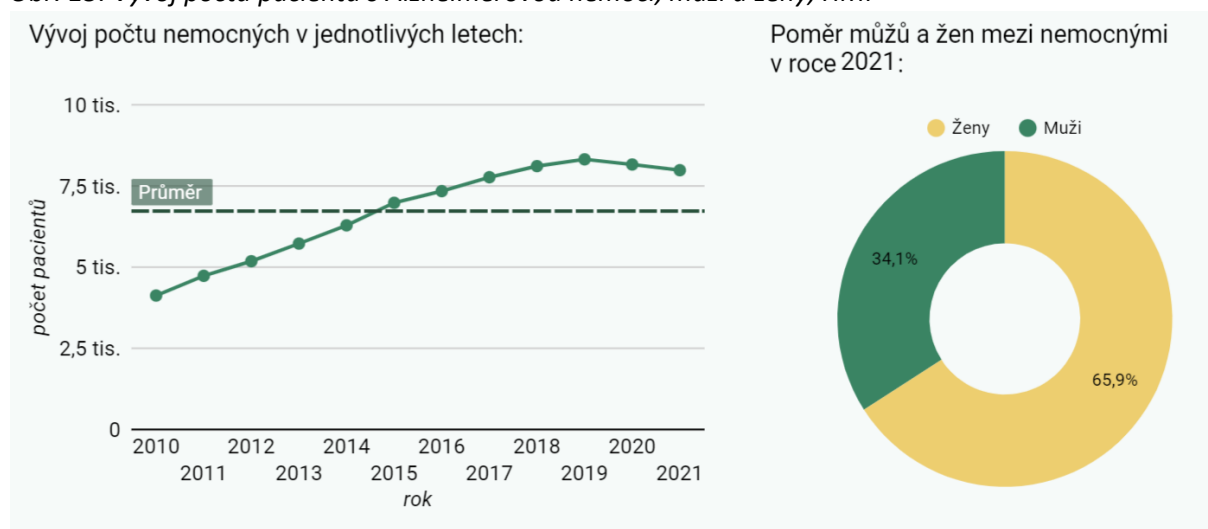
strukturu. Nicméně podle problematiky, kterou s klienty řeší vyplývá velmi podobná struktura jako u ostatních týmů.

Alzheimerova nemoc a demence

Dle predikcí Českého statistického úřadu do roku 2070 dojde v následujících letech v HMP k výraznému nárůstu obyvatel ve věku 65 a více let. Vzhledem k tomu, že pro tuto populaci je typická vyšší nemocnost, lze očekávat, že se v budoucnu zvýší počet pacientů s civilizačními chorobami včetně pacientů s neurodegenerativními onemocněními.¹⁴

Z nastíněného vývoje je zřejmé, že se zároveň zvýší poptávka po zdravotně-sociálních službách pro tuto cílovou skupinu, na kterou musí být systém služeb připraven.

Obr. 13: Vývoj počtu pacientů s Alzheimerovou nemocí, muži a ženy, HMP

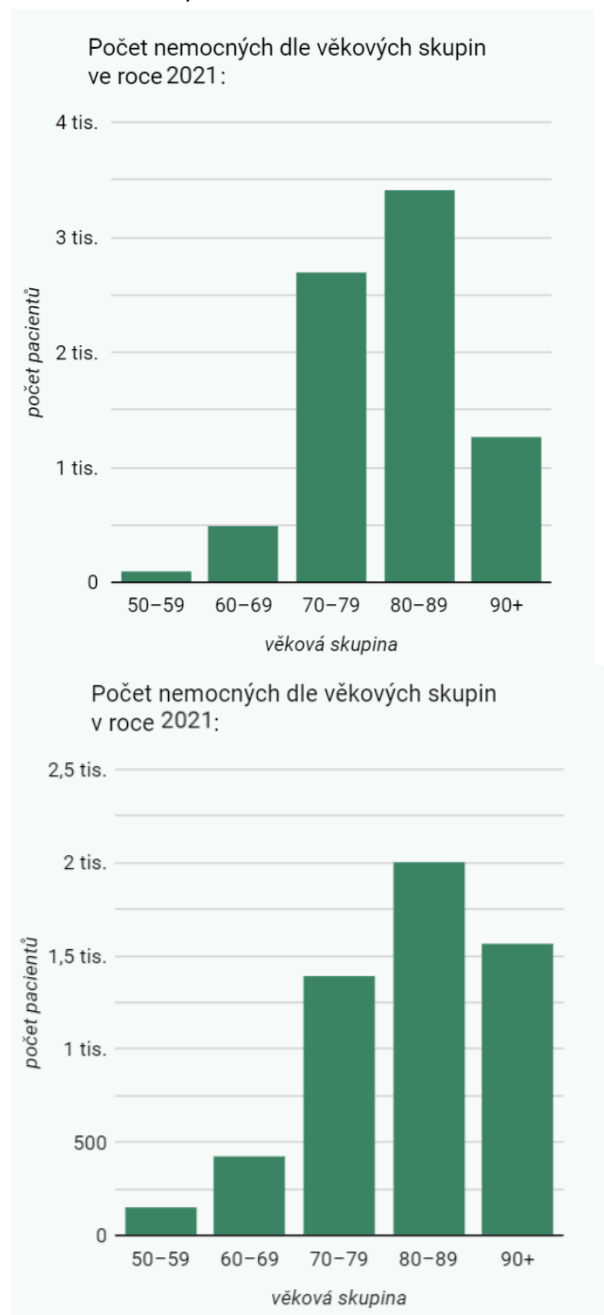


Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Na obrázku č. 13 můžeme vidět dlouhodobý nárůst počtu pacientů s Alzheimerovou nemocí. Tento růst dosáhl maxima v roce 2019 a následně došlo k mírnému snížení počtu pacientů. Je pravděpodobné, že na pokles měla vliv pandemie COVID-19, kvůli které byla snížena dostupnost specializované péče pro osoby s touto diagnózou. Zároveň je populace osob starších 65 let rizikovou skupinou, která byla pandemií výrazně ohrožená. V roce 2021 bylo v HMP 7 985 pacientů s Alzheimerovou nemocí. Z obrázku je dále zřejmé, že dvě třetiny pacientů s Alzheimerovou nemocí jsou ženy. Nejvyšší počet pacientů spadá do věkové kategorie 80–89 let, těchto pacientů bylo v roce 2021 na území HMP celkem 3 410 (obr. 14).

¹⁴ Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2070, ČSÚ 2019, <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2070>

Obr. 14: Počet pacientů s Alzheimerovou nemocí a demencí podle věku, HMP, 2021

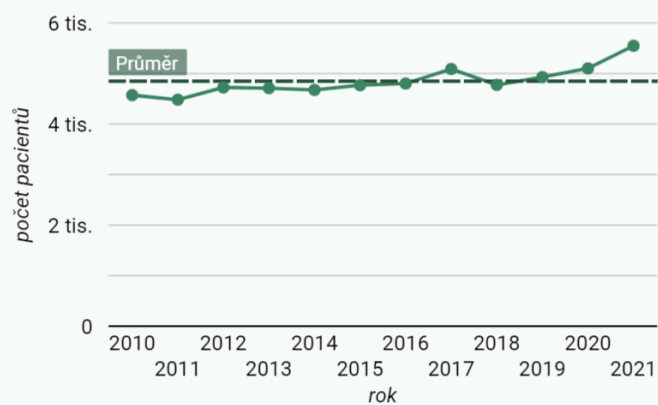


Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

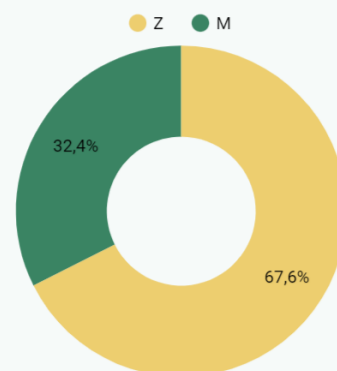
Počet pacientů s demencí se v průběhu let příliš neměnil, přičemž k významnějšímu nárůstu došlo v roce 2021, kdy počet nemocných dosahoval na hodnotu 5 549. Lze se domnívat, že pacienti s demencí jsou poddiagnostikováni a onemocnění je tak odhalené pouze u zlomku osob. Stejně jako v případě Alzheimerovy nemoci jsou pacienty s demencí častěji ženy a také osoby ve věku 80–89 let (obr. 14 a obr. 15).

