

# SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH V PODMÍNKÁCH PARDUBICKÉHO KRAJE

**Petr Hejzlar**

Občanské sdružení Péče o duševní zdraví – region Pardubice a Pardubická krajská nemocnice a.s., Psychiatrické oddělení

**Abstract:** *The article concerns with social integration of mentally ill persons in Pardubice region. This text emphasises the cooperation between psychiatric and social services as an assumption for social integration. Capacity and accessibility issues are discussed. Obstacles to deeper social integration of mentally ill persons are introduced both at governmental and regional level. Finally author proposes the possibilities how these barriers could be broken through.*

**Keywords:** *Social rehabilitation, community psychiatry, deinstitutionalisation.*

## 1. Úvod

V Pardubickém kraji je ročně ambulantně psychiatricky ošetřeno bezmála 19 tisíc případů [1]. Psychiatrická nosologie je široká, nicméně zjednodušeně lze označit čtyři hlavní okruhy duševních nemocí a poruch, jejichž nositelé se často neobejdou bez profesionální sociální podpory.

Prvním okruhem jsou organické duševní poruchy, především demence, s maximem výskytu v seniorském věku. Sociální péče o ně má nejčastěji rezidenční charakter a nejbližším spolupracujícím medicínským oborem je geriatric, nikoliv psychiatrie. Na opačném konci věkového spektra jde o mentální retardace a příbuzné poruchy psychického vývoje. Ani zde nehraje psychiatrie klíčovou roli, když větší vliv mají obory speciální pedagogiky a pediatrie. Třetí velký okruh tvoří závislosti, ať už na alkoholu nebo ilegálních psychotropních látkách. Klíčovým oborem je zde adiktologie, která z psychiatrie vychází, ale zahrnuje nejen medicínské, nýbrž i specializované sociální služby.

Čtvrtou velkou skupinou jsou onemocnění, jež tvoří tzv. velkou psychiatrii, ne zcela správně souhrnně označované jako psychózy. Zde zařadíme diagnózy schizofrenního okruhu a část průběhu a forem afektivních poruch. Ve svém příspěvku se zabývám sociálním začleňováním právě této skupiny nemocných.

Onemocnění z této skupiny často propuknou v adolescenci nebo ranné dospělosti ještě než se dostatečně rozvinuly sociální dovednosti v širokém slova smyslu. Nemoc probíhá u většiny případů celoživotně a přináší významné postižení zvláště v oblasti kognitivních funkcí, nikoliv ve smyslu demence. Vzniklé postižení negativně ovlivňuje úroveň sociální a pracovní výkonnosti, přináší výkonové zneschopnění. Když připočteme vliv sociálního handicapu s hlavním podílem stigmatizujících společenských předsudků, uzavírá se pomyslný kauzální kruh a výsledkem je sociální izolace psychotiků.

Při vyslovení pojmu sociální integrace duševně nemocných si většina laiků, ale i mnoho odborníků, představí spíše dramatické případy násilí, bezdomovectví a abusu návykových látek. Skutečnost je ovšem taková, že v naprosté většině případů jde o nemocné, kteří trpí frustrací osobních potřeb, sociální izolací a odmítáním svého, i nejbližšího, okolí. Hlavním úkolem sociálních služeb proto není „pacifikovat“ nepřizpůsobivé duševně choré, aby s nimi jejich okolí „nemělo problémy“. Hlavní úkol spočívá v pomoci nemocným, o jejichž sociální

desintegraci společnost nemá dostatečný obrázek. Jde o pomoc ve zprostředkování relevantních sociálních kontaktů, prosazení osobních zájmů a potřeb a zvýšení samoty potřeby k nezávislému životu.

