

Reforma

systemu psychiatrické péče:

mezinárodní politika, zkušenost a doporučení

Petr Winkler, Filip Španiel, Ladislav Csémy, Miroslava Janoušková, Linda Krejníková



Psychiatrické centrum Praha, 2013





Psychiatrické centrum Praha

Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení

Petr Winkler, Filip Španiel, Ladislav Csémy, Miroslava Janoušková, Linda Krejníková



Psychiatrické centrum Praha, 2013

Publikace byla podpořena Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci tvorby Strategie reformy psychiatrické péče.

Autoři:

PhDr. Petr Winkler, Psychiatrické centrum Praha, Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy

MUDr. Filip Španiel, Ph.D., Psychiatrické centrum Praha

PhDr. Ladislav Csémy, Psychiatrické centrum Praha

Mgr. et Mgr. Miroslava Janoušková, Fakulta sociálních studií Masarykovy Univerzity

Ing. Linda Krejníková, Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy

Recenzenti:

Prim. MUDr. Ivan Tůma, CSc., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

MUDr. Pavel Vepřek, o.s. Občan

Obsah

Úvod	7
Základní pojmy	8
1. Zátěž v důsledku duševních onemocnění	9
2. Politika a trendy v úsilích o reformy systémů péče o duševní zdraví	13
3. Základní komponenty systému péče o duševní zdraví	17
3.1 Služby	18
3.2 Financování	20
3.3 Vzdělávání	21
3.4 Prevence	21
3.5 Výzkum	22
3.6 Legislativa	22
4. Mezinárodní zkušenosti s reformou systému psychiatrické péče	23
4.1 Základní komparace jednotlivých evropských zemí v základních ukazatelích stavu péče o duševní zdraví	24
4.2 Komparace jednotlivých evropských zemí v základních ukazatelích stavu péče o duševní zdraví za pomoci sociomap	31
4.3 Komparace různých aspektů psychiatrické péče v jednotlivých evropských zemích na základě dostupných mezinárodních studií	35
4.4 Popis psychiatrické péče ve vybraných zemích EU	41
4.4.1 Belgie	41
4.4.2 Dánsko	41
4.4.3 Francie	42
4.4.4 Itálie	43
4.4.5 Maďarsko	44
4.4.6 Německo	45
4.4.7 Nizozemsko	46
4.4.8 Portugalsko	46
4.4.9 Rakousko	47
4.4.10 Řecko	48
4.4.11 Spojené království	48
4.4.12 Španělsko	49
4.4.13 Švédsko	50

4.5	Ověřená opatření / intervence / programy / služby	51
5.	Doporučení pro reformu psychiatrické péče v ČR	53
	Závěr	57
	Shrnutí, Summary	58
	Literatura	60
	Seznam použitých zkratk	66
	Seznam schémat, tabulek, grafů a sociomap	67

Úvod

Předkládaná práce se věnuje systémům psychiatrické péče v Evropských zemích, přičemž se neomezuje na pouhý popis jejich komponent, ale zabývá se také kořeny evropské politiky, zkušenostmi s reformními procesy a především také komparací jednotlivých systémů a jejich základních ukazatelů.

Práce je uvedena analýzou nákladů a zátěže způsobované duševními onemocněními, která vycházejí z aktuálně nejlepších dostupných studií. Následuje přehled evropského politického diskurzu a historie reformních snah, který se zakládá jak na analýze relevantních textů Světové zdravotnické organizace (WHO) a Evropské unie (EU), tak na analýze odborných článků nalezených pomocí řetězce klíčových slov (psychiatric & reform, mental health care & reform, evidence-based & mental health, evidence-based & psychiatry, deinstitutionalization & psychiatry, deinstitutionalization & mental health) v databázích Pubmed a Web of Knowledge. Další část se z většiny zakládá na všeobecně uznávaných učebnicích a příručkách a věnuje se problematice jednotlivých komponent, z nichž se systém psychiatrické péče skládá.