Obr. 15: Počet pacientů s demencí, muži a ženy, HMP

Vývoj počtu nemocných v jednotlivých letech:



Poměr mužů a žen mezi nemocnými v roce 2021:

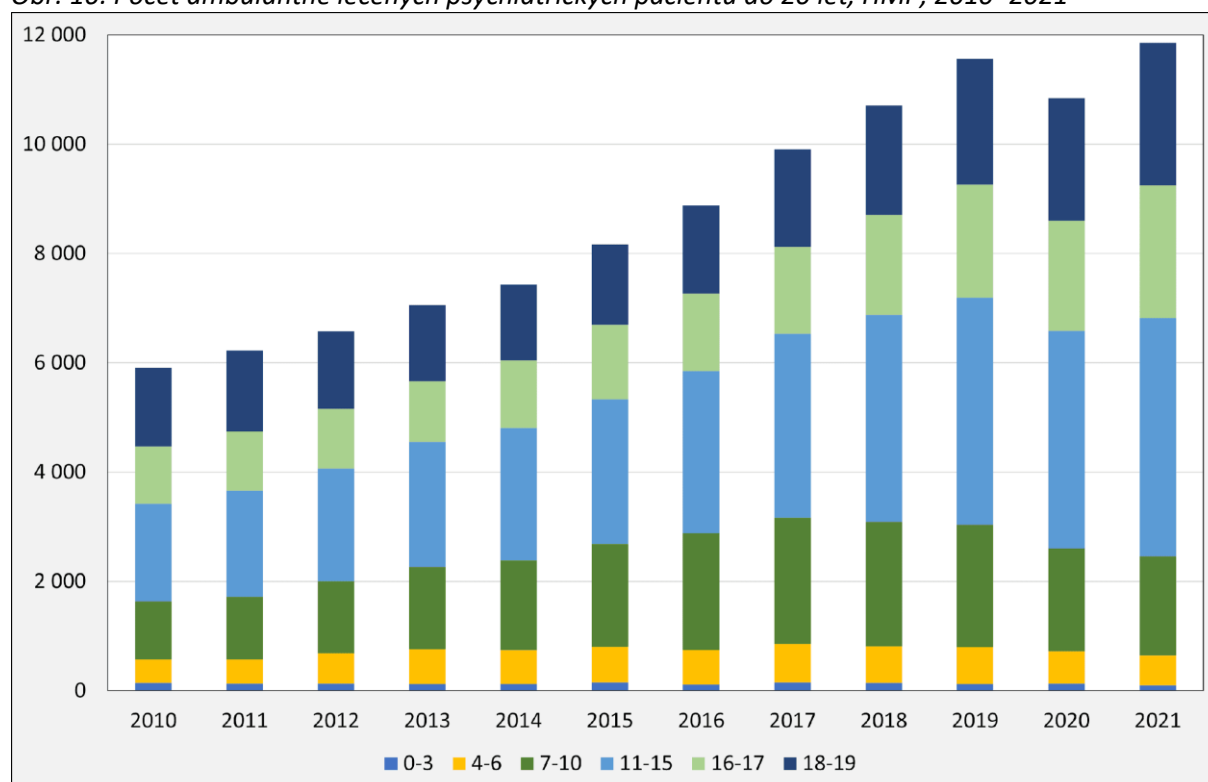


Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Dětská psychiatrie

Počet ambulantně léčených dětí a mladistvých se od roku 2010 stabilně zvyšuje. Výjimkou byl rok 2020, kdy došlo k poklesu v počtu pacientů do 20 let, k tomuto poklesu došlo v souvislosti s pandemií COVID-19, kdy některé služby nebyly v tomto období dostupné. V roce 2021 se počet ambulantně léčených dětí a mladistvých opět zvýšil, a to na hodnotu 11 856 pacientů. Nejpočetnější skupinu ambulantně léčených pacientů tvoří v případě dětí skupina ve věku 11–15 let (obr. 16). Dlouhodobé zvyšování počtu dětských psychiatrických pacientů je ještě umocněno vlivem pandemie COVID-19 doprovázené proticovidovými opatřeními. **Je tedy důležité zaměřit se na prevenci v oblasti duševního zdraví dětí a snižování rizika výskytu duševních onemocnění u dětí a mladistvých.**

Obr. 16: Počet ambulantně léčených psychiatrických pacientů do 20 let, HMP, 2010–2021

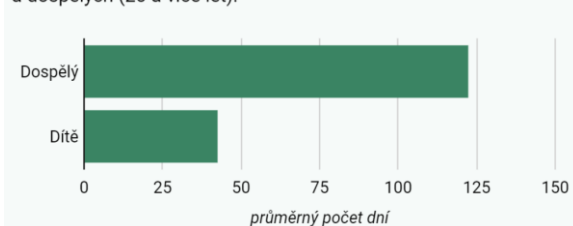


Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

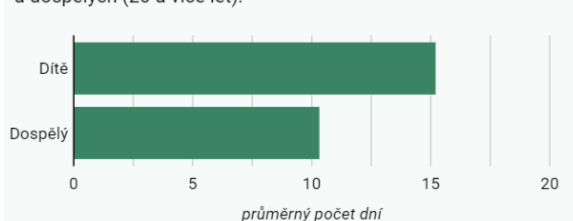
Průměrná délka hospitalizace byla na území HMP v roce 2021 delší v případě dospělé populace ve věku 20 a více let. Zatímco u dospělých dosahovala průměrná délka hospitalizace 112 dní, u dětí činila 43 dní. U průměrné délky akutní hospitalizace tomu však bylo naopak a na obrázku č. 17 můžeme vidět, že průměrná délka akutní hospitalizace je vyšší v případě dětí a mladistvých oproti dospělým. U dětí a mladistvých dosáhla délka akutní hospitalizace hodnoty 15 dní, u dospělých byla na hodnotě 10 dní.

Obr. 17: Porovnání průměrné délky hospitalizace a akutní hospitalizace u dětí a mladistvých (0–19 let) a dospělých (20+ let), HMP, 2021

Průměrná délka hospitalizace u dětí a mladistvých (do 19 let) a dospělých (20 a více let):



Průměrná délka akutní hospitalizace u dětí a mladistvých (do 19 let) a dospělých (20 a více let):



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Výstupy projektu neziskové organizace Nevypusť duši a T-Mobile

Nezisková organizace Nevypusť duši realizovala ve spolupráci s T-Mobile výzkum se zaměřením na duševní zdraví dětí s cílem zmapovat informovanost, postoje a ochotu vyhledat pomoc v oblasti dětského duševního zdraví u české populace ve věku 18–60 let.

Hlavní zjištění projektu publikované v závěrečné zprávě projektu¹⁵:

1. Výrazná většina české populace deklaruje důležitost duševního zdraví obecně i u dětí, důležitost rodinného prostředí pro pohodu dětí i důležitost prevence a dlouhodobé péče. Většina respondentů si je také vědoma, že psychické problémy se týkají dětí přinejmenším stejně jako dospělých, ne-li více. Zdá se tedy, že o důležitosti tématu duševního zdraví dětí není pochyb. Pravděpodobně zde však (jako u dalších podobných témat) najdeme vysokou míru stylizace a otázkou je, jak by si lidé poradili při skutečných problémech, se kterými má jen malé procento populace osobní zkušenost (rozpory představ a reality indikují i tato data).
2. Ochota obrátit se na odborníky v případě psychických problémů dítěte (svého nebo ze svého okolí) je velká, jelikož by pomoc dítěti vyhledalo 86 % dotázaných. Nejčastěji by respondenti při řešení problémů zvažovali odborníky, tedy dětského psychologa, dětského psychiatra nebo dětského/praktického lékaře. Vyhledání odborníka by však bylo prvním krokem pouze u jedné třetiny respondentů, jedna třetina respondentů by nejprve promluvila s dítětem sama, 12 % respondentů by nejprve hledala informace na internetu.

¹⁵ Závěrečná zpráva projektu realizovaného organizací Nevypusť duši a T-Mobile 2022

3. Respondenti mají o dostatku odborníků optimistickou představu. Až 43 % z nich totiž uvedlo, že je odborníků na duševní zdraví dětí dostatek, což neodpovídá realitě.
4. Polovina respondentů by uvítala celkově větší osvětu ve společnosti v souvislosti s tématem duševního zdraví dětí. Respondenti by také uvítali lepší dostupnost odborníků na duševní zdraví dětí. Velký důraz respondenti kladli také na vzdělávání dětí a učitelů, přičemž 74 % osob si myslí, že „školy by měly více učit o tom, jak pečovat o svou duševní pohodu, jak zvládat stres a jiné problematické situace“. Z dotázaných respondentů si 68 % myslí, že „učitelé mají mít kromě svého předmětu také povědomí o tom, jak rozpoznat a řešit duševní potíže dětí“.
5. Přístup k duševnímu zdraví dětí má mnoho determinant (důležitost tématu, způsob řešení problémů apod.) a závisí tak mimo jiné na životní fázi, typu rodiče a
přístupu
k životu.

Komparace dat z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze (2016–2022)

Garanty výzkumu, který je zaměřený na duševní zdraví dětí, jsou Centrum sociálních služeb Praha, resp. jeho Pražské centrum primární prevence. Sběr dat probíhal opakovaně v listopadu a prosinci v letech 2016–2022. Dotazovaní byli žáci druhých stupňů základních škol a středních škol v HMP, a to pomocí elektronického dotazníku. Součástí dotazníku byly následující mezinárodně uznávané nástroje použité k měření různých oblastí duševního zdraví. Jednalo se o WHO-5 (well-being), GAD-7 (úzkostnost), PHQ-9 (depresivita), SCOFF (poruchy příjmu potravy) a vlastní nástroj k měření spokojenosti se životem¹⁶.