Jestliže se, jak doufám, shodneme, že nárok na respektující individuální přístup mají i duševně nemocní, pak je logické, že se musí měnit dosavadní hlavní způsob organizace péče o ně. Koncept velkých psychiatrických azylů z 19. století, jehož jsou současné psychiatrické léčebny pozůstatkem, obsahoval nejen medicínské, ale i sociální řešení, totiž přemístění nemocného z jeho přirozeného prostředí do prostředí chráněného (a izolujícího). Jestliže je dosud 89% psychiatrických lůžek právě ve velkých léčebnách [2], znamená to, že tento systém supluje adekvátní sociální péči o nemocné v místě jejich bydliště.

Zatímco v mnoha západních zemích proběhla někdy komplikovaná, ale ve výsledcích v zásadě úspěšná deinstitutionalizace [3,4,5,6,7,8], u nás jsme stále na začátku. Na jedné straně z iniciativy především neziskových organizací vznikaly a vznikají nové komunitní služby pro duševně nemocné, na straně druhé stále dominuje léčebenská institucionální péče. Tento příspěvek chce popsat, jak jsme na tom v Pardubickém kraji s pokroky na cestě ke komunitní psychiatrii [9], tedy integrovanému sociálně zdravotnímu systému péče o psychotické pacienty.

## 2. Formulace problematiky

### 2.1. Přehled situace v Pardubickém kraji

Jak už vyplývá z úvodu, ve svém příspěvku budu pojednávat péči zdravotnickou a sociální jako jeden spojitý celek. Vycházím z obecně sdíleného názoru a zkušeností, že sociální faktory úzce ovlivňují průběh duševní poruchy a naopak. Proto i nástroje pomoci v různých segmentech (zdravotnictví, sociální služby) by spolu měly úzce souviset. Že tomu tak v praxi mnohde není, je jiná věc.

„Lidé s duševním onemocněním jsou jednou z cílových skupin, jež se nachází na pomezí působnosti více resortů, přičemž řešení její nepříznivé sociální situace vychází ... z konceptu multidisciplinárního řešení, síťování a koordinované spolupráce“; tolik strategický materiál „Priority rozvoje sociálních služeb“ vytvořený Ministerstvem práce a sociálních věcí [10].

#### 2.1.1. Situace ve psychiatrické péči

Podle materiálu „Střednědobá koncepce zdravotnictví Pardubického kraje“ [11] patří Pardubický kraj mezi 3 v ČR s největší migrací za hospitalizací, která zde celkově činí 20%. Zdaleka největší je v oboru psychiatrie, kde činí dokonce 50,5%. 1 290 hospitalizací psychiatricky nemocných ročně se uskuteční mimo území Pardubického kraje. Největším cílem hospitalizační migrace jsou spádové psychiatrické léčebny, především Havlíčkův Brod. Na rozdíl od jiných oborů, např. neurochirurgie, ale duševně nemocní necestují za hospitalizací jinam, protože by tam byla péče lepší nebo specializovanější. Skutečným důvodem je mizivá kapacita akutní a zvláště následné psychiatrické lůžkové péče v kraji. Gerontopsychiatrická, pedopsychiatrická a adiktologická lůžka zde přitom chybí zcela. V České republice je celkem 11 259 psychiatrických lůžek [2]. V Pardubickém kraji sice žije asi 5% obyvatel ČR, ale připadá na ně pouze zhruba 0,8% z kapacity psychiatrických lůžek, neboť zdejší lůžka zařízení disponují pouze 91 lůžkem!

V České republice funguje 35 denních stacionářů pro duševně nemocné pacienty [12]. V Pardubickém kraji je pouze jediný, a to v krajském městě. Je to škoda, protože tato intermedieární zařízení mohou efektivně propojovat klinické a sociální intervence. Širší

přehled činnosti denních stacionářů v ČR poskytla v poslední době multicentrická studie EDEN. Sociální rehabilitace patří k nejčastějším funkcím denních stacionářů vedle doplnění ambulantní péče a poskytování psychoterapie [13]. Stacionář tak může mít velký význam pro sociální začleňování psychotiků [14].

Pod úrovní průměru ČR je také přepočtený počet psychiatrických ambulancí na počet obyvatel. Nejhorší situace je v okrese Ústí nad Orlicí [1].