Samotná komparace je rozdělena do tří částí. První část analyzuje data dostupná z různých veřejných zdrojů, především z WHO. Data jsou zpracována nejprve běžným způsobem za pomoci přehledných grafů a tabulek a vzápětí také za pomoci sofistikované inovativní metody tzv. sociomap, které umožňují integrovat vyhodnocení většího množství údajů do jednoho obrázku – sociomapy. Druhá, komplementární část komparace vychází ze specializovaných studií realizovaných ve všech nebo v několika zemích EU a speciálně věnovaných vybraným aspektům psychiatrické péče. Třetí část komparace argumentuje, že pro na důkazech založený (evidence-based) rozvoj systému psychiatrické péče v ČR je nezbytné identifikovat jednotlivé komponenty péče, které se v zahraničních studiích opakovaně ukázaly jako efektivní

a cost-efektivní, tyto pak konfrontovat se specificky českým prostředím a na základě tohoto postupu kompletovat „mental health matrix“, který by měl být základem pro reformu systému psychiatrické péče v ČR. Tato třetí část komparace zůstává ve fázi výzkumného záměru, přičemž zdůvodňuje a načrtává žádoucí směr dalších analýz.

Komparativní část je posléze doplněna případovými studii o stavu psychiatrické péče a reforem ve vybraných zemích EU.

V poslední kapitole jsou uvedena doporučení pro rozvoj a reformu psychiatrické péče v ČR, která jsou odvozena jak ze systematické analýzy zpráv a doporučení odborných institucí, tak z nového akčního plánu pro Evropu, jehož finální verzi právě dokončuje WHO.

Předkládaná studie byla iniciována Ministerstvem zdravotnictví České republiky a vznikla v rámci tvorby strategie pro reformu psychiatrické péče v ČR.

Základní pojmy

Reforma systému psychiatrické péče

Komplexní transformace systému psychiatrické péče včetně prevence, vzdělávání, financování atd.

Deinstitucionalizace psychiatrické péče

Transformace pouze segmentu systému psychiatrické péče, kdy primárním cílem je přesun těžiště od dlouhodobé ústavní péče směrem k péči komunitní.

Reinstitucionalizace psychiatrické péče

Situace, která v některých státech nastala v důsledku nezvládnuté deinstitucionalizace psychiatrické péče, kdy došlo k většímu přesunu psychiatrických pacientů z jednoho typu institucí (psychiatrických léčeben) do jiného typu institucí (ústavy sociální péče, vězení atp.). Někdy se používá též pojmu transinstitucionalizace.

Na důkazech založený rozvoj systému péče o duševní zdraví

Proces rozvoje systému péče o duševní zdraví, který vychází z dostupných důkazů o efektivitě a cost-efektivitě jednotlivých služeb / programů / intervencí, zavádí se pouze osvědčená opatření, jejichž efektivita se dále vyhodnocuje, v potaz se berou i politické diskurzy, na jejichž základě se systémy budují a rozvíjejí.

Vyvážený model péče (balanced care model)

Systém péče o duševní zdraví, kde (a) služby reflektují priority uživatelů a těch, kteří o ně pečují, (b) existuje vyvážený poměr mezi komunitními a nemocničními (konvenčními) službami, (c) služby jsou poskytovány blízko bydliště, (d) existuje vyvážený poměr mezi stacionárními a mobilními službami, (e) intervence se zaměřují jak na symptomy, tak na disabilitu, (f) léčba specificky odpovídá na potřeby (podle Thornicroft, Tansella & Law, 2008).

1. Zátěž v důsledku duševních onemocnění

Některým z duševních onemocnění je v Evropě každý rok zasaženo přibližně 38,2 % obyvatel (Wittchen et al., 2011). Celkové relevantní náklady byly za rok 2010 konzervativně odhadnuty na 461 miliard eur, přičemž jako nejvíce nákladné vyšly poruchy nálady (€ 113 mld.), demence (€ 105 mld.) a psychotická onemocnění (€ 94 mld.) (Gustavsson et al., 2011). Co se týče nejvýznačnějšího souhrnného ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva vyjadřujícího deficit ve zdraví, tedy počtu roků života vážených disabilitou (DALY) [schéma 1], představují duševní onemocnění v zemích EU enormní zátěž, kdy se podílem na celkových DALY za veškerá onemocnění pohybují v rozmezí od 19,9 % v Rumunsku až po 35,6 % ve Švédsku [graf 1] (WHO, 2012). Samotná deprese je přitom v západní čtvrtou a ve střední a východní Evropě pátou nejvýznamnější příčinou DALY (Murray et al., 2012), sebevraždy jsou pak zvláště u mladých lidí jednou z hlavních příčin předčasných úmrtí v Evropě (Lozano et al., 2012). Pouze asi třetině všech zasažených nějakým duševním onemocněním se dostane léčby, ta ovšem často přichází pozdě a nedrží se doporučených vodítek (Nutt, 2011).