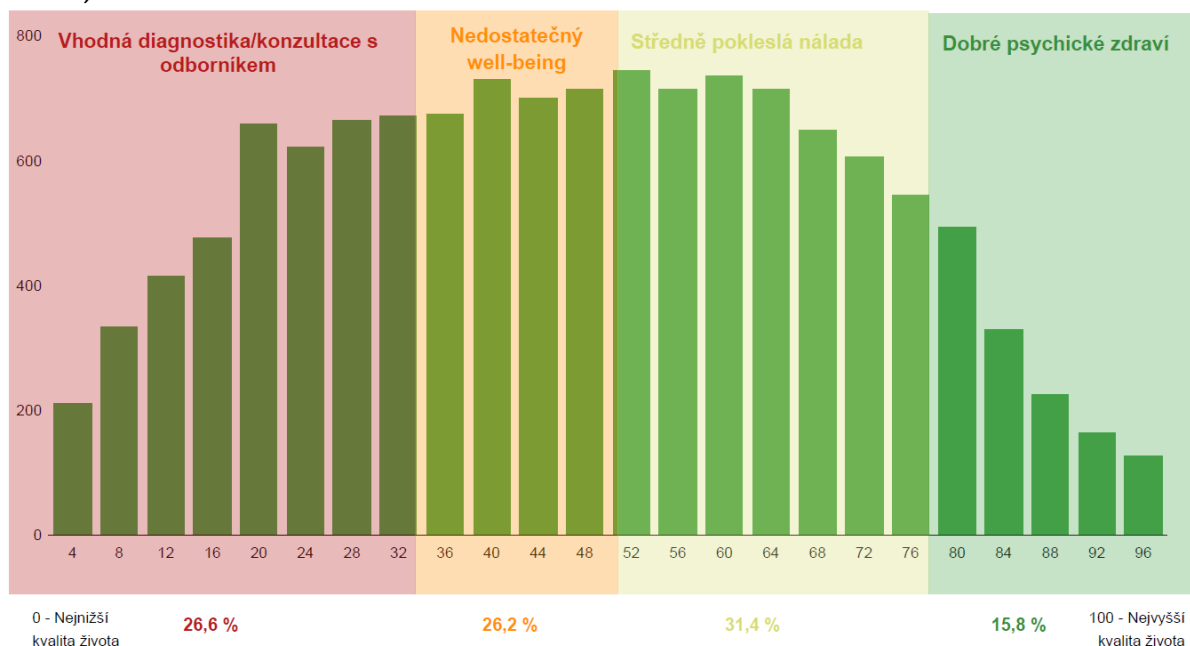
Hlavní závěry projektu¹⁷:

1. Výsledky provedených analýz potvrzují důležitost tématu duševního zdraví dětí a věnování pozornosti prevenci duševních onemocnění u dětí a mladistvých.
2. Subjektivní well-being je dle výsledných skóre škály WHO-5 poměrně nízký. Žáků, jejichž skóre pro well-being je rizikový a u nichž by mělo dojít ke konzultaci s odborníkem, bylo v roce 2022 celkem 26,6 %. Naopak žáků s dobrým psychickým zdravím bylo pouze 15,8 %. Celkové skóre well-beingu se však v roce 2022 v porovnání s rokem 2021 mírně zvýšilo. Riziko nízké subjektivně prožívané kvality života je vyšší u dívek oproti chlapcům. Co se týče jednotlivých instrumentů měření, nejhůře jsou na tom žáci v případě výroku „Probouzel/a jsem se osvěžený/á a odpočatý/á“, přičemž v roce 2022 29,11 % žáků uvedlo, že se nikdy neprobouzí odpočatí.

¹⁶ Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

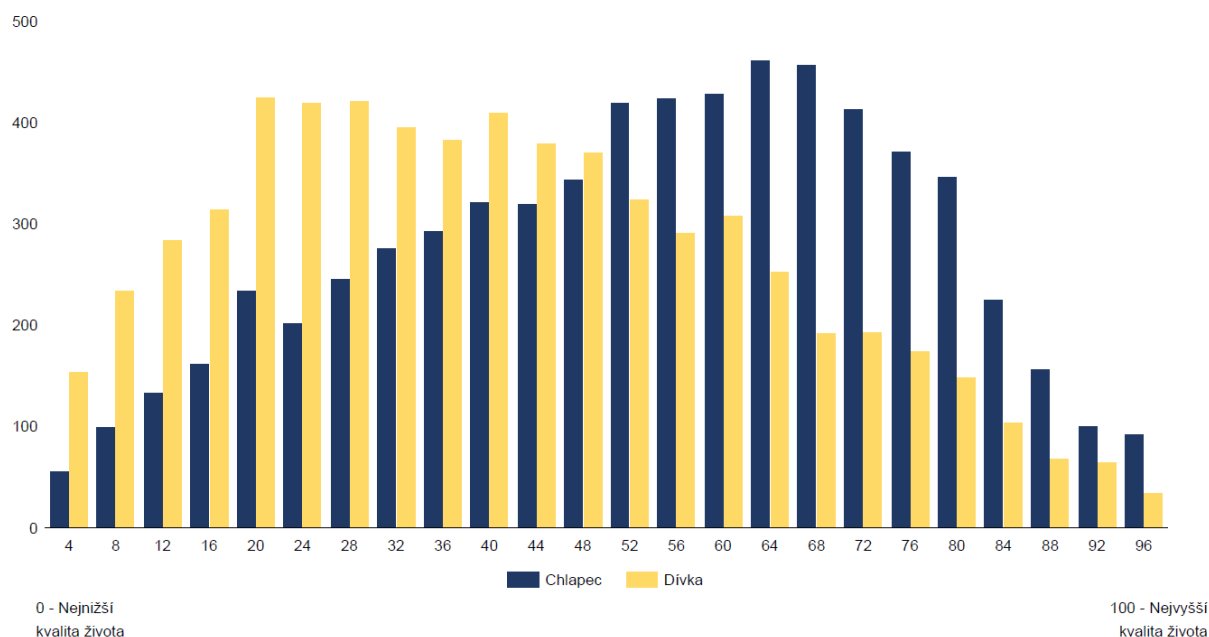
¹⁷ Tamtéž.

Obr. 18: Vyhodnocení škály WHO-5, data z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, 2022



Zdroj: Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

Obr. 19: Vyhodnocení škály WHO-5, data z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, celkové skóre dle pohlaví, 2022



Zdroj: Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

Obr. 20: Vyhodnocení škály WHO-5, data z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, jednotlivé otázky, 2021–2022



Zdroj: Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

- Dle nástroje GAD-7 mělo v roce 2022 44,4 % žáků minimální úzkost. Vyšší skóre indikující vysokou úzkost, které je vhodné doplnit o další evaluaci, mělo v roce 2022 celkem 14 % žáků pražských škol. V roce 2022 uvedlo 18,93 % žáků, že přílišné starosti kvůli různým věcem má téměř každý den. Podíl osob s vysokou úzkostí je opět vyšší v případech dívek oproti chlapcům.

Obr. 21: Vyhodnocení škály GAD-7, data z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, celkové skóre, 2022



Zdroj: Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

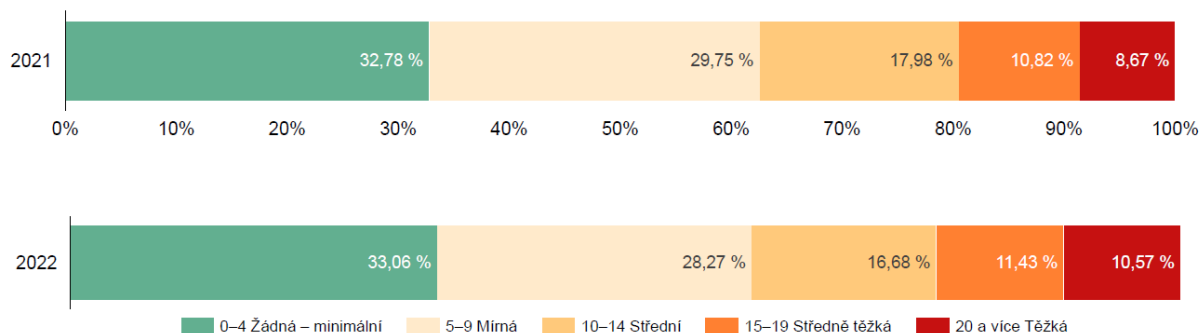
Obr. 22: Vyhodnocení škály GAD-7, data z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, jednotlivé otázky, 2022



Zdroj: Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

- V roce 2022 dosáhlo dle škály PHQ-9 38,78 % žáků takového skóre, které indikuje, že by mělo dojít k dalšímu řešení. Jedná se ještě o 1,2 % bodů více takových žáků než v roce 2021. Dle skóre nástroje trpělo v roce 2021 8,7 % žáků těžkou depresí, v roce 2022 se jednalo dokonce o 10,6 % žáků.

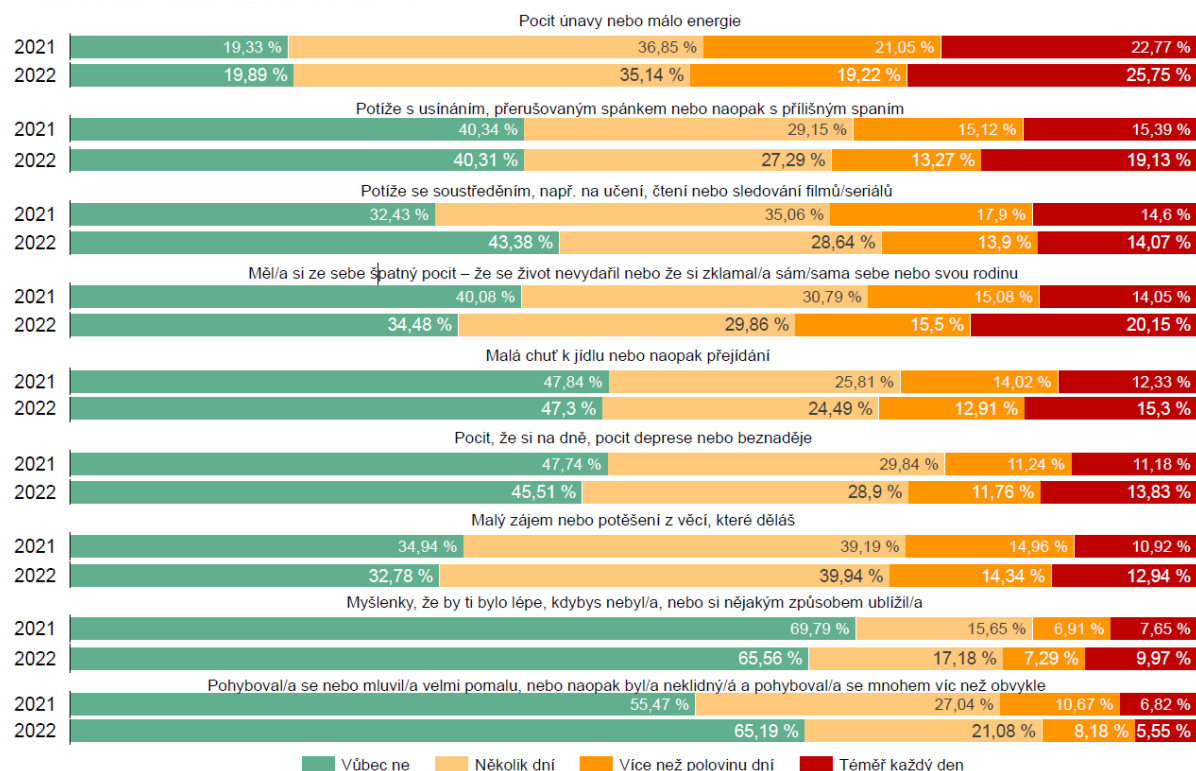
Obr. 23: Vyhodnocení škály PHQ-9, data z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, celkové skóre, 2021–2022