### 2.1.2. Epidemiologie – upřesnění velikosti cílové skupiny

Z praktického hlediska použijí jako ukazatel velikosti cílové skupiny údaje o počtu prvních ošetření, který může vypovědět více než obecné údaje o prevalenci chorob. Tabulka č. 1 uvádí údaje z roku 2005 [1].

Tab. č. 1

| Vybraná onemocnění (diagnóza MKN-10)        | Pardubický kraj<br><br>absolutně | Na 10 000 obyvatel |        |
|---|----------------------------------|--------------------|--------|
|   |                                  | Pardubický kraj    | ČR     |
| Organické poruchy F0                        | 2 580                            | 51,03              | 49,56  |
| Poruchy vyvolané návykovými látkami F1      | 949                              | 18,77              | 38,28  |
| Schizofrenie F2                             | 2 118                            | 41,89              | 40,19  |
| Afektivní poruchy F3                        | 4 378                            | 86,60              | 88,43  |
| Neurotické poruchy F4                       | 6 332                            | 125,25             | 173,61 |
| Poruchy osobnosti F6                        | 798                              | 15,78              | 25,41  |
| Mentální retardace F7                       | 1 126                            | 22,27              | 16,66  |
| Vývojové poruchy v dětství a adolescenci F8 | 803                              | 72,28              | 96,71  |

Jak již bylo sděleno v úvodu, předmětem článku je sociální začleňování pacientů s psychózami a afektivními poruchami. Zdaleka ne všichni, kteří takto onemocní, nutně potřebují využít sociální služby. U některých klientů potřeba chybí díky mírnému průběhu nemoci, u jiných dobře funguje rodinné zázemí. Zjistit přesné počty potřebných není jednoduché a autorovi příspěvku není známa žádná obecně přijímaná metodika výpočtu. Nezbyvá než vyjít z klinických zkušeností a počet kvalifikovaně odhadnout, viz tabulka č. 2. Tento postup není sice metodicky správný, ale z praktického hlediska přijatelný.

**Tab. č. 2**

| <b>Výpočet z počtu evidovaných prvních ošetření pro danou diagnostickou skupinu</b> |                              |
|---|------------------------------|
| polovina lidí se schizofreniemi potřebuje sociální pomoc                            | $2\ 118 \times 0,5 = 1\ 059$ |
| pětina lidí s afektivními poruchami potřebuje sociální pomoc                        | $4\ 378 \times 0,2 = 876$    |
| <b>Celkem</b>   | <b>1 935</b>                 |

**2.1.3. Situace v oblasti sociálních služeb pro duševně nemocné**

Duševně nemocní jsou v přístupu k sociálním službám omezeni tím, že řada poskytovatelů duševní nemoc uvádí jako kontraindikaci pro poskytování svých služeb. Naštěstí v Pardubickém kraji funguje řada poskytovatelům, jejichž služby jsou primárně určeny duševně nemocným. Přehled poskytovaných služeb a poskytovatelů ukazuje tabulka č. 3. Názvosloví služeb podle zákona o sociálních službách je někdy zavádějící a proto většinou volím popisnější alternativní označení.

**Tab. č. 3**

| <b>Okruh služeb</b> |                              | <b>Poskytovatelé</b>  |
|---------------------|------------------------------|---|
| <b>Rezidenční</b>   | Domov se zvl. režimem        | - Domov na hradě Rychmburk (obec Předhradí)<br>- Domov U Kostelíčka (Pardubice)                                       |
|                     | Tréninkové bydlení           | - Péče o duševní zdraví (Pardubice)   |
| <b>Stacionární</b>  | Pracovní rehabilitace, dílny | - CEDR Pardubice o.p.s<br>- Péče o duševní zdraví – Výměník (Pardubice)<br>- Otevřené dveře, Oblastní charita Polička |
|                     | Volnočasové kluby            | - Péče o duševní zdraví (2x Pardubice, 1x Chrudim)<br>- CEDR (Pardubice, Žamberk)<br>- Fokus Vysočina (Hlinsko)       |

|                |  |   |
|----------------|--|---|
|                |  | - Otevřené dveře, Oblastní charita Polička  |
| <b>Mobilní</b> | Case management, regionální mobilní týmy | - Péče o duševní zdraví (Pardubice, Chrudim, Ústí n.Orl.)<br>- Fokus Vysočina (Hlinsko) |

