

## Důvodová zpráva

Péče o duševně nemocné a osoby s narušeným duševním zdravím stála v České republice až do 2. světové války stranou hlavního proudu vývoje medicíny. Předkládaná koncepce navazuje na tři předchozí koncepce oboru, z nichž poslední byla publikována v roce 1977, doplněna v roce 1983, dále je rozvíjející.

Teprve od třicátých let našeho století se pozvolna integruje do všeobecné sítě zdravotních služeb. Současná česká psychiatrie plně respektuje bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci.

Psychiatrie hledá hranice své působnosti. Obor se vymezuje vůči nechorobným stavům nespokojenosti a sociálního selhání i psychologickým následkům různých chronických onemocnění a s nimi spojeným úpadkem síl.

Od druhé poloviny minulého století byl důraz v psychiatrické péči kladen na péči lůžkovou, která tehdy zahrnovala jak složku léčebnou, tak i složku ošetrovací a opatrovnickou.

Od padesátých let našeho století začala psychiatrie opouštět uzavřené a izolované ústavy a postupně se stále více zařazovala mezi ostatní lékařské obory. Ukazatelem tohoto vývoje je prudký rovoj ambulantních služeb a psychiatrických oddělení při všeobecných nemocnicích. Protože ale nelze spoléhat na přímou úměru mezi společností vynaloženými prostředky a duševním zdravím, je nezbytné pokračovat v hledání optimální kvality i kvantitativní psychiatrické péče a ověřovat její účinnost.

Pro psychiatrickou péči jsou charakteristické následující skutečnosti:

- \* Duševní onemocnění často probíhají dlouhodobě. Mnohá mají periodický průběh. Mnohá z nich zkracují život (například schizofrenie, deprese, závislosti). Všechna výrazně zhoršují kvalitu života. Je prokázáno, že psychologické poruchy nepříznivě ovlivňují životní spokojenost, a to má vliv na mnohé oblasti života jedince, včetně pracovního výkonu. Mnohá z nich se pro nedostatečnou znalost jejich velmi složitě etiologie a patogenese obtížně léčí.
- \* Pro dlouhodobě duševně nemocné je nezbytné doplnění zdravotní péče péčí sociální a rehabilitační v širokém slova smyslu. Zdravotní a sociální péče u těchto nemocných se navzájem prolínají a doplňují.
- \* Ačkoliv psychiatrickou péči lze rozšiřovat až za mez ekonomických možností státu, je třeba nalézt optimální řešení zvláště v těch oblastech, které
  - a) hrubě narušují život, lidskou důstojnost a spokojenost nejen nemocných, ale i jejich rodin (například chronické psychózy, mentální retardace);
  - b) hrozí přemst v závažný celospolečenský problém (například závislosti a demence).
- \* V psychiatrii zatím neexistuje systém prokazatelně účinné primární prevence, ale úsilí lze zaměřit na zmenšování následků již vzniklých duševních poruch (tzv. sekundární prevence).
- \* Existuje zde - na rozdíl od všeobecné medicíny - velký podíl tzv. skryté nemocnosti. To jsou psychologické poruchy (větší anebo častěji menší intenzity), které nejsou ani rozpoznávány, ani evidovány, ani léčeny ve zdravotnických zařízeních.
- \* Použití a výzkum měřítek účinnosti psychiatrické péče jsou a budou nanejvýš potřebné. V současné době se užívá dvou tradičně uplatňovaných kritérií:
  - a) objektivního a subjektivního hodnocení psychopatologie;
  - b) spotřeby zdravotní péče;

a v poslední době stále více i kritéria c) kvalita života.

\* Vzhledem k tomu, že azylové ústavy vzniklé v minulém století stále slouží svému účelu v roli psychiatrických léčeben, ale zároveň fungují jako psychiatrické nemocnice (poskytují péči o akutní stavy), je v psychiatrii více než v ostatních lékařských oborech zapotřebí zlešení podmínek v lůžkových zařízeních (stavěbní úpravy, podmínky hygienické, ale i personální a psychologické).

\* Předmětem trvalého zájmu a úsilí musí být snaha o zlepšení postojů veřejnosti k psychiatrii, k psychicky nemocným a k psychiatrickým zařízením obecně. Psychiatrie má v očích veřejnosti mnohdy ještě pověst podmíněnou předsudky a strachem, spojeným s duševní poruchou a její léčbou. Tato pověst ztěžuje postavení psychiatrie i mezi ostatními lékařskými obory.

\* Psychiatrická péče spotřebovává asi 1 - 2 % prostředků věnovaných na zdravotní péči. Tyto prostředky je možno lépe a efektivněji využívat ve smyslu výše uvedených změn.

Z popisu dosavadního stavu psychiatrie, ze srovnání se světovými trendy a ze zhodnocení současného stavu vyplývají základní vývojové tendence, které se snaží předkládaná koncepce navrhnout, doporučit a i realizovat:

- \* Plně integrace psychiatrie do zdravotnictví.
- \* Odstranění stigma tzv. nemocných postavení psychiatrie ve společnosti.
- \* Humanizace a zlepšení materiálních podmínek v některých oblastech psychiatrie. Rozvoj tzv. internediární péče (denní stacionáře, domácí péče, návštěvní služba, chráněná dílna a bydlení, kluby, svépomocné organizace) a dále rozvoj psychiatrických lůžkových oddělení při všeobecných nemocnicích.
- \* Důraz na spolupráci mezi jednotlivými psychiatrickými zařízeními, a tím na konkrétní a aktivitu v péči o duševně nemocné, na součinnost se sociálním sektorem.
- \* Výzkum účinnosti psychiatrických léčebných metod spolu s výzkumem etiologických činitelů a faktorů ovlivňujících průběh duševního onemocnění.
- \* Otevření prostoru pro spolupráci v mezinborové utvářené problematice a úkolach.
- \* Výchova a výuka zdravotníků mimo psychiatrii a trvalé ovlivňování postojů veřejnosti k psychiatrii.
- \* Sledování ekonomických ukazatelů a jejich vývoje ve vztahu k psychiatrické péči a k psychiatrickým nemocným.

## KONCEPCE OBORU PSYCHIATRIE

1. Náplň oboru psychiatrie a základní principy péče.
2. Síť zařízení v oblasti psychiatrické péče.
3. Programy pro specifické skupiny klientů.
  - a) Program péče o psychogeriatrické pacienty.
  - b) Program péče o pedopsychiatrické pacienty.
  - c) Program péče o návykově nemocné.
  - d) Program péče o dlouhodobě duševně nemocné.
  - e) Program péče o duševně nemocné pachatele trestné činnosti.

4. Kroky ke změně stávajícího stavu.

1. Náplň oboru psychiatrie a základní principy péče. Psychiatrická péče musí nezbytně respektovat důstojnost a práva nemocných. Je zapotřebí, aby psychiatrická péče v rámci zdravotnictví byla dostupná, aktivní a individuální, a aby umožňovala komplexní, týmový a regionální charakter.