Zdroj: Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

Obr. 24: Vyhodnocení škály PHQ-9, data z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, jednotlivé otázky, 2021–2022

Jak často tě trápil některý z uvedených problémů v posledních 2 týdnech:

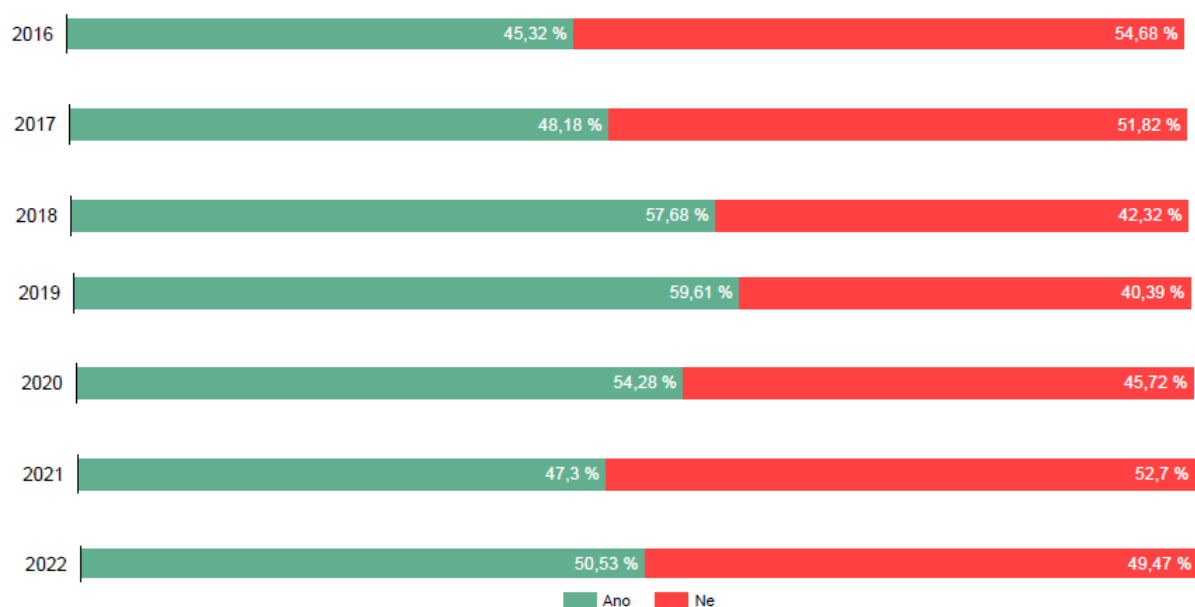


Zdroj: Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

- Polovina žáků nemá ve škole žádného dospělého, kterému by se svěřila s problémem.

Obr. 25: Důvěra k pedagogům data z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, 2016–2022

Mám ve škole někoho dospělého, komu bych se svěřil/a s problémem:



Zdroj: Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022

SWOT ANALÝZA

S – SILNÉ STRÁNKY	W – SLABÉ STRÁNKY
✓ Mezi MZ a MHMP je uzavřeno memorandum o spolupráci při realizaci reformy péče o duševní zdraví. ✓ Na úrovni MHMP funguje Krajská koordinační a Mezigesční skupina pro mezirezortní sdílení informací a plánování rozvoje. ✓ V rámci aktivit MZS byly ustanoveny pracovní skupiny pro koordinaci a plánování v oblasti duševního zdraví v Praze – PS složená z poskytovatelů sociálních, zdravotních a školských služeb; PS uživatelská; PS složená z rodičů se zkušeností s duševními potížemi svých dětí; PS složená z mladých lidí se zkušeností v dětském věku. ✓ Existence sítě komunitních týmů, která pokrývá celý pražský region – potenciál pro vznik CDZ. ✓ Dobře fungující základ sítě pro SMI – hodnotově a metodicky ukotvené, funguje multidisciplinární přístup, sdílení dobré praxe a spolupráce služeb. ✓ Existence dalších multidisciplinárních týmů pro specifické cílové skupiny – 1CDZ adiktologické + 1 CDZ forenzní + 1CDZ pro děti. ✓ Existují silné neziskové organizace poskytující komunitní služby a jsou zapojeny do rozvoje systému péče o lidi s duševním onemocněním. ✓ Je nastaven systém multidisciplinární spolupráce mezi lůžkovými psychiatrickými odděleními a komunitními službami pro SMI klienty. ✓ V některých školách fungují dobře programy primární prevence a jsou zapojeni školní metodici prevence rizikového chování (strategie PPRCH). ✓ Hustá síť pečovatelské služby a domácí zdravotní péče. ✓ Existence krizových služeb – např. Centrum krizové intervence, RIAPS, krizový tým FOKUSU PRAHA; pro děti Dům tří přání, Dětské krizové centrum + národní telefonické krizové linky. ✓ Fungují peer programy ve službách pro SMI. ✓ Dostatek vzdělávacích příležitostí pro pracovníky s lidmi s demencí.	✓ Systém není dostatečně mezirezortně ukotven – nedostatečná koordinace a plánování, průběžný monitoring a vyhodnocování aktivit na úrovni systému. ✓ Nedostatek kapacit a flexibility služeb (z hlediska financování) k práci s klienty s SMI s komplexními potřebami (např. dlouhodobě hospitalizovanými v PN). ✓ Segmentace služeb (oborově i kompetenčně) neumožňuje celostní přístup k péči o klienty s komplexními potřebami (stále je nedostatek sdílená péče, multidisciplinárního přístupu a práce formou case managementu). ✓ Na některých školách přetrvává tlak na výkonnost vs. individuální podpora silných stránek dětí. ✓ Nízké povědomí společnosti o péči o duševní zdraví a o možnostech pomoci. ✓ Nízká úroveň informovanosti o pražských službách a o možnostech sebepéče – chybí aktualizovaný přehled o stávajících službách a možnostech pomoci v komunitě. ✓ Nedostatečná a fragmentovaná síť krizové psychosociální pomoci, zejména přímo v terénu. ✓ Až na výjimky není akutní lůžková psychiatrická péče ve všeobecných nemocnicích. ✓ Nízké kompetence a jistota odborných pracovníků pro práci s klienty s duševním onemocněním, zejména za hranicemi jejich původní specializace. ✓ Nedostatečné kompetence pracovníků (veřejné správy, škol, volnočasových aktivit a dalších) rozpoznat, kdy je třeba odbornou pomoc a kdy lze situaci klienta řešit vlastními silami v komunitě. ✓ Nedostupné bydlení pro zranitelné skupiny (např. nedostatek kapacit sociálního bydlení v komunitě pro lidi s SMI, nedostatek nízkometrážních bytů pro seniory). ✓ Chybí koordinace péče pro lidi s demencí. ✓ Vysoká míra stigmatizace lidí s duševním onemocněním brání úspěšnému zapojení do společnosti (snížená možnost získat zaměstnání, bydlení, zůstat ve vzdělávacím systému atd.). ✓ Nedostatečná míra kontroly kvality a dodržování lidských práv ve službách, zejména institucionálního charakteru. ✓ Nízké finanční ohodnocení pracovníků v sociálním sektoru.