Uvedené služby mají sociálně rehabilitační funkci. Poskytovatelé Péče o duševní zdraví a Fokus Vysočina disponují mobilními regionálními týmy, které ve své praxi využívají metody case managementu [15] a psychosociální rehabilitace [16,17]. Oba zmínění poskytovatelé jsou také nejvyspělejší ve způsobech hodnocení efektivity své činnosti, o čemž svědčí např. systematické využívání Camberwellského dotazníku potřeb (CAN-C) [18]. Co do kapacity je Péče o duševní zdraví největším poskytovatelem sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním Pardubického kraje. Organizace také úzce spolupracuje s psychiatrickými zařízeními, např. formou multidisciplinárních porad na půdě psychiatrických oddělení v Pardubicích či Žamberku.

V posledních 5 letech výrazně narostl počet služeb, jejich kapacita a místní dostupnost. Naplňují se tak strategické dokumenty Střednědobý plán sociálních služeb [19], ale i Zdraví 21 [20]. V okresech Pardubice a Chrudim prozatím kapacita a dostupnost služeb výrazně převyšuje možnosti v okresech Svitavy a Ústí nad Orlicí.

#### **2.1.4. Porovnání kapacit sociálních služeb s velikostí reálné cílové skupiny**

Přes pozitivní vývoj posledních let stávající kapacity sociálních služeb pro duševně nemocné v kraji nedostačují. Upřesnění celkové kapacity v kraji je složité. Zdrojem informací je především registr poskytovatelů sociálních služeb [21]. Zde jsou ovšem uváděny momentální kapacity, nikoliv roční. Slučování kapacit ambulancí a rezidenčních služeb je poněkud zavádějící, ale pro základní porovnání kapacit a velikosti cílové skupiny tento postup postačí. Následující tabulka obsahuje přehled kapacit, jak je uvádí registr.

**Tab. č. 4**

| <b>Poskytovatel sociálních služeb</b> | <b>Kapacita</b> |
|---------------------------------------|-----------------|
| Péče o duševní zdraví                 | 260             |
| Domov U Kostelíčka, Pardubice         | 141             |
| Fokus Vysočina – středisko Hlinsko    | 70              |
| Domov na hradě Rychmburk, Předhradí   | 64              |

|   |            |
|---|------------|
| CEDR Pardubice o.p.s.                     | 58         |
| Péče o duševní zdraví – SOJ Výměník       | 22         |
| Oblastní charita Polička - Otevřené dveře | 13         |
| <b>Celkem</b>                             | <b>628</b> |

Z porovnání vyplývá, že kapacita služeb v kraji (628 osob) je zhruba na 1/3 potřebné velikosti (reálná cílová skupina kvalifikovaným odhadem = 1935 osob).

## 2.2. Shrnutí problematiky

Pardubický kraj má nedostatečnou kapacitu lůžkových psychiatrických zařízení. Dlouhodobé hospitalizace ve vzdálených léčebnách odtrhávají nemocné od reality a vztahů v ní. Návrat domů je komplikovaný a riziko recidivy sociálních potíží vysoké. Máme nedostatek míst v denních stacionářích a podprůměrnou síť psychiatrických ambulancí.

Kapacita sociálních služeb roste, ale není dostatečná. Hospitalizační migrace komplikuje i výkonost sociálních služeb. Přebírat do péče nemocné ze vzdálených lokalit je organizačně náročné a málo efektivní. Včasná návaznost zdravotní péče na sociální ve výsledku znamená snížení počtu hospitalizací a zkrácení jejich délky [22].