1.1 Základní principy péče. Psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševní poruchou, tak, aby jim byl umožněn produktivní a uspokojivý život v co nejpřírodnějších podmínkách. K tomu cíli využívá terapeutické postupy biologické, psychotherapeutické, rehabilitační a sociální.

1.2 Základní východiska a principy péče. Péče o duševní zdraví má být uspořádána tak, aby každý měl právo využívat všech prostředků k zabezpečení duševní pohody a k prevenci duševních poruch.

2. Každý, kdo potřebuje, má mít přístup k základní psychiatrické péči o duševní zdraví, tj. k péči, která má přiměřenou kvalitu, chrání důstojnost pacienta, vede pacienta, aby se sám vypořádával se svými potížemi, hendikepy a nedostatkostmi, musí být finančně a geograficky dostupná a musí být poskytována převážně na bázi dobrovolnosti, přičemž postupy bez souhlasu nemocného jsou vymezeny zákonem.

3. Posuzování duševního zdraví se děje v souladu s mezinárodně přijatými diagnostickými principy.

4. Osobám s duševními poruchami má být poskytována péče s co nejmenšími omezeními. Přitom podstatná omezení jsou stanovená zákonem. Musí být užívány léčebné postupy lege artis. Různé možnosti léčebných postupů musí být s pacientem prodiskutovány a společně hledáno optimální východisko.

5. Před jakýmkoliv zásahem do tělesné a duševní integrity je třeba souhlasu pacienta. U osob, které jsou hospitalizovány bez svého souhlasu, rozhoduje o způsobu léčby ošetřující lékař v tom případě, že nemocný není schopen posoudit svůj zdravotní stav. Lékař je ovšem vázán všeobecně přijatými postupy a musí jednat v nejlepším zájmu pacienta.

V popsáných případech musí být postup lékaře se zdůvodněním zapsán v dokumentaci. V případě, že lékař postupoval bez souhlasu pacienta, může pacient podat stížnost k příslušné etické komisi. O výsledku šetření bude pacient informován.

6. Pacient má právo být informován o vlastních právech a být informován o svém zdravotním stavu vhodnou formou v souladu se zdravotnickou dokumentací. Na žádost pacienta musí lůžkové zařízení zprostředkovat jeho kontakt s právníkem, popř. sociálním pracovníkem, anebo jinou právnickou či fyzickou osobou k obhájení pacientových práv.

7. Veškerá rozhodnutí o přijímání, léčbě, propouštění a posuzování všech psychiatrických nemocných budou činěna v souladu s ustanoveními zákonů. Ve všech rozhodnutích se bude dbát práv psychiatrických pacientů, která byla schválena odbornou společností.

## SÍŤ ZAŘÍZENÍ V OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Psychiatrická zařízení jsou zřizována buď jako součást jiného zdravotnického zařízení, anebo jako samostatná pracoviště. Mohou též vznikat vzájemně kombinace různých nemocničních, intermediečních a ambulantních zařízení podle místních podmínek, potřeb a možností. Cílem je, aby byla v každém geografickém regionu přístupná co nejšířší paleta psychiatrických, psychologických a sociálních služeb. Ty se spolu navzájem doplňují, koordinují svou činnost a vytvářejí funkční celek.

Koncepcí počítá se spoluprací psychiatrických zdravotnických zařízení s dalšími zařízeními mimo okruh psychiatrie, např. manželskými poradnami, pedagogicko-psychologickými poradnami a řadou zařízení sociální péče a).

Zvláštní postavení mají akreditovaná pracoviště, která provádějí postgraduální výcvik a výchovu psychiatrů, popřípadě dalších odborníků, a superkonziliární služby jejich personální a technické vybavení je tomuto účelu přizpůsobeno.

Provádění výzkumu je pro další rozvoj a osud psychiatrie velmi důležité. Na této činnosti se podílejí především akreditovaná pracoviště.

Kromě péče o vlastní klientelu jsou kvalifikovaní psychiatři pracovníci (lékaři a psychologové) připraveni poskytnout odbornou konziliární a poradenskou službu pro pacienty hospitalizované na nepsychiatrických odděleních.

Tato konziliární a poradenská služba a týmová spolupráce se týkají:

- pacientů s tělesným onemocněním a souběžnou duševní poruchou;
- pacientů, u nichž psychologická komponenta ovlivňuje průběh a léčbu onemocnění, pro které jsou léčeni;
- pacientů s psychosomatickými poruchami a funkčními poruchami s potřebou odborného psychiatrického nebo psychologického zásahu;
- sestavování preventivního a rehabilitačního plánu pro pacienty, u nichž psychologické faktory jsou mezi příčinnými nebo následnými faktory tělesného onemocnění.

### 1. Ambulantní péče

Ambulance psychiatrů.  
Ambulance klinických psychologů.

### 2. Intermediární péče

Krizové centrum.  
Denní stacionár.  
Sociální centrum (např. kluby, protidrogová centra).  
Zařízení domácí péče.  
Chráněná pracoviště.  
Chráněné bydlení.

### 3. Lůžková péče

Psychiatrické oddělení nemocnic.  
Psychiatrická klinika.  
Psychiatrická oddělení nemocničního typu.

Psychiatrická léčebna, včetně dětských a protialkoholních (léčebná a rehabilitační lůžka).  
 Psychogeriatrické oddělení nemocnic a oddělení pro poruchy paměti (lůžka nemocnic).  
 Psychiatrická léčebna.  
 Psychiatrická léčebna specializovaná na léčbu závislosti.  
 Psychiatrická léčebna specializovaná na dětskou a dorostovou psychiatrii.  
 Ošetrovatelské psychogeriatrické ústavy a jiné specializované (např. pro drogově závislé).  
 Specializovaná forenzní psychiatrická zařízení.  
 Specializovaná forenzní psychiatrická oddělení.  
 Oddělení pro poruchy paměti (memory clinic).  
 Lázeňská psychiatrická zařízení.

#### 4. Rezortní výzkumné pracoviště

### I. ČÁST LŮŽKOVÁ

#### 1. Psychiatrické léčebny

Představují asi 9/10 lůžkového psychiatrického fondu, nyní zhruba 11 tisíc lůžek. Jejich úkolem je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií. Mimoto plní úlohu psychiatrických oddělení nemocnic, to jest léčí akutní psychické poruchy v těch případech, kde psychiatrická oddělení nemocnic dosud neexistují. Přijímají pacienty k dobrovolné i nedobrovolné léčbě. Psychiatrické léčebny mají různá specializovaná oddělení, například příjmové, doléčovací, psychogeriatrické, pro léčbu závislosti, dětské a adolescentní, sexuologické, somatické, a pro své pacienty zajišťují služby dalších medicínských oborů. Psychiatrické léčebny rovněž zajišťují výkon ochranné léčby, a to až do doby, než budou vybudována alternativní zařízení, zvláště pro osoby, které léčbu odmítají. Psychiatrické léčebny též hospitalizují osoby k vyšetření v rámci soudně znalecké činnosti.