O – PŘÍLEŽITOSTI	T – HROZBY
✓ Celopražská koordinace péče (propojování služeb, nastavení spolupráce mezi MHMP, MČ a poskytovateli, síťování). ✓ K financování lze využít různé zdroje – fondy MPSV, MHMP. Do financování lze zapojit i MČ, nadační zdroje, ESF. ✓ Inovativní potenciál služeb pro lidi s SMI (přinášení nových přístupů a metod, např. Recovery College, Recovery House, multidisciplinární přístup atd.) ✓ Stávající CDZ a KoT rozšiřují věkovou hranici o práci s 16+ - potenciál zachytu většího množství mladistvých s obtížemi v duševním zdraví. ✓ Potenciál NZDM k včasnému zachytu – NZDM začínají pracovat s dětmi a mladistvými s duševními obtížemi. ✓ Sdílení dobré praxe mezi poskytovateli zvyšuje úroveň kompetencí personálu. ✓ Preventivní kampaně a destigmatizace tématu duševního zdraví umožní větší zapojení lidí s duševním onemocněním do společnosti. ✓ Dostupné (nejen) zahraniční zkušenosti – lze využít pro vzdělávání nebo přinášení inovativních metod. ✓ Včasní diagnostika demence a Alzheimerovy choroby u praktických lékařů umožní dopředu plánovat péči a léčbu. Využití aktivit NAPAN (například včasná diagnostika prevence). ✓ tak, aby se minimalizovalo množství hospitalizací v PN (změny nálad, problémové chování pacientů). ✓ Potenciál neformální péče a služeb v komunitě – prostor pro větší zapojení (svěpomocné skupiny, skauti, kluby pro seniory, Homesharing, dobrovolnictví atp.). ✓ Lidé s vlastními zkušenostmi se chtějí zapojovat do procesů péče, ale i do koordinace systému. ✓ Krizové služby – stávající organizace mají zájem o rozvoj směrem ke krizové péči. ✓ Prevence na školách – školy vnímají potřebnost prevence a mají zájem o preventivní programy. ✓ Nastavení systému podpory a kontroly kvality v sociálních i zdravotních službách.	✓ Zvyšující se psychiatrická zátěž ve společnosti povede k přetížení odborných služeb ✓ Duševní zdraví nebude prioritou na centrální i regionální úrovni – negativní dopad na financování a rozvoj služeb. ✓ Vyčerpání zdrojů (personálních, finančních, motivačních, mentálních) klíčových organizací pro lidi s SMI – odchod kvalifikovaného personálu. ✓ Nepokračování procesu reformy psychiatrické péče na centrální úrovni. ✓ Každoročně nejisté finance na rozvoj sociálních služeb (není jistota, víceleté financování, není jasné, kam se mohou služby rozvíjet dál). ✓ Nedostatek personálu (zejména zdravotního) – pro rozvoj služeb. ✓ Nedostatek a přetíženost odborníků v ambulantních službách (zejména praktických lékařů včetně pro děti a dorost, dětských psychiatrů, klinických psychologů a sociálních pracovníků). ✓ Lůžková psychiatrická péče není v hl. městě Praze rovnoměrně rozprostřena. ✓ Nárůst xenofobních nálad vůči lidem z Ukrajiny popř. jiného interkulturního prostředí. ✓ Systém není připraven na zřetelný nárůst lidí v psychosociálním ohrožení, zejména dětí a mladistvých – nízká míra prevence, včasné diagnostiky a včasné intervence. ✓ Nepříznivý demografický vývoj – nárůst seniorské populace a „křehkých seniorů“, osamocení seniorů s demencí se sníženou mobilitou, celkový zřejmý nárůst lidí s demencí. ✓ Nedostatek komunitních služeb a jejich nedostatečná koordinace, včetně zapojení neformální péče, může mít za následek budování služeb institucionálního charakteru. ✓ Nedostupné bydlení ✓ Zvyšující se počet lidí s duševním onemocněním bez domova v důsledku nedostupného bydlení. ✓ Zastavení procesu deinstitucionalizace v důsledku nemožnosti propouštět pacienty z dlouhodobých hospitalizací zpět do komunity z důvodu nedostupného bydlení. ✓ Porušování práv v systému institucí, které pečují o lidi s duševním onemocněním.

Opatření eliminující slabé stránky SWOT analýzy:

- nastavit systém aktualizace informací o dostupných službách.
- nastavit systém koordinace duševního zdraví v HMP, včetně jeho průběžného vyhodnocování;
- posílit kompetence a dovednosti v oblasti duševního zdraví.
 - posílit kompetence odborných pracovníků pro práci s lidmi s obtížemi v oblasti duševního zdraví;
 - posílit kompetence pro řešení potíží v oblasti duševního zdraví (copyingové strategie ve společnosti);

Opatření rozvíjející silné stránky SWOT analýzy:

- podpořit rozvoj multidisciplinárních týmů (CDZ) pro všechny cílové skupiny;
- podporovat duševní zdraví dětí a mládeže ve vzdělávacím systému;
- budovat jednotný systém krizové pomoci a akutní péče v oblasti duševního zdraví.

Opatření reagující na příležitosti a hrozby SWOT analýzy:

- podporovat a realizovat destigmatizační programy, osvětové akce a aktivity v oblasti duševního zdraví;
- posílit neformální a sdílenou péči v komunitě, včetně podpory peer pracovníků;
- využívat potenciál dostupných služeb zapojením do péče o lidi s duševním onemocněním (např. PS, NZDM);
- rozvíjet systém pilotováním inovativních a zahraničních metod;
- zaměřit se na včasné rozpoznání problémů v oblasti duševního zdraví, včetně lidí s demencí a Alzheimerovou nemocí;
- nastavit systém kontroly kvality a dodržování Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením

AUTENTICKÉ VÝPOVĚDI

Při přípravě a formulaci opatření Plánu regionální péče o duševní zdraví na roky 2024-2027, jsme, mimo jiné, vycházeli z výpovědí a doporučení k tématu potřebných změn systému v oblasti duševního zdraví. Účastníky opakovaných setkání a moderovaných diskusí byli zejména lidé se zkušeností s duševním onemocněním, nebo jejich rodinní příslušníci. Jedná se o nezbytný zdroj podnětů pro další směřování a nastavování systému péče o duševní zdraví v hl. městě Praze, který nelze opomenout.

Moderovaná diskuse s mladistvými se zkušeností s duševním onemocněním

Moderovaná diskuse k tématu potřebných změn systému péče o duševní zdraví v Praze – zápis autentických výpovědí.

Dne: 6. 12. 2022, Pražské kreativní centrum

NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI
<u>Rodina, škola, společnost</u> - neměl jsem se na koho obrátit, když jsem procházel domácím násilím (trvalo od 5 let) - šikana ve škole – škola neřešila - na ZŠ a SŠ nedostatečný monitoring dětského kolektivu - s dítětem se nekomunikuje (dítě v dospělém světě) - chyběla mi komunikace s učitelem - rodiče nedostávají informace/poučení od odborníků, jak se chovat k dítěti - rodiče nedostávají informace o duševním zdraví, diagnóze - Důležité včasné dg – rodiče byli spíš trestající než podpůrní (potvrzují i studie, když není včasná diagnóza) - nepochopení problémů ze strany rodičů - pro rodiče tabu - školy i rodiče – závodění, soutěživost, výkon - tlak školy - šikana vedla v důsledku k sociálnímu vyčlenění z třídního kolektivu (po hospitalizaci student musel opustit školu nebo opakovat ročník kvůli vyloučení z kolektivu) - chyběl kontakt s odborníkem - odborník (školní psycholog) ve škole si neví rady - nekomunikace s dítětem (komunikace probíhá jen mezi dospělými) - online prostor – „černé díry“ - nalezení vlastní identity v dg. – kult duševní onemocnění - pedagogové nemají nástroje, jak dětem pomoci, pokud si rodiče nepřejí <u>Kontakt s profesionálními službami</u> - zaměření na výkon - trest za vykazování symptomů nemoci (neklid, medikace, zákazy) - neadekvátní odezvy - traumatizující příjem – chybělo vysvětlení, proč se co děje během příjmu, mělo vliv na celkovou důvěru v další fázi hospitalizace - chybí vysvětlení srozumitelným jazykem - nelaskavý přístup ze strany personálu, zejména se objevuje u suicidálních pacientů

- neadekvátní léčba ze strany psychiatra (např. předepsání homeopatik namísto řádného léčení)
- ze strany profesionála zlehčování – nedůvěra odborníků s čím přichází dětský pacient/mladistvý, pocity ponížení
- už malým dětem jsou předepisovány benzodiazepiny, které jsou silně návykové
- ze strany psychiatra zlehčování, nevěří sdělenému
- není zajištěné bezpečné prostředí – lékař s dítětem hovoří před rodiči; pro dítě situace o to náročnější, pokud zdrojem traumatu je sám rodič/chybí rozhovor jen s psychiatrem – může vést ke špatné diagnostice
- chybí následná péče, kam se obrátit
- diagnózy – zjednodušující pohled, bez kontextu okolností
- chybí specifikace podle dg.
- nejhorší reakce na commig out
- chyběla vědomost profesionála, chyběla specializace
- ze strany profesionálů přístup „čím méně informací pro pacienta tím lépe“
- nepracují s mými přáními
- sebepoškozování jako kontraindikace služby
- služby neberou neabstinující
- není kam odkazovat
- žádné kontakty na psychologa nebo psychoterapeuta
- žádná spolupráce se školou
- nevstřícnost psychiatra ve chvíli, kdy nemoc pacientovi brání si přijít pro léky
- ze strany psychiatra překračování hranic (např. vyvíjen tlak na partnerské rozchody)
- rozhodování za zády pacienta
- psychiatr vyhrožuje hospitalizací v Opařanech – obecně obávané zařízení
- trestání za projevy nemoci např. použitím bolestivějších nástrojů pro léčebný zákrok (PPP)
- děravá síť – rovnou hospitalizace

Pocitově

- emocionální chlad, pocity samoty během léčby
- vůči dítěti ze strany personálu apatie
- ze strany personálu posuzující přístup
- zjednodušující ze strany odborníků
- včasnému zachycení a léčbě jsou na překážku rigidní postupy ze strany profesionálů – např. u úbytku váhy se pacient nedostane k odborníkovi/do léčby dříve, než úbytek dosáhne dle norem kýžené hodnoty
- nedůvěra k celému systému ze strany dítěte a přístup odborníků nedůvěru jen umocňuje
- paradoxně tak mladému pacientovi psychóza v rámci hospitalizace nabídla ochranu (před personálem)
- přístup personálu vyvolává vzdor a nikoli chuť spolupracovat
- ze strany profesionálů chybí partnerský přístup
- ponižující – např. není prostor na osobní hygienu
- nemožnost mít u sebe mobil, musí se chodit na sesternu dle daného řádu; ztráta kontaktu s přirozenou komunitou
- absence motivování dítěte – zátěž stigmatu, že se psychiatrické dítě nevyléčí
- zákaz fyzického kontaktu mezi pacienty – ze strany personálu zákazy, ponižování, zesměšňování
- dehonestace ze strany personálu
- chybělo vysvětlení proč, co personál dělá např. při příjmu, když sebere nebezpečné předměty – chybí komunikace