## 3. Řešení problému

Řešení problému musíme vztahovat k jeho příčinám. Ty lze rozdělit dvou skupin, na celostátní a regionální.

### 3.1. Překážky začleňování duševně nemocných na celostátní úrovni

#### 3.1.1. *Nevyhovující systém zřizování lůžkových psychiatrických zařízení*

Velké psychiatrické léčebny jsou zřizovány přímo státem prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví. Z podstaty tak nemohou reagovat na regionální potřeby a krajská samospráva na jejich fungování nemá přímý vliv. Do budoucna je potřeba systém změnit, aby tato zařízení spadala do kompetence krajů.

#### 3.1.2. *Nevyhovující úhrady zdravotní péče*

Výše úhrad ze zdravotního pojištění na akutní lůžkovou psychiatrickou péči je výrazně nižší než na následnou. Proto téměř 20 let nevznikají nové lůžkové psychiatrické kapacity ve všeobecných nemocnicích. Obdobná situace je u úhrad za denní stacionáře. V sazebníku výkonů jsou již uvedeny výkony psychiatrických terénních sester, ale VZP nové smlouvy neuzavírá. Domácí psychiatrická péče by přitom vhodně doplnila mobilní sociální týmy. Péče v terénu by se tak stala více multidisciplinární. Kraje by měly více využívat svých možností, jak tento stav ovlivnit.

## **3.2. Překážky začleňování duševně nemocných na regionální úrovni**

### **3.2.1. Nedostatečná kapacita lůžkových psychiatrických zařízení**

Pardubický kraj by se měl zabývat situací, kdy je ročně bezmála 1300 případů psychiatricky nemocných hospitalizováno daleko od svých bydlišť. Cestou řešení je buď zřít nová psychiatrická lůžková zařízení na území kraje, nebo (ještě vhodnější) rozšířit ta stávající. Druhá varianta by současně mohla řešit naprosto nevyhovující ubytovací standard některých zařízení v kraji (Žamberk, Svitavy).

### **3.2.2. Nedostatečná kapacita sociálních služeb pro duševně nemocné**

V nejbližších letech by bylo potřeba zřít terénní tým také pro okres Svitavy. Ve všech okresech bude potřeba zřít další rezidenční zařízení pro duševně nemocné, nejspíše formou chráněného bydlení. Domovy se zvláštním režimem jsou svojí povahou příliš institucionální a koncentrují mnoho nemocných na jednom místě. Alternativou by bylo budovat „ústavy“ nikoliv jako velké budovy, nýbrž soubor menších obytných jednotek v běžné zástavbě. V okresech Chrudim, Ústí a Svitavy chybí sociálně terapeutické a chráněné dílny k zaměstnávání duševně nemocných.

## **4. Závěr**

Z popisu překážek i navržených řešení vyplývá, že jde o záležitost organizačně náročnou a finančně nákladnou. Situace se nevyvíjí dynamičtěji patrně proto, že se zde střetává příliš mnoho zájmů a rozdílných názorů odborných i politických. Oblast pomoci duševně nemocným také trpí absencí jasného veřejného zadání, jak má budoucí systém vypadat. Nelze donekonečna spoléhat na iniciativnost neziskových organizací, aktivněji by se k celé věci měla postavit zejména krajská samospráva. Každopádně půjde o dlouhý proces změn. Jako autor příspěvku na závěr s nadsázkou uvedu své zbožné přání, abych se celistvého a funkčního systému dožil ještě před svým odchodem do důchodu (2035).