Kromě psychiatrických léčen se všeobecným zaměřením existují ještě psychiatrické léčebny specializované na děti a adolescenty, na léčbu osob závislých na alkoholu či jiných návykových látkách.

P o č t y: Současný počet psychiatrických lůžek v léčebnách (cca 11 tisíc) by se neměl zvyšovat. Další snižování, eventuelně restrukturační lůžkového fondu, musí být podmiňeno očekávaným a plánovitým rozvojem ambulantní a intermeditární sítě a psychiatrických oddělení pro léčení akutních stavů, v souladu s potřebami regionů. Pouhé snižování počtu lůžek v léčebnách by vedlo k neupravitelným škodám, ke zhoršení péče. Jako první krok by mělo být dosaženo obecně závazných hygienických norem. Počet lůžek v psychiatrických léčebnách by měl společně s počtem lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic dosáhnout v ČR počtu 100 lůžek na 100 tisíc obyvatel. Z toho by měl počet lůžek v psychiatrických léčebnách činit maximálně 85 %. Změny v počtu lůžek budou záviset na budoucím rozvoji ambulantních a intermeditárních služeb.

#### 2. Psychiatrická oddělení

Psychiatrická oddělení jsou obvykle součástí všeobecných nemocnic, nebo jsou samostatnými zařízeními. Pro výkon jejich činnosti musí být zajištěna základní

konziliární, laboratorní a pomocná vyšetření, a to plných 24 hodin. Provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování. Poskytují konziliární služby pro ostatní oddělení nemocnice. Zaměřují se hlavně na akutní psychické poruchy a krátkodobou hospitalizaci, dobrovolnou i nedobrovolnou. Mohou zřídit jednotky intenzivní psychiatrické péče. Někteří psychiatrická oddělení mají specializovaná pracoviště pro děti a mladistvé, popř. další specializovaná oddělení.

P r a c o v n í c i: Psychiatrii a další lékaři, psychologové, další odborní vysokoškolské pracovníci, střední, nižší a pomocní zdravotní pracovníci, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další.

P o t ř e b a na 100 tisíc obyvatel činí minimálně 15 lůžek. Psychiatrické oddělení je většinou zřizováno pro oblast se cca 300 tisíci obyvateli.

Psychiatrická lůžka mohou existovat i při demitách stacionárních nebo krizových centerch.

#### 3. Psychiatrické kliniky fakultních nemocnic

Psychiatrické kliniky fakultních nemocnic poskytují vysoce odbornou psychiatrickou péči v co nejširším rozsahu ve všech jejich složkách, slouží propojení psychiatrie s klinickou vědou a výchovou v medicíně.

Na psychiatrických klinikách je soustředěna odborná a materiální kapacita k zajištění psychiatrického výzkumu a vzdělávání v psychiatrii na pregraduální i postgraduální úrovni. Jsou spojeny s lékařskými fakultami.

#### 4. Oborový výzkumný ústav

##### 5. Oddělení pro poruchy paměti

Obvykle soustředí psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic nebo psychiatrických klinik. Diagnostikují a provádějí diferenciální diagnostiku akutních stavů u psychogeriatrických pacientů (deliria, deprese, poruchy chování u demenci). Vyžadují možnosti komplexní somatické diagnostiky a spolupráci se specialisty všech oborů. Hospitalizace trvá 1 - 2 týdny. Kapacita oddělení činí 10 lůžek.

P o t ř e b a činí 1,5 lůžka na 100 tisíc obyvatel, ve větších městech až dvojnásobek.

#### 6. Psychogeriatrické oddělení nemocnic

Jsou součástí psychiatrického nebo jiného oddělení nemocnice. Pobyť pro intenzivní léčbu stárceckých psychických poruch, ne delší než pět týdnů.

#### 7. Domovy důchodců se specializovanou psychiatrickou péčí

Kromě běžných domovů důchodců je třeba zřizovat ošetrovatelské ústavy pro psychogeriatrické a jiné chronicky duševně nemocné. Je zde rozvinuta psychogeriatrická péče, zvláště ošetrovací a azylová péče pro osoby, které není možno umístit v podmínkách chráněného bydlení. Tato zařízení patří již do rezortu sociální péče.

#### 8. Lázeňská zařízení

Slouží k doléčování pacientů.

#### Personální potřeby v lůžkových psychiatrické péči

Průměrný počet zdravotnických pracovníků, přepočtený na 10 lůžek léčebny na jednotlivých specializovaných odděleních, uvádí následující tabulka.

Jde o materiál, jenž je výsledkem konsenzu skupiny odborníků. Tímto způsobem byly vypracovány normativy pro příjmové pracoviště. Může se stát, že na klinikách a psychiatrických odděleních nemocnic bude postupováno odlišně.

Na 10 lůžek na jednotlivých specializovaných odděleních.  
 Personální obsazení lůžkových zařízení - PL.  
 Průměrný počet zdravotnických pracovníků přepočtený na 10 lůžek  
 na jednotlivých specializovaných odděleních.

Typ oddělení	Současné počty	Perseptivní počty
<b>přijímací</b>		
lékař	0,56	1,04
psycholog	0,19	0,19
SZP	2,89	
SZP + NZP + PZP	3,74	3,9
sociální pracovník	0,17	0,3
jiný terapeut	0,18	0,55
fyzioterapeut	0,07	0,13
<b>doléčovací</b>		
lékař	0,18	0,77
psycholog	0,08	0,28
SZP	2,33	
SZP + NZP + PZP	2,77	4,77
sociální pracovník	0,13	0,28
jiný terapeut	0,15	0,55
fyzioterapeut	0,05	0,13
<b>psychogeriatric</b>		
lékař	0,28	1,15
psycholog	0,12	0,04
SZP	2,48	
SZP + NZP + PZP	3,45	7,25
sociální pracovník	0,13	0,27
jiný terapeut	0,05	0,4
fyzioterapeut	0,14	0,18
<b>léčbní závislostí</b>		
lékař	0,4	0,78
psycholog	0,32	0,41
SZP	2,23	
SZP + NZP + PZP	2,75	2,79
sociální pracovník	0,18	0,65
jiný terapeut	0,45	0,58
fyzioterapeut	0,06	0,19

(Pokračování tabulky na straně 13.)

Typ oddělení	Současné počty	Perseptivní počty
<b>dětské</b>		
lékař	0,56	1,14
psycholog	0,4	0,61
SZP	3,66	
SZP + NZP + PZP	3,83	6,25
sociální pracovník	0,25	0,48
jiný terapeut	0,69	1,02
fyzioterapeut	0,19	0,21

Personální vybavení psychiatrických oddělení (PO) je v tabulce uvedeno pouze v úrovni vybraných zařízení (PO nemocnice Pardubice, PO Masarykova nemocnice, PK FN Hradec Králové) a návrhu MZ ČR k 1. 7. 1996). Svými personálními normativy by měly mít k sobě nejbližší PO nemocnice a přijímací oddělení psychiatrických léčeben.

Počty pracovníků nutné k zajištění chodu vysoce specializovaných pracovišť se mohou od tohoto odhadu lišit.

