



CÍL 6: ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

DO ROKU 2020 ZLEPŠIT PODMÍNKY PRO PSYCHOSOCIÁLNÍ POHODU LIDÍ A PRO LIDI S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI ZAJISTIT DOSTUPNOST KOMPLEXNÍCH SLUŽEB

V oblasti péče o duševní zdraví má být věnováno hodně pozornosti snižování stigmatu spojeného s duševním onemocněním a prevenci a podpoře duševního zdraví. Důležitou roli v péči o osoby s duševní poruchou má hrát primární péče. Péče ve velkých psychiatrických zařízeních a léčebnách musí být nahrazena vyváženou kombinací psychiatrické nemocniční péče a služeb poskytovaných v rámci komunity - komunitní péče.

Zdravotnický personál pečující o nemocné musí být způsobilý a kontinuálně vzděláván tak, aby dokázal identifikovat rizikové faktory, působit na ně a vhodně používat moderní léčebné metody. Včasně a správné diagnostikování a léčba depresí může mít podstatný vliv na počet sebevražd. Pozornost v péči o duševní zdraví je nutno věnovat především rizikovým skupinám obyvatel.

Dílčí úkol č. 6. 1.

Podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky

Současný stav:

V posledních deseti letech v ČR sice probíhá postupná proměna péče o duševní zdraví - duševní onemocnění, ale tato transformace probíhá spíše živelně. Nemá jasnou koncepci, koordinaci, financování na celostátní i regionální úrovni.

V ČR je s duševními onemocněními i službami pro ně určenými stále spojeno vysoké stigma. Informovanost široké veřejnosti o problematice duševního zdraví a duševní nemoci je nedostatečná. Existují programy drogové prevence, méně již programy podpory duševního zdraví, prevence stresů, duševních poruch.

Primární péče je jen částečně propojena s oblastí péče o duševní zdraví - duševní poruchy. Pracovníci primární péče nejsou vždy plně informováni o včasné diagnostice a moderních přístupech prevence, terapie a rehabilitace duševních poruch.

Uspořádání lůžkové psychiatrické péče je nevyhovující. Je poskytována na 11 400 lůžkách, většina z nich je stále umístěna ve velkých, někdy zanedbaných psychiatrických léčebnách. Kvalita péče je někdy nevyhovující i z hlediska lidských práv pacientů. Jen kolem 20 % lůžkové kapacity je umístěno v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Péče mimo nemocniční je poskytována v psychiatrických ambulancích, jejichž kapacita je v řadě míst nedostatečná. Teprve v posledních letech se rozvíjející komunitní zařízení a služby /krizová centra, denní stacionáře, chráněné dílny, chráněné bydlení atd./ jsou ve zcela nedostatečném množství. Nedořešená zůstává otázka kompetencí a spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním resortem zvláště v oblasti péče o osoby s dlouhodobými duševními poruchami.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

6.1.1: Vytvořit program komplexního řešení péče o duševní zdraví včetně transformace stávající péče

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, MMR, MS, MV, MŠMT, ZP, územní samosprávné celky, profesní organizace poskytovatelů služeb, pacientské organizace na úseku péče o duševně nemocné, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: 2003 - vytvoření meziresortní koordinační skupiny

2004 - vytvoření komplexního programu

2005-2015 - naplňování jednotlivých kroků a dokončení hlavní části reformy

6.1.2: Zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb

odpovědnost: MZ, MPSV

spolupráce: MV, územní samosprávné celky, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžně - dílčí úpravy

2006 - komplexní transformace financování péče o duševní zdraví

6.1.3: V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv

odpovědnost: MZ, MPSV

spolupráce: Úřad vlády - zmocněnec pro lidská práva, MS, MV, Etická komise pro biomedicínu, ČLS, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžné vytváření a zavádění standardů

6.1.4: Transformace systému přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a systému krizových center

odpovědnost: MZ

spolupráce: ZP, územní samosprávné celky, organizace poskytovatelů a odborné organizace, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: 2003 - vytipování míst pro vznik psychiatrických oddělení

2004 - organizační i finanční oddělení akutní a následné péče v psychiatrických léčebnách

2005 - vytvoření podmínek pro rozvoj psychiatrické domácí péče a systému krizových center

do 2010 - vznik sítě cca 40-50 psychiatrických oddělení s celkovou kapacitou cca 3000-4000 lůžek a regionálních sítí domácí psychiatrické péče a péče krizových center.