Ve střednědobém horizontu se v rovině epidemiologické i ekonomické očekává významné zvyšování zátěže působené duševními onemocněními, především právě u deprese a v důsledku stárnutí populace také u demencí (Murray et al., 2012; Wittchen et al., 2011).

Společenská zátěž v důsledku duševních onemocnění v Evropě

- Některým z duševních onemocnění je v Evropě každý rok zasaženo přibližně 38,2 % obyvatel (Wittchen et al., 2011).
- Celkové náklady byly za rok 2010 konzervativně odhadnuty na 461 miliard eur (Gustavsson et al., 2011).
- Duševní onemocnění v zemích EU se podílí na celkových DALY za veškerá onemocnění v rozmezí od 19,9 % v Rumunsku až po 35,6 % ve Švédsku.
- Pouze třetině všech zasažených duševním onemocněním se dostane léčby.

DALY (Disability Adjusted Life Years)

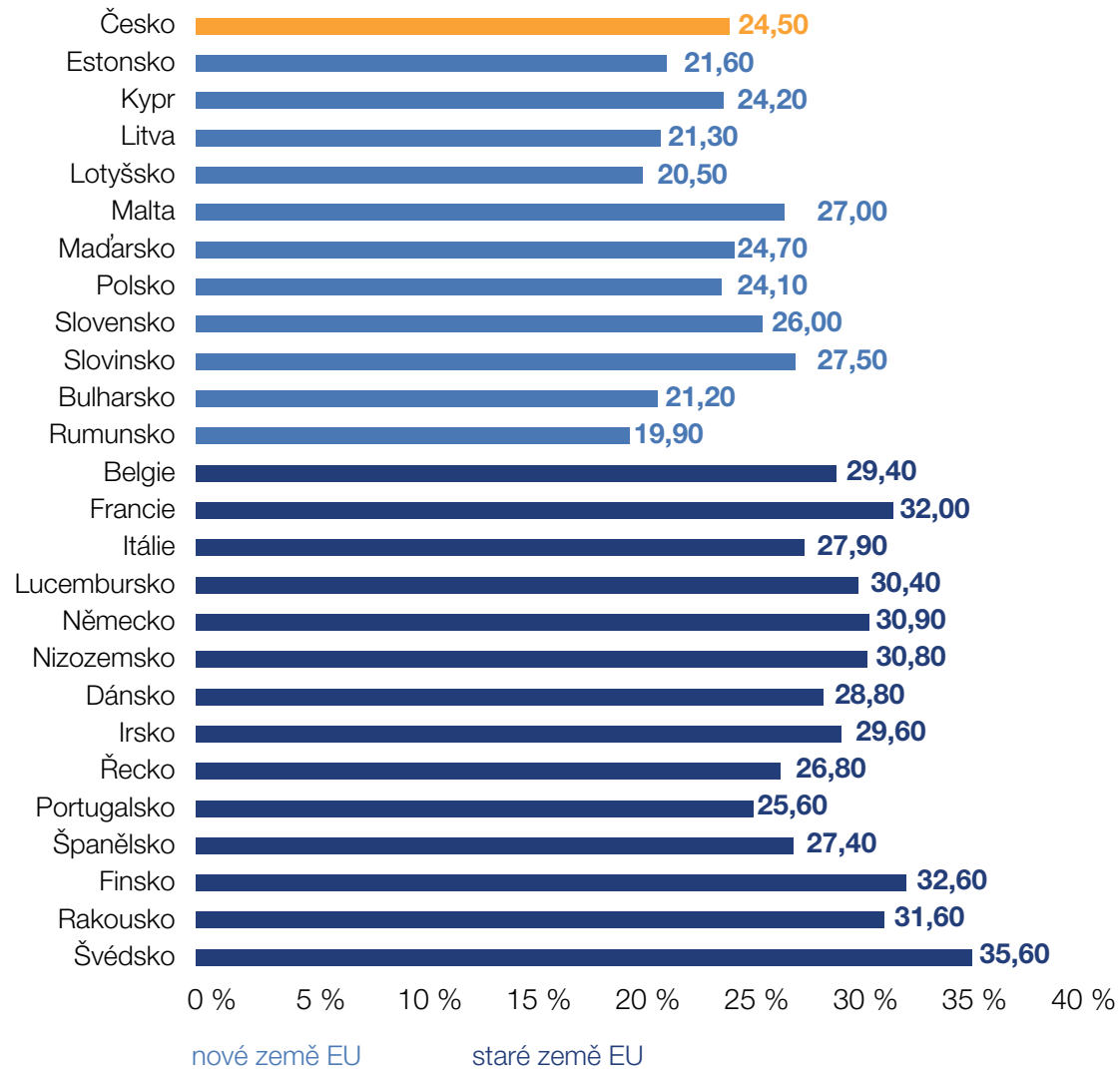
Roky života vážené disabilitou vyjadřují celkovou zátěž způsobenou onemocněním a vyjádřenou součtem počtu ztracených let v důsledku narušeného zdraví, disability nebo předčasného úmrtí