- ze strany personálu absence partnerského přístupu, jednání z pozice moci – destruktivní dopad na mladé pacienty – namísto podpory a naděje zažívají další trauma, zrcadlí se i ve vnímání sama sebe znevažujícím způsobem
- mříže na oknech
- povinné sledování zpráv na Nově
- stigmatizující forma trestu – např. pacient za trest nesmí mít přes den civilní oděv, ale musí zůstat v pyžamu či v županu
- unifikovaný přístup – např. od 6ti automaticky nástup do školy...
- nalezení vlastní identity v diagnóze. – kult duševní nemoci
- samota, emocionální chlad
- apatie ze strany personálu
- posuzující přístup
- ze strany profesionálů zjednodušení / zažité šablony
- nedůvěra v systém, protože mi nepomáhá
- vzdor
- chybí takt
- nedůstojné prostředí
- člověk si neváží sám sebe
- sebrání mobilu (jediný komunikační nástroj)
- ztráta kontaktu
- absence programu, individuální podpora
- „vy se nikdy nevyлéčíte“
- není prostor na osobní hygienu

JAK BY TO MĚLO VYPADAT

- základní je včasné rozpoznání, včasná intervence

ŠKOLA

- Edukovat děti pedagogy
 - o preventivní programy
 - o hodina psychohygieny na škole – bez známkování, jak rozumět sami sobě
- Edukovat pedagogy
 - o odstranění stigma týkající se duševních nemocí
 - o neposuzující přístup
 - o všímovost k šikaně
 - o možnost supervize pro pedagogy
- kontrola duševního zdraví – včasné zachycení
- důležitá komunikace – vysvětlovat, co která diagnóza znamená
- ukotvit dobrou praxi, jak podpořit snahu pedagogů dítěti pomoci i v situaci, kdy si to rodiče nepřejí
- stmelení žáků a pedagogů
- Individuální přístup
 - o vycházet z vývojové psychologie – připravenost na různé vývojové fáze jsou u každého jiné
 - o možnost přerušit studium s možností se ke studiu vrátit s potřebnou podporou vyučujících (ze strany pedagogů opustit všudypřítomnou nedůvěru k takovému studentovi)
- školní psychologové – informační uzel

RODIČE

- bezpečné prostředí pro rodiče – potřeba opečovat ze strany odborníků
- edukace rodičovství
- informace o službách
- informace o léčbě

SLUŽBY

- informační síť, kam se obrátit, např. že jsou terénní služby pro lidi od 16 let (např. CDZ)
- informovanost o službách – ve školách – pro pedagogy, studenty, pro praktické lékaře...
- portál – rozcestník, informační uzel
- větší možnost stacionární péče (dobrá zkušenost)
- zapojit peery – propojit aktuální pacienty s peery; spolupráce s peery dodává naději
- dobrá praxe CDZ, pracovníci komunikují s okolím – rodiči, školou
- služby zaměřené na různorodé závislosti včetně závislosti na pornu
- těžiště v komunitní péči
- skupinová psychoterapie
- holistický přístup – zdraví – strava - ?
- zažívání příjemných věcí
- sebezpřijetí, sebeláska
- proreformní služby
- práce s vtíravými myšlenkami – možnost otevřenosti k psychologovi
- kontinuální péče poskytovaná minimalizovaným počtem odborníků, jinak pro klienta zátěžové svůj příběh a své problémy znovu a znovu vykládat novým lidem z řad odborníků
- podpůrné skupiny
- PR i na sítích

ZMĚNA POSTOJE SPOLEČNOSTI

- zaměření se na zdraví, ne na nemoc
- zaměřit se na to, jak se člověk cítí a co mu pomáhá být dobře sám se sebou
- k duševnímu zdraví přistupovat stejně jako k somatickým nemocem
- duševní nemoc může mít i potenciál v dobrém slova smyslu

Moderovaná diskuse s rodiči dětí se zkušeností s duševním onemocněním

Moderovaná diskuse k tématu potřebných změn systému v oblasti duševního zdraví dětí.

Dne: 25. 01. 2023 a 16. 2. 2023 Pražské kreativní centrum Praha

NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI

Rodina, škola, společnost

- šikana ve škole – rodiče nebyli informováni, že se něco děje;
- školní psycholog – nefungoval, neví si rady „*Psychologa jsme za celou dobu neviděli*“;
- neochota školy podpořit studenta se zdravotními potížemi – „*Vůbec je to nezajímá.*“;
- neochota škol k zavedení individuálního plánu studia;
- PPP – „*V lepším případě se s vámi poradí, co mají do posudku napsat.*“
- prevence – chybí v oblasti duševního zdraví – není to povinností škol;

Kontakt s profesionálními službami

- šok, trauma – „*Hrůza, až traumatizující zážitek*“, „*Největší chyba byla ta hospitalizace*“; „*Hospitalizaci dcery doposud vnímám, jako trauma*“;
- nedostatečná/špatná komunikace s rodiči – profesionálové nevysvětlují, co se děje; jaké jsou možnosti, jaká jsou rizika, nesnaží se rodiče uklidnit;
- nekompetentnost – „*Prosím vás, my vůbec nemusíme hledat příčinu. My je tady vykrmíme rohlíky a bude.*“ (odpověď psychiatra na dotaz matky);
- patrná základní nedůvěra vůči rodičům – předpoklad, že za všechno může matka
- chybí hlubší zájem psychiatrů – „*Víte co, mě to ani moc nezajímá, já jsem chtěla být patologem.*“; lékaře nezajímá kontext, rychle diagnostikují, bez širšího pohledu na pacienta a rodinu;
- zlehčování vážnosti situace – ponižující přístup k rodičům;
- chybí klid a bezpečí – lékaři často s rodiči mluvili na chodbě, bez soukromí – to zvyšuje míru stresu;
- rodiče si informace dohledávali sami; chybí zdroje informací – zakládají si vlastní rodičovský spolek
- na urgentním příjmu v Motole chyběl souhlas rodičů s medikací dítěte;
- častá zkušenost s propuštěním nezačleněného pacienta;
- přemedikace pacientů; časté předepisování benzodiazepinů;
- při propuštění z PN chybí osvěta, navázání na podpůrné služby;
- přetížený a vyhořelý personál – „*Nejsou opečováni tak, aby byli schopni pečovat.*“;
- při propuštění chybí osvěta a kontakty na návazné služby;

Pocitově

- bezmoc, pocity viny;
- ponížení ze strany lékařů;
- nedůvěra k profesionálům;
- paternalistický přístup – jednání z pozice moci;

JAK BY TO MĚLO VYPADAT

ŠKOLA

- informace pro rodiče, kam se obrátit (mít variabilní možnosti podpory – krizové centrum, terénní soc. služby) – „*ne jen strašit kurátorem*“;
- řešit, co je ten problém/příčina;
- pochopení a nabídka možností – individuální plán atd. („*chybí respekt k dětem, chybí povědomí o duševních nemocech a stavech, které ty děti mohou běžně zažívat*“);
- aktivní přístup k možnostem individuální podpory – *např. jak udělat maturitu*;
- lepší koordinace škol a PPP – *např. „nestresovat zkoušením před tabulí“*;
- školní psycholog – zaměřit se na to, aby byl více vidět...;
- vzdělávání pedagogického personálu – více podpory pro rodiče a děti a „*ne, aby byli katí*“;
- v každé škole by měl být koordinátor individuální výuky – nastavení, zpětná vazba, informace by měly být napříč pedagogickým sborem;
- pracovat s vývojovou psychologií;
- zavádět do škol metody prevence – mindfulness, více informací o duševním zdraví – preventivní programy do osnov;
- vymezit čas a prostor pro zajímavá témata a lidi v rámci prevence („*ne mít našlapaný program výukou; pedagogové se obávají, aby stihli výuku*“);
- podpořit odvážné pedagogy, podpořit otevřené školy – přenášet dobrou praxi (např. Učitel na živo, Ředitel na živo);

RODINA

- informace o službách – během hospitalizace dítěte dostat dostatek informace o dalších možnostech pomoci a podpory;
- informace o léčbě (dostávat více naděje, „*ne mít jen dítě nacpaný léky*“);
- rodičovské organizace;
- podpora peerů pro rodiče – mít pozitivní výhled, pozitivní příběhy;

PŘED HOSPITALIZACÍ – PREVENCE HOSPITALIZACE

- mít kde zjistit informace – „*vše jsem si postupně musela najít sama a učit se z vlastní zkušenosti*“;
- vědět, kam se obrátit, mít variabilní možnosti podpory – krizové centrum, terénní soc. služby, podpora peerů pro rodiče i pro děti;

ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

- více vyškolených profesionálů v nemocnicích;
 - o průvodce pacienta i rodičů hospitalizací (doprovázení pacienta i rodiny);
 - o vzdělávání zdravotníků – zaměřené na změnu (paternalismus, komunikace s rodiči);
 - o supervize – prevence vyhoření personálu PN; zdravotní sestry by měly mít supervize a vzdělávání, „*aby nebyly jen bachačky na oddělení*“;
- aktivní zapojení pacientů do léčby (něco na způsob komunity=možnost se starat o sebe a chod oddělení – NE jen pasivně čekat; využívat aktivity, sport atd.);

- informovanost o následných službách – co můžeme využít po ukončení hospitalizace;
- informace o praktických věcech – jak požádat o ID, o co je možné žádat a jak to udělat, možnost osobní konzultace o možnostech praktické pomoci; informace o OSPOD, ÚP – o možnostech pomoci v těchto institucích – (ne jen zažívat obavy, „OSPOD je jen strašák“);

BĚHEM HOSPITALIZACE

- podpora pečujících – od psychologa, od odborníka, od rodičovského peera;
- možnost rodinných terapií;
- dobrá informovanost co, kdy, jak, proč – dostat informace od psychiatra, ne jen od dítěte;
- více času na hovor s rodiči;
- vysvětlit řád oddělení a způsob léčby – např. od vyškolené zdravotní sestry (např. „*proč je zakázaný mobilní telefon*“);
- přístup personálu by měl být partnerský, respektující, „*neschovávat se za ochranu osobních údajů*“;
- individuální přístup k pacientům a jejich příběhům;
- souhlas s osobními údaji – mít možnost dostat info, i když je dítě starší 18 let;
- možnost, aby mohli docházet pečeři na oddělení;
- více kulturní prostředí – budovat lepší vztah k jídlu v hezkém prostředí s dobrým a kvalitním jídlem;

SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- bezpečné prostředí během dne;
- stacionáře;
- peer programy zaměřené na práci s mladými lidmi s duševním onemocněním;
- asistence pro mladé lidi s duševním onemocněním;
- odlehčovací služby pro pečující – Homesharing pro děti/mladé lidi s duševním onemocněním.