## II. ČÁST AMBULANTNÍ

Síť psychiatrických ambulantních zařízení tvoří:

psychiatrické a pedopsychiatrické ambulance, psychologická pracoviště, AT poradny.

### PSYCHIATRICKÁ, PEDOPSYCHIATRICKÁ A SEXUOLOGICKÁ AMBULANČE, PSYCHOLOGICKÉ PRACOVIŠTĚ.

1. Psychiatrická ambulance -základní článek ambulantní psychiatrické péče. Úkolem psychiatrických ambulantí je prvotní diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence všech duševních poruch. V případech, kde ambulantní léčba nedostačuje, indikuje a odesílá do lůžkového zařízení. Dále psychiatrická ambulance koordinuje péči o pacienta v ostatních zařízeních síť. Provádí dispenzární péči o závažné duševně nemocné dle platných předpisů. Pečuje o osoby v ambulantní ochranné léčbě. Nedílnou součástí práce ambulantí je návštěvní služba. Podílí se na zdravotní výchově, statistickém výkaznictví.

Určitá část psychiatrické péče bude zajištěna prostřednictvím tzv. veřejné (obecní, komunální) psychiatrické péče, jejímž úkolem bude zvláště psychiatrická péče o osoby léčbě se vyhýbající, o osoby sociálně selhávající, o osoby v ochranné léčbě, dále aktivní vyhledávání osob se závislostmi a dispenzární péče o všechny tyto skupiny.

Tzv. veřejná psychiatrická péče může být prováděna v kterékoliv psychiatrické ambulanci i na část pracovního úvazku.

### 2. Pedopsychiatrické ambulance

Zabývají se shodnými problémy populace dětské a adolescentní.

### 3. Sexuologické ambulance

Zabývají se diagnostikou a terapií sexuálních poruch.

### 4. Psychologické pracoviště

Jde o specializované zařízení, které je buď samostatným pracovištěm, anebo součástí psychiatrické ambulance.

### 5. AT poradny

Zaměřují se na vyhledávání, podchyzení, diagnostiku, léčbu, prevenci a evidenci osob se vznikající nebo vzniklou závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách.

**P o č t y p r a c o v n í k ů:** v psychiatrických ambulancích na 100 tisíc obyvatel (nezbytné minimum): jde o konsenzus výboru odborníků, ustanoveného odbornou společností. Uvedené počty ambulantních pracovníků na 100 tisíc obyvatel představují minimální standardy. K zajištění potřebné péče jsou podle kvalifikovaného odhadu zapotřebí následující minimální počty pracovníků:

- psychiatr celkem 4,5, z toho veřejná ambulance 1,0  
z toho AT poradny 0,5

- pedopsychiatr 1,25, z toho veřejná 0,25

- klinický psycholog 4,5, z toho veřejná 1,0  
z toho AT 0,5

- středních zdravotníků, včetně sociálních pracovníků 8, z toho veřejná 5,0  
z toho AT 3,0.

## III. ČÁST INTERMEDIÁRNÍ

Zahrnuje služby, které svým charakterem nejsou ani ryze ambulantní, ani nemocniční. Tvoří v systému psychiatrické péče článek mezi péčí lůžkovou a ambulantní. Jde o nové vznikající systém péče, který využívá výhod obou. Tyto služby se začaly rozvíjet počátkem 90. let a jsou u nás stále ještě značně zanedbané. Tvoří učičou alternativu psychiatrické hospitalizace. Každé z dále uváděných zařízení může být zaměřeno všeobecně na různé psychiatrické poruchy a nebo specializováno (třeba jen svými programy) na určitou výkovou skupinu, diagnostickou skupinu či problém.

### 1. Denní stacionář

Denní stacionář (DS) slouží pro denní pobyt pacientů. Úkolem DS je poskytovat léčebnou péči nemocným, kteří vyžadují intenzivnější ambulantní léčbu, s cílem zkrátit anebo zamezit hospitalizaci. Mohou existovat i noční stacionáře.

Dále slouží pacientům, u nichž je indikována systematická, intenzivní psychoterapeutická a rehabilitační péče anebo příprava na budoucí pobyt v chráněném prostředí, a konečně se v DS přijímají ještě hospitalizovaní pacienti, kteří procházejí rehabilitačním programem směřujícím k usnadnění přechodu z hospitalizace do normálního života. DS poskytuje sociální a právní pomoc.

Denní stacionář může být kombinován s lůžkovou psychiatrickou péčí, s psychiatrickou ambulancí anebo se službami krizové intervence.

Zvláštním, specializovaným typem DS, jsou tzv. domovinky, docházková zařízení pro osoby vyššího věku, trpící duševními poruchami. Dalším specializovaným typem DS jsou léčebná centra pro děti a adolescenty se školní výukou.

Pracovníky DS pro zdravotní péči tvoří:

psychiatri a zdravotní sestry, jiní lékaři, psychologové, sociální a rehabilitační pracovníci, ergoterapeuti.

Na činnosti DS se mohou podílet i paraprofesionálové.

**P o č t y m í s t v d e n n í c h s a n a t o r i j c h - v š e c h b ý p ů c e l k e m - z a h r n u j í 3 0 m í s t n a 1 0 0 t í s í c o b y v a t e l . P ř i t o m o b y k l e D S m á 2 0 - 4 0 m í s t . V e v e l k ý c h m ě s t e c h d ě k y s n a d n ě j š í d o s t u p n o s t i j s o u p o č t y m í s t v D S v y š š í . O p t i m á l n í p o č e t m í s t v d o m o v í n k á c h p r o o s o b y v ý š š í h o v ě k u č í n í 3 0 m í s t n a 1 0 0 t í s í c o b y v a t e l .**

### 2. Krizová centra

Jde o zařízení prvního kontaktu, volně dostupné, volně dostupné, bez objednací lhůty. Mělo by pracovat 24 hodin denně. Součástí KC může být malý počet lůžek k několika dennímu pobytu. Úkolem krizového centra je diagnostika a léčba osob všech věkových kategorií, které se ocitly v akutní životní krizové situaci, včetně osob s problémy, které závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách, dále pomoc rodinám, které prožívají krizové situace. Cílem je též omezení konzumace jiných zdravotnických služeb, včetně hospitalizace.

Minimální služby KC zahrnují možnost telefonického kontaktu, možnost osobního kontaktu. Další vhodné programy jsou krizová intervence formou výjezdu nebo návštěvy, krátkodobý pobyt na krizovém lůžku nebo krátkodobý stacionární pobyt.

**P r a c o v n í c i:** odborný lékař nebo klinický psycholog. Dále v KC pracují zdravotní sestry, sociální a rehabilitační pracovníci, právníci aj.