= **YLD**
roky ztracené životem
s disabilitou

+ **YLL**
roky ztracené
předčasnými úmrtími



Schéma 1: DALY, roky života vážené disabilitou (zdroj: Wikimedia Commons)



Graf 1: Podíl DALY způsobených duševními onemocněními na celkovém počtu DALY za všechny skupiny onemocnění v nových a starých zemích EU (WHO, 2011)

2. Politika a trendy v úsilích o reformy systémů péče o duševní zdraví

Kvůli enormní zátěži v důsledku duševních onemocnění a díky jejímu postupnému rozpoznání se od vstupu do třetího milénia věnuje této oblasti intenzivnější politická pozornost. Světová zpráva o zdraví (The World Health Report), jedna ze stěžejních publikací Světové zdravotnické organizace (WHO), která se od roku 1995 každoročně soustředí na některé z aktuálních zdravotnických témat, byla v roce 2001 věnována právě duševnímu zdraví (WHO, 2001). Evropská unie stejně jako Rada Evropy (European Council, EC) a všech 52 států 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). EU v témže roce publikovala svůj strategický dokument pro duševní zdraví, tzv. Zelenou knihu (Green Paper) (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2007; Fakhoury & Priebe, 2002).

Zmíněné dokumenty naprosto jasně a nezpochybnitelně deklarují diskurz, jakým se má rozvoj systémů péče o duševní zdraví ubírat a členské státy EU (včetně Česka) a WHO se k tomuto diskurzu zavazují. Diskurz v rozvoji péče o duševní zdraví byl v evropském kontextu naposledy konkretizován v novém Akčním plánu pro duševní zdraví WHO, který je momentálně finalizován (WHO, 2013) – viz níže.

Kořeny aktuálního diskurzu sahají přibližně do začátku druhé poloviny minulého století, kdy v USA a západní Evropě dochází z několika důvodů (hnutí za lidská práva, nová psychofarmaka, nové psychosociální intervence) k postupnému odklonu péče o duševně nemocné z velkých léčen do komunit (Shorter, 2007; Thornicroft & Tansella, 2002; Novella, 2008; Novella, 2010; Almeida et al., 2011). Milníkem je pak rok 1970 a dlouhodobý program nastolený Regionální kanceláří WHO pro Evropu, který se zasazuje o systematickou expanzi vertikální péče (kontinuita péče ve formě sektorizace a deinstitucionalizace) i horizontální péče (komplexnost péče) (Shorter, 2007). Druhý významný milník je na důkazech založený (evidence-based) přístup. Termín „evidence-

Zásadní politické dokumenty k rozvoji systému péče o duševní zdraví

- Světová zpráva o zdraví [The world health report] (WHO, 2001).
- Deklarace o duševním zdraví v Evropě [Mental Health Declaration for Europe] a Akčním plánu pro duševní zdraví [Mental-Health Action Plan for Europe] (WHO, 2005).
- Strategický dokument pro duševní zdraví, tzv. Zelená kniha [Green Paper] (EU, 2005).
- Evropský akční plán pro duševní zdraví (WHO, 2013).