ZMĚNA POSTOJE SPOLEČNOSTI

- edukace společnosti = otevřený postoj

16. 3. 2023. 2023 CDZ 8 – setkání a diskuze s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním

- Komunity – k ničemu nejsou. např. na večerní komunitě se má říct „jedno slovo, jak se cítíme, to je k ničemu.“
- Velmi důležitý je individuální přístup. Kdyby bylo více personálu, aby pro individuální přístup byl prostor – „co byste potřeboval?“, „co vám pomáhá?“, „co pro vás můžeme udělat?“
- Až „mazáci“ vědí, co a jak. Na začátku chybí celková informovanost.
- Peeři by měli vzdělávat personál. Ten ale není na to připraven, protože „odborníci“ jsou přece oni (myšleno personál).
- Pomohla dobrá psychiatrická – probrala vše, co bylo potřeba – všechny oblasti, prognóza.
- Důležitá je návaznost služeb po propuštění. Dobrá zkušenost s DPS Ondřejov, kde má svého psychiatra, probíhají rodinné terapie. Rodič dostal potřebné informace. Díky tomu ze strany rodiče větší pochopení pro jednání nemocného dítěte.
- Ze strany PN větší tlak na propuštění kvůli zdravotním pojišťovnám.
- Rodinná terapie – v PN není žádná nabídka. V CDZ se podařilo motivovat dceru, aby rodinná terapie bylo její přání. CDZ je blíž klientovi i jeho rodině.
- V PNB je i dobrá zkušenost (oddělení od oddělení, lékař od lékaře) s edukací rodiny. Ošetřující lékařka dokonce stála za pacientem a nepřipustila, aby pacient nebyl přítomen (edukace rodiny), i když si to rodiče přáli.
- Rodinná terapie – ne vždy dobrá zkušenost, chyběla kontinuita, střídání rodinných terapeutů.
- Nový pavilon 36 na místo nechvalně známé 27. O trochu lepší, ale zklamání z toho, že přístup personál je stále dost podobný. Personál nepoužívá deeskalační techniky, debriefing v případě použití omezujících prostředků. Šílená zkušenost s kurtováním, kdy personál pacienta zakurtuje a nechává pacienta o samotě. Jedná o znásobené trauma, když pacient zůstává sám a nemá možnost s někým sdílet a hovořit. Kurtování nadužívané – kombinace trestu a prevence.
- V PN jakoby dva světy, kdy dopoledne jsou přítomní „rozumní doktoři“, ale večer „zblázněný“ personál.
- V dokumentaci jsou zavádějící informace, a naopak chybí důležité, jako např., že byl pacient kurtován.
- Nedostatek soukromí. Např. pacientka si z důvodu nemohla zavřít dveře na WC.
- Personál víc dehonestuje, než podporuje.
- Myšlenka, co nejrychlejší odchod pacienta z PN, je správná, ale chybí dostatečná síť CDZ.

Co lze udělat hned?

- Celorepublikový web (aby se tam mohli užít. Skupiny volně přidávat a inzerovat a nemusely si tak tvořit nákladně web samy)
- Společná schůze lidí s duševním onemocněním a rovnou založit užít. Hnutí
- Peeři do škol

Podle čeho poznáme, že systém funguje?

- MAD Pride
- Stáže v PNB – mluví s respektem o pacientech
- Když pracovníci nestigmatizují
- Lidé ve společnosti mluví o lidech s duševním onemocněním pozitivně
- Míň sebevražd, statistiky
- Fungují svépomocné skupiny
- Přítomnost peera na příjmu
- Centrální příjem- jsou tam peeři
- Dana zpracovala individuální plánování pro PNB a děje se to, že bude přijato
- Vznikají a fungují Recovery Colleges – CRPDZ např.
- Vzdělávání nových peerů v Jihlavě- děje se to
- Prevence, resilience, recovery, zplnomocnění

Jak by měla vypadat krizová pomoc?

- Bude ideální až tady nebudou stávající sestry (PNB)
- Až budou CDZ 24/7 hodin/dní v týdnu na lince pro pomoc, až se člověk dovolá těm, co ho znají, jen nutná hospitalizace, omezené dny
- Pro nové pacienty Open dialog
- Práce s rodinou
- Aby byl v každém kraji bod, který dá poradenství
- Číslo linky pro informace nebo pomoc. Jednoduché nebo krátké (např. 1022)
- Aby nepřemedikovali, advocacy, podpůrce – byli tam peeři, nedobrov. hospital. nebyla fraška
- Nebylo trauma
- Aby CDZ nebo krizovka měli 2-3 lůžka
- Aby člověk nebyl zavřenej
- Psychoterapie nebyla placená, drahá, nedostupná
- Podpůrná psychoterapie

Krize

- Do PNB přijít dobrovolně a dobrovolně odejít
- Na závěr:
- Jak se projevuje fungování systému? V tom systém funguje, že jsme se sešli a debatovali o tom otevřeně!

Co nefunguje v péči o duševní zdraví v Praze?

- Chybí psychiatři pro děti
- Čekám dlouho na bydlení
- First Housing nefunguje – málo bytů, většina bytů šla na komunitní bydlení a chráněné, tam jsou lidé ve stresu, že se budou muset vystěhovat, chtělo by to byty na nájemní bydlení pro duševně nemocné, kde budu jako nájemník na dobu neurčitou

- Komerční bydlení je moc drahé, chtělo by to byty s regulovaným nájmem, kde mě nebudou vyčleňovat sousedi
- Nedostatek míst, kde jsou klienti – svépomoc, a ti lidé jsou na tom dobře a mají relativně naplněné životy, je hodně služeb, kde jsou chronicky a těžce nemocní, ale málo míst na sdílení pro lidi, kteří jsou schopni mít rodiny nebo pracovat
- Nefunguje dodržování práv lidí s duševním onemocněním
- I běžní praktičtí lékaři často stigmatizují
- Psychiatři netuší v hodně případech, co je Recovery (Zotavení) a co je bezpečné vysazování léků a nechtějí to dělat
- Mít podporu psychoterapeuta, když vysazuješ léky
- Je málo psychoterapeutů na pojišťovnu
- Práce pro lidi s duševním onemocněním, chráněné práce jsou placeny symbolickou částkou, která nestačí na život, firmy, které mají odvody na lidi s invalidním důchodem, zneužívají situace, platí o to míň, o co dostanou příspěvek na pracovníka s invalidním důchodem nebo prostě na člověka s duševním onemocněním
- IPS (podpora práce) – jako služba je přetížena
- Nemáme zubaře, nedostupnost péče jako takové
- Klienti nemají wellness, více stresu, nemají finance, limitují je úzkosti, diagnózy a zkracuje se jim život
- Chceme návaznost psychoterapie
- Dětské psychoterapeuti a psychiatři – dlouhé čekací doby na listině v řádu měsíců a roku, problém je třeba řešit hned a nejde to, soukromníci chtějí 3900 Kč za hodinu
- Osvěta
- Peeři jako profesionálové, aby byli dostupní, aby byly vytvářeny pro ně pracovní místa
- Mít v každém CDZ lůžka, je to lepší než hospitalizace v psychiatrické nemocnici
- Setkávám se s odmítnutím
- Lépe vytvořit záchranou síť a její úroveň, aby lidé nepropadali až na dno
- Přístup k pacientům
- Kvalita péče např. na dětském odd. v Motole i obecně např. v Bohnicích, většinou tam pracují starší lidé, kteří jsou nevrly

Jak to změnit?

- Nahrazení staršího personálu mladším s lepším přístupem k pacientům
- Nezůstat bez pomoci
- Jako pracovník jsem vystřídala 4 zaměstnání kvůli stigmatizaci, když zjistili, že jsem v péči psychiatra

Co funguje v péči o duševní zdraví v Praze?

- Zaléčení pacientů a navracení do běžného života
- CDZ 8 funguje na 150 % - zlepšilo mi život k lepšímu
Jsou tam fajn prostory
Můžu si tady popovídat, hrát hry, příjemní lidé, není to jen klub, mám tady psychoterapii, zdravotní péči, sociální, dostávám léky, pomoc v krizi, jsem tady jako doma
- Pracovníci CDZ 8 jsou jako andělé
- Funguje dobře Dům u Libuše

20. 2. 2023 Studio 27 – setkání a diskuze s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním

Co nefunguje v péči o duševní zdraví v Praze?

- Péče o děti a dospívající, není pro ně dostatek psychiatrů a krizové péče, dále následné péče a podpory
- Děti nemají zázemí a žijí v blbých vztazích
- Není dost psychoterapie na pojišťovnu
- Dost zaznívá, že je málo empatických psychiatrů, kteří navíc neumí dostatečně poučeně nastavovat léky a upravovat dávky tak, jak se zotavujeme
- V Praze je to ale i v tomto lepší, jak kdekoli jinde v republice
- Podle mě nefunguje komunikace mezi komunitním týmem a ambulantním psychiatrem

Jak to změnit?

- Je to komplexní věc, Peeři by měli školit budoucí psychiatry a lékaře
- Změnit osnovy a atestace u lékařů (Curriculum), aby měli možnost se specializovat dřív a udělat psychiatrii sexy.
- Chce to, abychom ve všem mluvili my peeři.
- U dětské psychiatrie musíš mít nástavbu a jejich atestace se zpožďují o 2 roky

Co funguje v péči o duševní zdraví v Praze?