**P o t ř e b n ý p o č e t j e j e d n o K C n a 1 0 0 t í s í c o b y v a t e l .**

### 3. Sociální centra a kluby

Zařízení docházkového typu s volným přístupem, určená především pro osoby s dlouhodobou duševní poruchou, které zde nalézají chybějící zazení. Převážuje rehabilitační funkce v oblasti zaměstnávání a v oblasti sociální. Tato zařízení dávají možnost prožívání volného času, navazování společenských vztahů, možnost získat praktické, pracovní a sociální dovednosti, příležitost získat právní informace, být v kontaktu s pracovníky sociálních center a těžit z jejich pomoci. Kluby navíc organizují osvětové a informační programy, rekreační pobyt.

Zvláštním druhem sociálních center jsou centra protidrogová.

**P r a c o v n í k y s o c i á l n í c h c e n t e r a k l u b ů j s o u s o c i á l n í p r a c o v n í c i , z d r a v o t n í s e s t r y , r e h a b i l i t a č n í p r a c o v n í c i , e r g o t e r a p e u t i a j i n í . P r a c u j í p o d d o h l e d e m p s y c h i a t r a c i p s y c h o l o g a . N a b ě h u z a ř í z e n í s e v ě š í č í m e n š í m ě r o u p o d í l e j í s a m o t n í p a c i e n t i .**

**D e n n í k a p a c i t a j e m a x i m á l n ě 5 0 o s o b . P o t ř e b n ý p o č e t j e j e d n o s o c i á l n í c e n t r u m n a 1 0 0 t í s í c o b y v a t e l . P o č e t s o c i á l n í c h c e n t e r p r o t i d r o g o v ě z a m ě ř e n ý c h p ř e d s t a v u j e j e d n o c e n t r u m n a 1 0 0 t í s í c o b y v a t e l , p ř í c e m ž v e v e l k ý c h m ě s t e c h j e p o t ř e b n a d v o j n á s o b n á .**

### 4. Chráněné bydlení

Cílem chráněného bydlení je buď resocializovat nemocného a připravit jej k samostatnému a soběstačnému způsobu života, anebo umožnit mu dlouhodobý pobyt mimo lůžkové zařízení při menší či větší podpoře. Je možná celá škála míry sociální podpory od kolektivního bydlení se čtyřadvacetihodinovým dohledem, až po bydlení v samostatném bytě s občasným dohledem. Zvláštní formou chráněného bydlení jsou terapeutické komunity pro osoby závislé na drogách a rehabilitační zařízení pro dlouhodobý pobyt dlouhodobě duševně nemocných.

**P r a c o v n í c i:** zdravotní sestra, sociální pracovník, speciální pedagog, rehabilitační pracovník aj., pracují pod dohledem psychiatra nebo klinického psychologa.  
**P o t ř e b n ý p o ě t m í s t:** kolektivní bydlení minimálně 20 míst na 100 tisíc obyvatel, samostatné byty 20 na 100 tisíc obyvatel.

#### 5. Domácí péče

Tato forma péče představuje pomoc v základních činnostech u osob nesoběstačných (hygiena, hospodaření, vedení domácnosti apod.), jednak léčbu v domácím prostředí (farmakoterapie, psychoterapie a práce s rodinou). Zamezuje, eventuelně zkracuje hospitalizaci a předchází hospitalismu. Umožňuje včasnější léčbu osob, které odmítají hospitalizaci.

Domácí péče může být součástí činnosti kteréhokoliv psychiatrického zařízení, anebo může být vykonávána samostatnou institucí.

**P r a c o v n í c i:** na poskytování domácí péče se podílejí psychiatr, psycholog a zdravotní sestra (pokud jde o léčbu), zdravotní, sociální a geriatrická sestra, sociální a rehabilitační pracovník, pečovatelka (při péči o základní potřeby).

**P o t ř e b a p s y c h i a t r i c k é d o m á c í p é c e** (včetně péče psychogeriatrické) představuje minimálně 5 - 10 osob denně na 100 tisíc obyvatel, se vzrůstající tendencí.

#### 6. Chráněná práce

Organizování chráněných pracovních pracovišť jakéhokoliv typu je snahou o ulehčení pracovních podmínek u těch psychicky postižených, pro které by normální pracovní tempo a podmínky byly záležet nadměrnou, neúnosnou nebo nezvladatelnou. Smyslem chráněných pracovních podmínek je buď obnovení, anebo zlepšení pracovních návyků s cílem v budoucnu zapojit nemocného do normálních pracovních podmínek, anebo dále zapojení nemocného do natolik chráněných podmínek, které jeho psychologický stav ještě stačí zvládnout. Jde tedy buď o rehabilitační, anebo azylovou funkci chráněného pracovního prostředí.

Pracovní motivaci zvyšuje finanční ohodnocení.

**Formy chráněné práce jsou:**

**Chráněná dílna** (5 - 15 osob se zkrácenou pracovní dobou a speciálním výrobním programem).

**Přechodné zaměstnávání** (na vybrané pracovní místo, kde se pacienti po určitém čase střídají, se zařadí nemocný, s tím, že při jeho výpadku nastupuje za něj jiný nemocný, event. odpovědný sociální pracovník).

**Chráněná místa v normálních pracovních podmínkách** (úlovy a podpora sociálního pracovníka se poskytují nemocnému v běžném pracovním prostředí).  
**Chráněný podnik (social firm)** je samostatný provoz, kde většinu zaměstnanců tvoří pacienti. Provoz takového podniku je podporován státem a je zapojen v běžném tržním prostředí, často ve službách.

**P r a c o v n í k y** chráněných pracovišť jsou mj.: ergoterapeut, sociální pracovník a konzultační psycholog, psychiatr.

**P o t ř e b a p o ě t u m í s t** všech typů chráněné práce celkem činí nejméně 30 na 100 tisíc obyvatel.

#### 7. Případové vedení

Specializované případové vedení; speciální systémová systematická případová individualizovaná péče; v anglofonním prostředí (*case management*).

Jde o zvláštní nový druh práce s nemocným; mělo by jít o součást běžné praxe všech zařízení, může být však i samostatnou, specializovanou službou (*case management team* - komunitní tým). Poskytuje dlouhodobou individuální pomoc a podporu nemocným, kteří nejsou schopni sami se o své záležitosti postarat. Koordinátor, zodpovědný pracovník programu, případový asistent, asistent (v anglofonním prostředí *case manager*) stanoví pacientovi individuální plán a aktivně se podílí na jeho realizaci a kontrole. Zprostředkuje pacientovi kontakt s dalšími zdravotnickými a sociálními službami. Podle potřeby přebírá za pacienta část zodpovědnosti, pracují společně ve skupině (týmu), aby tak byla zajištěna jejich zastupitelnost.

**P r a c o v n í c i:** sociální pracovník, zdravotní sestra ve spolupráci s psychiatrem, klinickým psychologem.

**P o ě t y:** cca 3 case manažeri na 100 tisíc obyvatel, přičemž jeden pracovník se stará intenzivně o 10 - 15 pacientů.

## PROGRAMY

### PSYCHOGERIATRICKÝ PROGRAM

#### 1. Vymezení a charakteristika skupiny

Úkolem psychogeriatrického programu je všestranná péče o osoby starší pětáše-desátilet, které trpí psychickými poruchami v souvislosti se stárušitím.