-based medicine“ se objevil v roce 1990, podnítl systematické používání vědeckých důkazů ve zdravotnictví a inspiroval analogický přístup k péči o duševní zdraví (Drake & Goldman, 2003; Novella, 2010).

Zatímco důraz na lidská práva a s ním související deinstitucionalizace a přesun péče do komunity (Muijen, 2008; Medeiros, McDaid, Knapp, & MHEEN Group, 2008) vypovídají o hodnotovém diskurzu společnosti, jehož zpochybnění by v podstatě znamenalo zpochybnění civilizačního vývoje euroatlantické civilizace po druhé světové válce, diskurz na důkazech založeného rozvoje péče dává poměrně široký prostor pro manévrování při rozhodování, jakým způsobem bude deinstitucionalizace a reforma péče o duševní zdraví postupovat. I když totiž existují přesvědčivé důkazy o efektivitě toho kterého opatření / intervence / programu / služby, musí se tyto vždy aplikovat v lokálním kontextu, se specifickými potřebami, existujícími strukturami, lidskými zdroji a mírou flexibility systému a jeho aktérů (Jenkins, McDaid, Brugha, Cutler, & Hayward, 2007). Tento přístup koncizně zrcadlí profesor Thornicroft se spolupracovníky (2008, 2009), kteří říkají, že v reformním úsilí se musí vycházet z etiky, evidence a zkušeností.

V souvislosti s reformami péče o duševní zdraví se proto oprávněně objevují otázky jako: Existuje dostatek důkazů o efektivitě daného opatření / intervence / programu / služby? (Painter, 2012; Hellerstein, 2008); Umíme tyto důkazy vyhodnotit? (Shorter, 2007); Osvědčí se v experimentálních podmínkách pozitivně hodnocené opatření / intervence / program / služba také v praxi? (Painter, 2012); Víme dost o faktorech, které kriticky ovlivňují implementaci daného opatření / intervence / programu / služby? (Ganju, 2003); Lze hladce zavést vyvážený systém péče (balanced care) a vyhnout se nezamýšleným důsledkům reformních procesů, jakým je např. reinstitucionalizace? (Fakhoury & Priebe, 2003; Turner, 2004); A je tedy vůbec možné zavádět něco jako na důkazech založený přístup do psychiatrie? (Levine & Fink, 2006)? Stručná odpověď na poslední otázku je ano (Shorter, 2007). Nicméně je třeba brát v úvahu, že všechny výše zmíněné a jim podobné otázky mohou být motivovány nejen zájmem o co nejlepší rozvoj péče o duševní zdraví z hlediska systémového, ale také ideologickou zatížeností a partikulárním zájmem jednotlivých aktérů, jejichž cílem je reformovat péči tak, aby v rámci daného systému maximalizovali svoji moc a přístup ke zdrojům.

Reforma systému péče o duševní zdraví musí stavět na principech etiky, evidence a zkušenosti

- Deinstitutionalizace a přesun péče do komunity se opírá o respekt k lidským právům.
- Na důkazech založený rozvoj péče vytváří prostor pro rozhodování, jakým způsobem bude deinstitutionalizace a reforma péče o duševní zdraví postupovat.
- Jednotlivé reformní kroky je nutné aplikovat v lokálním kontextu, s ohledem na specifické potřeby, existující struktury, lidské zdroje a míru flexibility systému a jeho aktérů.

3. Základní komponenty systému péče o duševní zdraví

Existuje několik možných způsobů, jak na systém péče o duševní zdraví a jeho komponenty nahlížet. Z hlediska plánování reformy a rozvoje systému je adekvátní kombinovat dva vzájemně komplementární pohledy. První se soustředí na potřeby člověka a k nim se vztahující opatření / intervence / programy / služby (schéma 2), jejich řízení a koordinaci. Druhý pohled se dívá na finance, které do systému proudí, a hodnotí efektivitu jejich využívání. Služby i finanční toky se pak samozřejmě odehrávají v určitém společenském prostředí definovaném kulturně-historicky, sociálně-geograficky a legislativně. Vyčerpávajícím způsobem systém péče o duševní zdraví a jeho základní komponenty popisují dnes již světoznámé knihy, jejichž autory jsou Thornicroft a Tansella (1999, 2009) nebo Knapp, McDaid, Mossailos a Thornicroft (2007). Zde zmíníme pouze několik základních bodů, které tvoří základní předpoklad pro jakékoli přemýšlení o systému péče o duševní zdraví.