- DPS Ondřejov, protože jsou tam aktivity jako ježdění na vodu, psychoterapie, jsou tam skvělí lidi, najdu tam pochopení a toleranci, je to tam pro mě srozumitelné, dostanu pomoc i ostatní, je tam aktivní naslouchání, odborníci tam mluví o sobě oproti studené masce odborníků jinde
- Pomáhá mi CKI poslední útočiště, možnost si tam lehnout a odstříhnout se od lidí a světa,
- Mělo by být více CKI a krátkodobých hospitalizací s volným režimem
- CKI je pro zkušenější

Dobré místo, odd. 19, PNB – setkání a diskuze s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním

Co nefunguje v Praze v péči o duševní zdraví?

- Psychiatr nemá čas, čekací doba 3 měsíce
- (Psychiatr) neptá se, jak se máte, jen napíše léky
- Psychologové dávají schůzky 1 za měsíc, nejsou místa, čekací listina, většinou nejsou na pojišťovnu
- Není následná péče po hospitalizaci, není chráněné bydlení, pokud je chráněné bydlení dostupné, z něj propouští za 2 roky (zase stejná situace) a nikdo z nemocnice nikoho nenaváže na služby pro následnou péči po propuštění
- Nejsou obecní byty, komerční nájmy jsou drahé
- Psychiatr neumí pracovat s věřícími pacienty
- Psychiatři neumí pracovat se spiritualitou
- Není sdílení informací, tedy to, co řeknu psychiatrovi, musím pak opakovat na psychoterapii a poté třeba psychologovi a pak znovu při příjmu v nemocnici a všude vyprávím vše od znova a celé ..
- Když odešel psychiatr, skončil, přišla jsem o svoji složku a tím pádem o všechny data (tím spíše, že to nebylo digitální)
- Mít kartu co беру a tak
- Lidi neví, co je Peer

- CKI - neřekli mi, že je tu Dobré místo nebo Peer klub, kde bych mohla sdílet s Peery
- Všude v Nemocnici i ve službách chybí propojenost a odkazování na různé služby, které by mi ulevily
- Nemám s kým probrat co se děje
- Služby si přehazují klienty, nemám s kým probrat léky a vedlejší účinky
- Rodičům chybí edukace
- Chtělo by to rozsáhlou aplikaci Neziskovek
- Stigmatizace ve společnosti - je to na dobré cestě, je to lepší
- U doktorů a psychiatru je to celkově za 10 let lepší, než to bylo

15. 2. 2023 Klub mosty – setkání a diskuze s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním

Co nefunguje v péči o duševní zdraví v Praze?

- V PN nechťejí pouštět na propustky, zdravotníci mají na vše odpověď (bachaři v kriminálu)
- Lidi mi říkají, že simuluji a okrádám stát
- Na oddělení PN jsou namíchaní pacienti spolu, a to se nedá
- Nedostatek psychologů na pojišťovnu a dlouhá čekací doba na ně
- Jsem v in. Důchodu, který je malý a platím si vysoký nájem, proč musím platit za psych. Léky cca 1200 Kč měsíčně? Pojišťovny by s tím něco měli dělat.
- Vadí mi vedlejší účinky léků
- V PN mě nechali "vyklepat" z ataky a byli necitliví ke spolupacientce
- Byla jsem bolesti po atace, fyzicky mě bolelo tělo a oni mě nutili jít na aktivity, chtěla jsem umřít
- Přišlo mi, že nám všem udělali stejný vzor, co nám dávají za léky, brali jsme je uniformně
- Nedovolili mi sluchátka na pokoji v PN, říkali, že lžu, že nemohu spát, až se mě zastala sestra a dali mi léky na spaní – ničí život a zlehčují
- Pacientka se na pokoji starala o přebalování pacienta s Downovým syndromem, sestry ho tak nechali, dost ji to vyčerpávalo namísto, aby se léčila
- Pracovala jsem do 48 let a stát mi nezajistí pohospitalizační péči, služby, jsem pro ně podřadná
- Dělal jsem chráněnou práci, když mi nebylo dobře, omluvila jsem se, oni mě však vyřadili ze služby, že nejsem spolehlivá (org. CEDRA), tady v Mostech naštěstí mají pochopení a můžu sem, jak chci a tím, že to není povinnost mohu tady vařit (jsem původně kuchařka) a baví mě to, více takových míst
- psychiatrie je neprobádaná, doktoři žvaní a nemají zkušenosti, měli by o nás jednat s námi
- Nedůvěra k pacientovi, nemohu mít ambulantního psychiatra, který by respektoval, že ačkoliv mám diagnózu, tak neberu léky a nenutil mi jejich užívání
- Chci holistický přístup
- není asistence pro kombinovaně postižené – duševně a fyzicky a doprovody nechťejí řešit potřeby psychoterapie a doprovod a obráceně- chybí propojenost
- Chtěla bych psychoterapii spojenou s rehabilitací fyzickou, protože duševní zdraví je propojeno s fyzickým zdravím
- Mělo by vzniknout Rehabilitační centrum, kde je psychoterapie, rehabilitace a wellness, aby to proplácela pojišťovna, utratila jsem za tyto služby 6 tis. Kč.
- Nelíbí se mi, když profesionálové nazývají duševně nemocné – "psychicky postižený člověk".
- přechod z hospitalizace do komunity, jako je organizace Kaleidoskop, měly by být pobytové stacionáře pro doléčování z hospitalizace na 3 měsíce až rok, a více organizací jako je Dům 3 přání
- A pak více stacionářů denních jako jsou CDZ, Mosty, Baobab, Eset a podobně
- V PNB nesnášejí sebevrahy a je kolem toho stigma i u profesionálů

- zdravotníci by měli mít praxi s duševně nemocnými, v nemocnicích e objevují zdravotníci, kteří nakazují a chovají se k nám, jak k dětem
- Záchranáři přijedou a při mojí panické atace nastoupili: táák se paní zklidníme a začneme dýchat a začali se mě dotýkat – tak zaprvé, kdybych to uměla zklidnit, tak tam nejsou a za druhé v tu chvíli se mě nesmí bez dovození dotknout- takže bych chtěla, aby byli více školení v různých projevech duševních nemocí a co dělat při atace
- gorily na akutním oddělení píchli pacientovi injekci a jemu začali lítat oči nahoru

Co funguje v péči o duševní zdraví v Praze?

- **Muž 43 let**, Klub jako je Mosty a CDZ 8 – netušil jsem, že existují andělé, po roce 2004 jsem byl bezdomovec a na CDZ 8 mě zachránili, dali mi byt, mám sociální péči, psychiatra a terapie a chodím sem na aktivity do CDZ 8 a dále využívám komunitu v mostech a toto dohromady mi pomáhá skvěle žít!
- Krizová centra
- cítím se tu doma a dělám tu peerku a vařím (Mosty)
- chodím sem za kamarádkou a povídáme si, jíme a máme se fajn a když jdu z hospitalizace, mohu sem chodit za službou (Mosty)

Co nefunguje?

V Psychiatrické nemocnici:

- Necitlivost personálu, Paternalismus
- Pracovníci by měli stmelovat lidi, propojovat klienty mezi sebou
- Když mám ataku, tak jsou na mě drsný
- Vytvářet skupiny terapeutické a svépomoc, už to trochu je
- Psychiatrické nemocnice vypadají sterilně, měli by krásně a barevně vymalovat a klient y si vybíral v jakém pokoji bude
- Na krizáči měla kamarádka ataku a vyhrožovali ji injekcí a nemohli jsme spolu spát na pokoji, přestože bychom se spolu uklidnili, chyběla citlivost personálu
- Obecně chybí Svépomocné skupiny

SEZNAM ZDROJŮ

1. World mental health report: Transforming mental health for all, WHO Team, 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
 2. World mental health report: Transforming mental health for all, WHO Team, 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
 3. Mental disorders: Key facts, WHO, 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
 4. Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí), Odborná zpráva z projektu. Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.), Vydala Česká psychiatrická společnost.
 5. Reforma systému psychiatrické péče: Psychiatrické centrum Praha, 2013 Petr Winkler, Filip Španiel, Ladislav Csémy, Miroslava Janoušková, Linda Krejníková.
 6. Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017.
 7. <https://zastupitelstvo.praha.eu/ina/tedusndetail.aspx?par=175213016024019236226213034024019236223213031024019236223213028024019236223&id=605595&frm=>
 8. <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty>
 9. GAF: zkratka Global Assessment of Functioning, škála pro celkové hodnocení fungování. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí. Je to klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění.
 10. Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2013-2020, MHMP, 2013
 11. „Za dlouhodobou psychiatrickou hospitalizaci se považuje taková, u které pacient nestrávil ani jeden den na akutním lůžku a byla ukončena na pracovišti s odborností dlouhodobé psychiatrické péče. Pokud do 21 dní (včetně) po ní následuje další hospitalizace v téže zdravotnickém zařízení, jedná se o jednu hospitalizaci. Její délka se rovná součtu délek obou hospitalizací a doby, která mezi nimi uplynula (počet dní přerušení se započítává). První a poslední den hospitalizace se počítá jako jeden. Pokud dojde do 21 dní k hospitalizaci v jiném zdravotnickém zařízení, jedná se o dvě hospitalizace.“ (Psychiatrická ročenka 2021, ÚZIS ČR, s. 13).
 12. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, MZ, 2020.
 13. Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR
 14. Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2070, ČSÚ 2019, <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2070>
 15. Závěrečná zpráva projektu realizovaného organizací Nevypusť duši a T-Mobile 2022.
 16. Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022.
 17. Duševní zdraví žáků v Praze, CSSP 2022.
- Vlastní šetření, MZS 2022.