6.1.5: Zkvalitnění a restrukturalizace lůžek následné péče v psychiatrických léčebnách celkovou humanizací psychiatrických léčen, zvýšení kapacit a kvality socio-rehabilitačních programů. Zvýšení návaznosti péče v PL na mimonemocniční /komunitní/ péči a přesun části kapacit následné péče do komunitní péče tak, aby celková kapacita následné péče v psychiatrických léčebnách nepřesahovala 5000- 6000 lůžek a aby pokud možno žádná z psychiatrických léčen neměla kapacitu větší než 500 lůžek

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, ZP, organizace poskytovatelů, odborné společnosti ČLS JEP, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: průběžné, plošné a postupné rozšiřování modelových řešení

konečný termín do 2010

6.1.6: Zvýšit zapojení služeb komunitní a primární péče do prevence a do péče o duševní zdraví /včetně duševně nemocných/

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, organizace pacientů, profesní organizace, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: průběžné, plošné a postupné rozšiřování modelových řešení

konečný termín do roku 2010

6.1.7: Začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče

odpovědnost: MZ, MPSV, MŠMT

spolupráce: **odborné společnosti ČLS JEP, IPVZ, IDVZ, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR**

termíny: 2003 - deskripce konkrétních potřeb a stávajících možností v oblasti vzdělávání

2004 - vytvoření vzdělávacích modulů a programů

2005 - komplexní systém vzdělávání v moderních trendech

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence duševně nemocných na vybrané diagnózy,
- počet lůžek v psychiatrických léčebnách,
- počet a typ služeb v rámci komunity,
- objem dotací pro nestátní poskytovatele sociálních služeb,
- naplňování standardů kvality sociálních služeb zohledňujících lidská práva.

Dílčí úkol č. 6.2.

Snížit počet sebevražd alespoň o jednu třetinu

Současný stav:

Sebevraždnost v ČR od roku 1970 postupně pozvolna klesá z 33/100.000 obyvatel na 23/100.000 obyvatel (1999). ČR tak stojí asi v polovině řady 50 evropských států. Je vyšší mezi populací mužskou, což je všeobecný jev. Příčiny poklesu počtu sebevražd u nás nejsou známy. Od roku 1990 je v ČR ve věkové kategorii dospívajících (15 - 19 let) patrný vzestup. Sebevraždnost je ve státech Evropy na 2. /muži/, event. 3. /ženy/ místě úmrtnosti ve věkové skupině 15-34 let. Je ale známo, že dokonané sebevraždy souvisí sice jen částečně, ale zřetelně:

- s věkem: vysoký výskyt v populaci nad 69 let, a to zvláště u mužů. U mladistvých je vysoký počet sebevražděných pokusů,
- s výskytem duševních poruch (zvláště s depresivní poruchou, se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách, se schizofrenií a s akutními psychickými krizemi), přičemž se očekává v nejbližších letech značný nárůst depresivních poruch,
- s náboženským přesvědčením (u osob s náboženskou vírou, lhostejno kterou, je výskyt sebevražd podstatně nižší),
- s dalšími již méně významnými faktory: rodinná zátěž, životní ztráty, izolovanost a nedostatek kontaktů s lidmi, rozpadlý rodinný domov, povahové vlastnosti (impulzivita, labilita, snížená schopnost snášet zátěž)

Naproti tomu není zřejmé, že by sebevraždy souvisely se socioekonomickými změnami ve společnosti. Sebevražděných pokusů je asi 10 - 20x více než dokonaných sebevražd.

V ČR existují dlouhodobé statistiky sebevražděnosti. Evidence a analýza sebevražděných pokusů byla v roce 1992 zrušena, rozborů sebevražděnosti se nyní neuskutečňují. Speciální evidence a prevence nyní neexistuje. Zjišťování a terapii duševního stavu, včetně sebevražděných aktivit, se v našem zdravotnictví věnuje jen malá pozornost.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 6.2.1: Systematické školení lékařů primární péče v rozpoznávání a léčení deprese, nebezpečí sebevraždy a kultivace vztahu lékař - pacient
odpovědnost: MZ
spolupráce: IPVZ, odborné společnosti ČLS JEP
termíny: do roku 2005
- 6.2.2: Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě Krizových center, linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic, vybudování sítě proti alkoholním poraden (AT) a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak
odpovědnost: MZ, MPSV
spolupráce: MF, Kategorizační léková komise MZ
termíny: průběžně, konečný termín rok 2006
- 6.2.3: **Snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace**
odpovědnost: MZ, MPSV
spolupráce: psychiatrická společnost ČLS JEP
termíny: průběžně, konečný termín rok 2008
- 6.2.4: **Opětné zavedení evidence sebevražedných pokusů**
odpovědnost: MZ
spolupráce: ÚZIS, ČSÚ
termíny: do roku 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- statistika dokonaných sebevražd a sebevražedných pokusů v ČR, podle věku, pohlaví a sociálních skupin, organizovaná ÚZIS a ČSÚ,
- rozvoj sociálních služeb pro psychicky nemocné, antidiskriminace psychicky nemocných ve standardizaci kvality sociálních služeb.