3.1 Služby

Služby v oblasti duševního zdraví mohou být rozděleny na služby poskytované do oblastí propagace duševní pohody, prevence duševních problémů, léčby symptomů a jejich následků, rehabilitace a následné podpory (Knapp & McDaid, 2007).

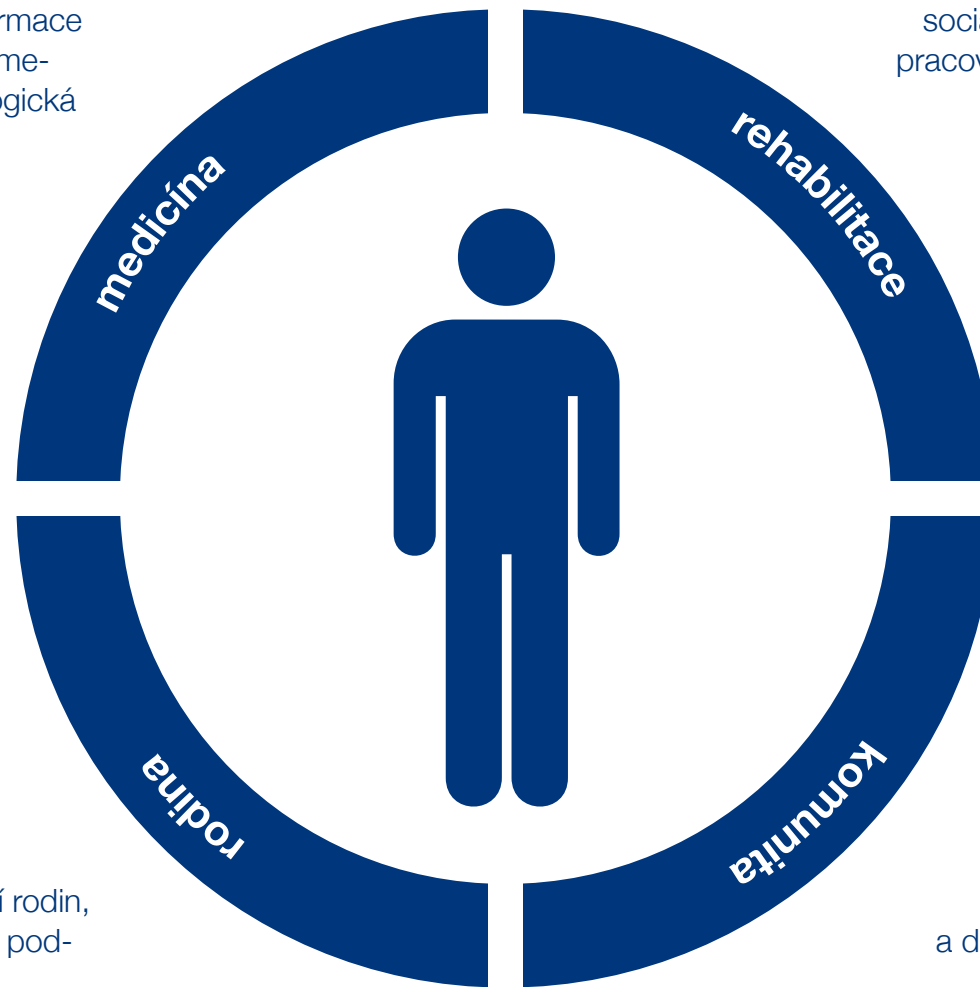
Co se týče léčby, rehabilitace a následné podpory, tak v rámci Evropy existuje široká škála služeb komunitní péče, ale jejich implementace v souladu s na důkazech založeným *balanced care* modelem integrujícím prvky komunitních a nemocničních služeb probíhá pouze v několika málo zemích. V zemích E-15 a dalších zemích západní Evropy s vysokými příjmy je lidem s duševními problémy k dispozici široká škála víceoborových služeb komunitní péče, přičemž většina lidí je léčena mimo psychiatrické léčebny. Psychiatrické léčebny v těchto zemích jsou často relativně malé a poblíž komunit, psychiatrická lůžka bývají obvykle umístěna v akutních odděleních všeobecných nemocnic a doba hospitalizace je co nejkratší. V zemích východní Evropy,