### **Použité zdroje:**

- [1] Informace ze zdravotnictví krajů č.08/06 – Psychiatrie vč. AT a sexuologie činnost v Pardubickém kraji v roce 2005. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2006. 7s. Dostupné na [www.uzis.cz/download.php?ctg=20&region=53&mnu\\_id=3953&mnu\\_action=select](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&region=53&mnu_id=3953&mnu_action=select)
- [2] Psychiatrická péče 2008. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2009. 104s. ISBN 978-80-7280-852-6.
- [3] Kopelowicz A, Liberman RP. Integration of care: integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. Psychiatr. Serv. 2003; 54(11): 1491-1498.
- [4] Maone A, Rossi E. Care in the Community in Italy Twenty-five Years After the Psychiatric reform. International Journal of Mental Health Winter 2002-3; 31(4): 78-89.
- [5] Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. The TAPS Project. A report on 13years of research 1985-1998. Psychiatric Bulletin 2000; 24(5): 165-168.

- [6] Onyett SR, Tyrer P, Connolly J, et al. The Early Intervention Service: the first 18 months of an inner London demonstration project. *Psychiatric Bulletin* 1990; 14(5): 267-269.
- [7] Olsson M. Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 46 (6): 634 – 631.
- [8] Bond GR, Miller LD, Krumweid RD, Ward RS. Assertive case management in three
- [9] CMHCs: a controlled study. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39(4): 411 – 418.
- [10] Thornicroft G, Szmuckler G, eds. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press 2001. 585 s.
- [11] Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, odbor sociálních služeb a sociálního začleňování. *Priority rozvoje sociálních služeb – pracovní materiál*: s.14. Praha 2009.
- [12] *Střednědobá koncepce zdravotnictví Pardubického kraje*. Pardubice: Krajský
- [13] úřad Pardubického kraj 2010. 100s. Dostupné na [www](http://www.pardubickykraj.cz/document.asp?thema=4015&category=):  
<http://www.pardubickykraj.cz/document.asp?thema=4015&category=>
- [14] Pěč O, Koblík K, Lorenc J, Beránková A. Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí. *Čes. a slov. Psychiat.* 2003; 99(S2): 10-15.
- [15] Kitzlerová E, Pěč O, Raboch J, Howardová A, Stárková L, Baková N, Sekot M,
- [16] Peichlová J. Mapování denních stacionářů v České republice. *Čes. a slov. Psychiat.* 2003; 99(6): 299-305.
- [17] Nondek M, Dočkalová E, Preiss P, Motlová L. Efektivita denního stacionáře u pacientů s diagnózou ze schizofrenního okruhu. *Psychiatrie* 2009; 13(1): 4-9s.
- [18] Stuchlík J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2001.
- [19] Antony WA, Cohen M, Farkas M, Cagne Ch. *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Trustees of Boston University 2002. 406 s.
- [20] Wilken JP, Hollander D. *Rehabilitation and Recovery*. Amsterdam: SWP Publishers 2005. 262 s.
- [21] Probstová V, Šelepová P, Dragomirecká E, Kalvoda H, Sochorová G, Pěč O. *Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2006.
- [22] *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2008 – 2010*. Pardubice: Krajský úřad Pardubického kraj 2008. 99s. Dostupné na [www](http://www.pardubickykraj.cz/document.asp?thema=3788):  
<http://www.pardubickykraj.cz/document.asp?thema=3788>
- [23] *Program Zdraví 21 v podmínkách Pardubického kraje*. Pardubice: Krajský úřad
- [24] Pardubického kraj 2006. 86s. Dostupné na [www](http://www.pardubickykraj.cz/article.asp?thema=3819&item=50484):  
<http://www.pardubickykraj.cz/article.asp?thema=3819&item=50484>
- [25] *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Dostupné na [www](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1274018956068_1):  
[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1274018956068\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1274018956068_1)



- [26] Pěč O. Vliv některých regionálních služeb na délku hospitalizace, In: Vyhodnocení tří regionálních modelů komunitní péče o duševně nemocné, CRPDZ Praha 1998, Edice Terénní modely: 48-56.

**Kontaktní adresa:**

MUDr. Petr Hejzlar  
Péče o duševní zdraví – region Pardubice  
Bělehradská 389, 530 09 Pardubice  
Email: reditel@pdz.cz  
Tel: +420 777 915 740