Jde o skupinu osob, kde se často kombinuje psychické postižení se somatickými chorobami. Vyznačují se větší míře ošetrovatelskou a somatickou péčí. Někdy jde o poruchy dlouhodobé, jindy jen o přechodné psychické poruchy. Příčinou hospitalizace bývá často sociální izolace a posilpná ztráta soběstačnosti. Někteří postižení sami zdravotnickou péči nevyhledávají. V závažnějších případech jsou postižení vážnou zátěží celé rodiny.

#### 2. Popis současného stavu

V ČR je cca 300 tisíc osob ve věku nad 65 let trpící demencí. Z nich asi 20 % vyžaduje ústavní péči za předpokladu rozvinuté geriatrické a ošetrovatelské a domácí péče.

Část těchto nemocných je hospitalizována na interních a jiných lůžkách zdravotnických zařízení.

Současný systém psychogeriatrické péče je zcela rudimentární.

Prakticky obsahuje jen péči praktického lékaře, geriatrickou péči, péči psychiatrických lůžkových zařízení a nesystematickou péči jednotlivých medicínských oborů o vlastní staré nemocné. Vedle nich působí řada nestátních neziskových a/nebo charitativních organizací, jež se orientují na poradenství, rehabilitaci paměti, náplň volného času.

Drívě byla jedna psychogeriatrická sestra na 8 tisíc obyvatel, tato služba zcela zanikla. Psychogeriatrů je nyní v ambulancích v ČR celkem šest (6).

### 3. Charakteristika potřebné péče

Nezbytné je rozvinutí péče o staré osoby s duševními poruchami pokud možno v jejich vlastním domově. Je nezbytná úzká spolupráce sektoru sociální a zdravotní péče.

Provozně i ekonomicky jsou výhodná zařízení částečné hospitalizace (denní stacionáře, domovinky, denní pobyt). Preferována má být krátkodobá hospitalizace na specializovaných odděleních či stanicích při větších nemocnicích.

O část starých osob s duševními poruchami pečuje sektor sociálního zabezpečení v domovech důchodců, ošetrovatelských domovech aj., o část pečují zdravotnický sektor v LDN, psychogeriatrických odděleních psychiatrických léčebn.

Rodina se starým postiženým občanem by měla mít možnost jeho krátkodobého umístění v ošetrovacím ústavu.

### 4. Síť psychogeriatrické péče se skládá z následujících zařízení

#### Praktický lékař

Je prvním kontaktem s pacientem, často zná jeho (dlouhodobou) předchozí celkovou zdravotní a sociální situaci i jeho rodinné podmínky.

#### Ambulantní péče

##### Psychogeriatrický komunitní tým

Psychogeriatr (+ geriatr), psycholog, geriatrická sestra, sociální pracovnice, rehabilitační sestra. Tým pracuje i formou návštěvní služby a domácí péče. Úzce spolupracuje s všeobecným - rodinným lékařem a s geriatrickými službami. Je bezprostředně napojen na psychogeriatrické seminulární a intramurální služby.

O p t i m á l n ě 1 tým na 100 tisíc obyvatel, minimální varianta 1 tým na 300 tisíc obyvatel.

#### Intermediární péče

Psychogeriatrické stacionáře (tzv. domovinky) - zařízení pro denní psychogeriatrickou péči.

M a x i m á l n í k a p a c i t a 20 pacientů. Provoz zařízení 10 - 20 hodin denně. P e r s o n á l: cca 10 lidí, osm na plný úvazek. Konzilianti: psychogeriatr (z komunitního týmu) a praktický lékař. Plný úvazek: SZP 2krát, pomocný zdravotnický personál 2krát, ošetrovatelky NZP 2krát, rehabilitační sestra 1, sociální pracovnice 1.

O p t i m á l n ě by měla být jedna psychogeriatrická domovinka na 60 tisíc obyvatel.

Existují geriatrické stacionáře, ale by nepřijímají a nebudou přijímat psychogeriatrické pacienty, jsou pro ně moc obtížní. Proto je nezbytná síť specializovaných psychogeriatrických zařízení.

#### Lůžková péče

##### a) Oddělení pro poruchy paměti

Diferenciálně diagnostické pracoviště; krátkodobé pobyt (několik dní) za účelem rychlé diagnostiky, následované rychlým přesunem do dalších indikovaných služeb. Kapacita jednoho zařízení je maximálně 10 lůžek.

P e r s o n á l: psychiatri či neurolog - jeden z nich na plný úvazek, druhý na poloviční, psycholog na plný úvazek, internista - 0,1 úvazek, sociální pracovnice - 1 úvazek, rehabilitační sestra - 1 úvazek. (Jde o personál denní směny, noční služby mohou být zajištěny v rámci provozu celé nemocnice.)

C e l k o v ý p o č e t: 100 lůžek celkem, zhruba jedno zařízení na 1 mil. obyvatel.

### b) Psychogeriatrické oddělení všeobecné nemocnice

Povětšinou součástí psychiatrického oddělení; slouží pro léčbu akutních stavů, pobyt ne déle než pět týdnů. Na oddělení maximálně 20 lůžek.

P o č t y: celkem cca osm oddělení v ČR.

### c) Psychogeriatrické oddělení PL

Mělo by sloužit pouze pro zaležení akutních stavů s maximální délkou pobytu tři měsíce. Další péče by měla probíhat mimo psychiatrická lůžka v ošetrovacích ústavech pro osoby s demencí.

P e r s o n á l: viz tabulka pracovníků lůžkových zařízení.

C e l k o v é p o č t y: v současné době je v PL celkem 2 000 psychogeriatrických lůžek, výhledově by se jejich počet měl snížit na cca 1 300 lůžek (rozvoj ošetrovatelských ústavů).

### d) Ošetrovatelský ústav s psychogeriatrickou péčí

Zařízení pro dlouhodobý pobyt geriatrických pacientů s demencí. Ideálně menší zařízení s 50 lůžky - maximálně 80 lůžek.

P e r s o n á l: psychogeriatr konziliární, dále ošetrovatelský personál, ideálně na jednoho pacienta jeden z personálu.

C e l k o v ý p o č e t: celkem 500 lůžek, tj. 6 - 10 ústavů.

## PĚDOPSYCHIATRICKÝ PROGRAM

### 1. Vymezení a charakteristika skupiny

Pedopsychiatrická péče se týká dětí a adolescentů do 18 let věku. V tomto období se zakládá potenciál pro další životní adaptaci a kvalitu duševního zdraví. Nejčastěji se v tomto období setkáváme s poruchami chování a emočními poruchami. Nejčastější poruchou tohoto věkového období je abnormní anebo chorobná chování. Nemalou část psychických poruch v dětství tvoří převážně vrozené mentální retardace a jejich eventuelní komplikace, dále školní problémy.

### 2. Popis současného stavu

21 % populace je ve věku do 18 let. Odhaduje se, že asi 13 % dětské a dorostové populace během svého vývoje trpí nějakým typem psychické poruchy a mohlo by tedy mít užitek z odborné péče. V České republice existuje více než 110 ambulancí pro děti a dorost, kde pracuje více než 80 lékařů. Lůžková složka pro děti a dorost má kolem 900 lůžek v psychiatrických léčebnách a více než 220 v psychiatrických odděleních nemocnic. Poměrně zanedbaná je ona část péče označovaná jako intermedie, to jest denní stacionáře, krizová centra, chráněná dílna.

### 3. Charakteristika potřebné péče

Většina psychických poruch u dětí a dospívajících je způsobena mnohočetnými faktory, zvláště vrozenými, vývojovými a vývojovými, takže i léčebné přístupy musí využívat kombinované přístupy biopsychosociální povahy. To znamená, že na léčeb-



ném procesu se musí účastnit nejen lékař, ale i psycholog, pedagog, sociální pracovník a další, často formou týmové spolupráce. V terapeutickém procesu hraje důležitou úlohu rodina a případně další sociální a výchovné prostředí, jejichž úlohu je nutné respektovat zejména tam, kde je dítě hospitalizované.

Problematika nemocných má styčná pole a přesahy do různých oblastí medicíny a psychosociální sféry - pedagogické, výchovné, právní. Při stanovování terapeutických a preventivních cílů je nutné respektovat specifika těchto styčných oblastí.

#### 4. *Potřebná síť*

##### a) *Pedopsychiatrická ambulance*

Provádí psychiatrickou diagnostiku a uskutečňuje a zprostředkovává další psychiatrické služby pro děti a dorost ve spolupráci se zdravotníky i nezávodními zařízeními. Provádí dispensarizaci.

O b a z e n í: jeden pedopsychiatr, jeden klinický psycholog, jedna zdravotní nebo sociální sestra na 100 - 150 tisíc obyvatel.

##### b) *Krizové centrum*

V krizových centrech je poskytována pedopsychiatrická péče zaměřená na akutní stavy, event. s možností krátkodobé hospitalizace. Krizové centrum pro děti a dorost může být spojeno s jiným lůžkovým zařízením, případně s krizovým centrem pro dospělé.

Součástí krizového centra (eventuálně i samostatnou jednotkou) může být i specializovaná telefonní linka první pomoci pro děti a dorost. Její provoz pokrývá buď celých 24 hodin, anebo pouze část dne.

Provoz zajišťují *pracovníci rizikových oborů*.

##### c) *Denní stacionáře (denní a odpolední centra)*

Jsou zaměřena terapeuticky, zvláště na reedukaci a rehabilitační programy. Často jsou využívána pro děti se specifickými poruchami učení. Na jejich činnosti se kromě zdravotnických pracovníků podílejí psychologové, speciální pedagogové, logopedi a podobně.

V časově oddělených úsecích mohou tato centra být využívána i pro specifickou práci s adolescenty.

##### d) *Lůžková péče*

- V regionálních nemocnicích (oblast se cca 100 tisíci obyvateli) jsou potřebná malá *diagnosticko-léčebná centra* pro pedopsychiatrické pacienty. Mohou být spojena s pedopsychiatrickou ambulancí, krizovým centrem apod. a disponují 4 - 8 lůžky. Lůžka jsou přirazena většinou k pediatrickému oddělení nemocnice.

##### - *Dětské oddělení psychiatrických oddělení nemocnic*

Vznikají při nemocnicích se spádovou oblastí cca 1 milionem obyvatel. Umožňují diagnostiku a léčbu dětských poruch s poměrně zachovaným kontaktem s rodinou. Těmito odděleními by měli projít všichni dětské pacienty před jejich eventuelním umístěním v psychiatrických léčebnách.

##### - *Dětské psychiatrické léčebny*

Lze očekávat, že při systematickém rozvoji ambulantních a intermedieálních služeb bude možno snížit dosavadní počty lůžek v dětských psychiatrických léčebnách. Pro dětské psychiatrické léčebny jsou indikovány pacienti s komplikovanou zdravotní, školskou a sociální problematikou, kteří vyžadují dlouhodobou zdravotní výchov-

nou péči. Jde vesměs o pacienty, u nichž selhala péče ambulantní, intermedieální i léčba na dětských psychiatrických odděleních.

Mimo specializované dětské psychiatrické léčebny existují ještě dětská oddělení psychiatrických léčeben. Ta jsou určena pro diagnostickou činnost v těch případech, kdy ambulantní vyšetření nepostačuje, a kdy je žádoucí střednědobý pobyt.

## NÁVYKOVÉ STAVY (PROTIDROGOVÁ PÉČE, VČETNĚ ALKOHOLU)

### 1. *Výmezení a charakteristika skupiny*

Pro osoby závislé na všech drogách je charakteristické, že:

- velmi často pomoc a léčbu nevyhledávají samy;
- jsou k léčbě nabádány a nuceny okolím (rodina, rodiče, zaměstnavatel, veřejné orgány);
- komplikace závislosti způsobují u nich závažné zdravotní problémy a důsledky jsou proto často invalidizovány, a to nezdítkou pod jinou, somatickou diagnózou;
- zneužívání drog má i nepřiznivé, až tragické důsledky, v dalších oblastech společnosti (rodina, doprava, trestná činnost aj.);
- výsledky léčby jsou často jen parciální a krátkodobé.

### 2. *Současný stav*

Závislost na alkoholu, ale i dalších drogách a na návykových rizicích, je považována všeobecně za nemoc. Nikoli za typickou (nezaviněnou) nemoc, ale za chorobný stav, který se nemocí velmi podobá.

Péče o osoby závislé přesahuje nejen oblast psychiatrie, ale i celé zdravotnictví.

Pouze odborný a specifický přístup (kombinace medicínských, výchovných, ale i represivních opatření) spolu s prevencí a ve spojení se sítí různorodých zařízení a metod má v rozvinuté společnosti naději na úspěch a na zamezení nemalých škod, které z návykových nemocí vznikají.

Obor návykových nemocí v medicíně se koncem 20. století specializuje, z části se vyčleňuje ze zdravotnictví a zasahuje do řady oborů medicínských (všeobecné lékařství, vnitřní lékařství, neurologie, traumatologie, psychiatrie aj.) i do oborů nemedicínských (školské, kriminální, soudnictví, vězeňství, doprava aj.).

Dosavadní péče o osoby závislé byla svěřena státu a řídila se koncepcí v rámci psychiatrie.

Pro osoby závislé existovala síť AT (alkoholismus - toxikomanie) ordinací (celkem 180), psychiatrická lůžková zařízení a specializované protialkoholní léčebny a záchytné stanice (333 míst v roce 1989).

Od roku 1989 byla tato péče omezena, avšak od roku 1991 se rozšířila o další nestátní zařízení (privátní ordinace psychiatrické a psychoterapeutické, psychologická pracoviště), o nadace a další organizace církevní, svépomocná zařízení aj.

V uplynulých desítkách se průměrná konzumace alkoholu v ČR postupně, ale trvale zvyšovala (z 6,0% litru 100% etanolu na osobu v roce 1960 na 9,5 litru v roce 1992). Podíl osob s alkoholovou závislostí a jejími komplikacemi mezi pacienty psychiatrických lůžkových zařízení byl vysoký (ve střední věkové skupině u mužů činil



až 50 %). Od roku 1990 naopak počet osob léčených pro alkoholovou závislost klesal. Ke změně dochází od roku 1993, kdy se růst průměrné konzumace alkoholu zastavil.

### 3. Charakteristika potřebné péče

Pro úspěšný zásah do léčby závislosti je nezbytná velmi diferencovaná péče podle závažnosti stavu, typu drogy, věku a podobně. Jen různé léčebné principy pochytí co nejvyšší počet závislých osob. Jinými slovy: jsou nezbytné pro různé typy těchto nemocných různé léčebné postupy.

#### Za účinné lze považovat následující způsoby terapie:

- programy časné intervence u osob ohrožených a u osob s počínající závislostí (anonymní poradenství, telefonní pomoc, práce s rodinou, činnost všeobecných lékařů, využití svépomocných manuálů, intervence na vybraných pracovištích, aktivní vyhledávání osob, které mají problémy s návykovými látkami);
- pomoc členům rodiny, v nichž se vyskytuje návyková choroba;
- krátkodobá ambulantní léčba;
- střednědobá nebo dlouhodobá ambulantní léčba, včetně spolupráce se svépomocnou organizací;
- krátkodobá ústavní léčba s navazující léčbou ambulantní;
- středně dlouhá ústavní léčba (3 - 4 měsíce);
- dlouhodobá ústavní léčba ve specializovaném zařízení (6 - 12 měsíců a i více);
- trvalý pobyt v chráněném prostředí;
- detoxikační stanice;
- ambulantní a ústavní ochranná protialkoholní a protitoxikomanická léčba, včetně léčby během výkonu trestu odnětí svobody;
- poskytování pomoci osobám, u kterých nelze dosáhnout odstranění závislosti (tzv. „harm reduction“) a substituční programy.

#### 4. Síť zařízení pro léčbu a prevenci závislosti

Shora uvedené postupy se realizují v zařízeních státní i nestátní sítě, v:

1. *Ordinací, praktických lékařů a lékařů dalších oborů* (s výjimkou psychiatrie). Vyhledávají osoby ohrožené i osoby s již vzniklou závislostí, podléhají se na léčení, eventuelně na doléčování a na dlouhodobém vedení závislých osob.
  2. *Ordinací psychiatrů a klinických psychologů*. Provádějí diagnostiku, ambulantní léčbu a doléčování.
  3. *AT (alcohol-toxikomanie) ordinací*, kde působí stejně jako ad 2.; počet: v celé ČR cca 350 ordinací.
  4. *Tzv. názkoprahových zařízení*, většinou mimo zdravotnických (nadace, svépomocné organizace, občanská sdružení) s volným přístupem a s programem „harm reduction“; počet: 250 tisíc obyvatel.
  5. *Zařízení pro krátkodobou detoxifikaci*, která slouží k zajištění zdravotního dohledu a bezpečnosti pacienta i veřejného pořádku.
  6. *Léčebných zařízení* ke:
    - krátkodobému pobytu (do 6 týdnů) k překonání odvykacích (abstinenčních) stavů - počet: 1 až 2 stanice na 1 mil. obyvatel,
    - středně dlouhému pobytu (3 - 4 měsíce),
    - dlouhodobému pobytu (6 - 12 měsíců a více),
    - k výkonu ústavní ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické,
    - k výkonu zdravotnické péče a léčby v terapeutické komunitě (pro pobytu jeden rok a více), počet celkem: 1500 - 2000 lůžek.
- Z *nadrazoatrických zařízení*, která se podílejí na protitoxikomanické péči, patří zvláště:
- terénní programy pro mládež (uskutečňované v rezortu školství a sociálním),

- zařízení typu „harm reduction“ (omezení škodlivých důsledků u osob neschopných abstinence), např. výměny jehel, akutní pomoc
- zařízení sociální péče, kam se umísťují osoby se somatickými invalidizujícími následky drogových závislostí,
- protitoxigové programy během výkonu trestu odnětí svobody,
- programy v rámci zařízení pro děti a dospívající (např. u dětí s mařenou ústavni výchovou)

Jak typy jednotlivých zařízení, tak i typy uvedených programů se mohou navzájem nejprůběžnějším způsobem kombinovat.

Prevence, zvláště zaměřená na mládež, je nedílnou součástí činnosti všech zařízení. Ve své práci všechna zařízení využívají výhod péče typu denních sanatorií, rodinné, skupinové a individuální psychoterapie, klubů a svépomocných aktivit.

## PROGRAM PRO DLOUHODOBĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

### 1. Vymezení a charakteristika skupiny

Do této skupiny patří osoby s duševním onemocněním, jehož průběh má dlouhodobý charakter a v jehož důsledku již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, či toto nebezpečí hrozí.

Z klinického diagnostického hlediska jde o některé z pacientů s vážnější formou neurotického onemocnění a o velkou část pacientů s diagnostou psychoického onemocnění. Do této skupiny rovněž patří pacienti s primární diagnostou mentálního postižení a přidruženou psychiatrickou diagnostou. Skupina je charakteristická značnou vulnerabilitou svého stavu, vysokou citlivostí na stresové situace různé povahy, rizikem selhávání v běžných životních aktivitách. U osob z této skupiny může docházet ke stavům, kdy v důsledku nemoci nejsou schopny rozpoznávat důsledky svého jednání, nejsou schopny toto jednání samy bezprostředně korigovat a někdy jim schází náhled, i když jsou v akutním stavu nemoci. Dochází k situacím, kdy samy pomoc nevyhledávají, i když jsou v akutním stavu nemoci. Pacienti z této skupiny si často nejsou schopni hájit své zájmy a své práva. Onemocnění těchto osob může znamenat vysokou zálež pro rodinu a nejbližší okolí, na druhé straně postoj rodiny mohou ovlivnit průběh onemocnění.

### 2. Popis současněho stavu

Pacienti této skupiny tvoří až 40 % klientely psychiatrických léčeben a jsou skupinou, která tvoří velký podíl klientely mnoholetých a dlouhodobých hospitalizací. Péče o tyto pacienty se v současné době odehrává převážně v psychiatrických léčebnách, v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a v psychiatrických ambulancích. Další typy péče, zvláště pak ty, které jsou orientované na readaptaci pacientů v běžných životních podmínkách, jsou zatím rozvinuty minimálně.

### 3. Charakteristika potřebné péče

Nejsou známy specifické efektivní způsoby primární prevence. Významná je však sekundární a terciární prevence, které jsou schopny výrazně snížit negativní průběh nemoci a jeho sociální dopady na nemocného. Jde o včasnou pomoc ve všech oblastech psychologických, sociálních a pracovních funkcí. Péče musí být uspořádána tak, aby v rámci léčení docházelo co nejméně ke ztrátě kontaktu pacienta s jeho běžným životním prostředím, aby pomoc byla maximálně nasměrována na pomoc přímo v běžných životních podmínkách.