nepatřících do EU a vykazujících nízké či nižší střední příjmy, je přístup ke komunitní péči mnohem omezenější. Velká psychiatrická zdravotnická zařízení jsou zde stále běžnou oporou systému psychiatrické péče a doba hospitalizace bývá neadekvátně dlouhá. Pokud nějaké další komunitní služby existují, jsou zpravidla realizovány prostřednictvím nestátních neziskových organizací nebo mezinárodních agentur. Rozsah a kvalita služeb péče o duševní zdraví v zemích přistoupivších k EU v roce 2004 a dalších zemích se středními příjmy se nachází někde mezi výše zmíněnými kategoriemi (Semrau, Barley, Law, & Thornicroft, 2011; Becker & Killian, 2006). Celkově vzato, komunitní služby jsou upřednostňovány samotnými uživateli, mají potenciál být efektivnější a nejsou nutně dražší než ústavní péče. V rámci komunitních služeb je rovněž snazší prosazovat a chránit základní lidská práva pacientů (Meireiros et al., 2008).

Školení pro personál primární péče v oblasti duševního zdraví je napříč Evropou často nedostatečné, což vede k tomu, že psychické problémy nejsou v mnoha případech rozpoznány nebo nejsou léčeny adekvátními léčebnými metodami. Tempo růstu komunitních služeb se v rámci Evropy značně liší a stejně tak se liší i poměry mezi lůžky v psychiatrických léčebnách a lůžkovými komunitními zařízeními. Zatímco v některých zemích je malý počet psychiatrických lůžek zapříčiněn značným pokrokem, kterého bylo dosaženo v nahrazení psychiatrických nemocnic komunitní péčí (např. Velká Británie a Itálie), v jiných (např. Albánie) odráží malý počet lůžek nedostatky ve financování a celkově deficit v poskytování služeb duševního zdraví. Ostatní země, především země E-15 (např. Belgie, Francie, Německo a Nizozemsko), vykazují kombinaci velkého počtu psychiatrických lůžek i komunitních služeb. I když v mnoha evropských zemích (zejména východní Evropy) institucionální péče stále dalece převažuje nad péčí komunitní, počet psychiatrických lůžek v Evropě celkově klesá (Semrau, Barley, Law, & Thornicroft, 2011).

včasné rozpoznání, informace o onemocnění a léčbě, medicínská péče, psychologická podpora, hospitalizace

sociální podpora, vzdělávání, pracovní podpora, denní péče, dlouhodobá péče, spirituální potřeby



dovednosti pečujících, rodinná koheze, síťování rodin, podpora v krizi, finanční podpora, respitní péče

eliminace stigmatu a diskriminace, plná sociální participace, lidská práva

Schéma 2: Potřeby lidí s duševním onemocněním (WHO, 2001)

3.2 Financování

Potřeby lidí s duševním onemocněním stejně jako způsoby jejich uspokojování jsou velmi různé a zdroje, které do oblasti duševního zdraví plynou, stejně jako náklady, které v ní vznikají, se proto neomezují na oblast zdravotnictví, ale značně zasahují do oblasti sociálních věcí, školství, spravedlnosti, regionálního rozvoje a dalších. Služby jsou poskytovány v rámci státního (veřejného), soukromého (komerčního), nestátního (neziskového) a privátního (neformálního) sektoru. Proto se používá koncept „smíšené ekonomie poskytování“ (mixed economy of provision), který je charakteristický pro celou Evropu a který představuje výchozí bod jak pro hodnocení efektivity investovaných zdrojů, tak pro diskuzi o bariérách na cestě k lepšímu systému péče o duševní zdraví. Pokud mají politici a jiní, kteří rozhodují o dalším rozvoji systému péče o duševní zdraví, znát problematiku duševního zdraví komplexně, je nezbytné, aby porozuměli všem zdrojům plynoucím do systému a vztahům mezi nimi (Knapp & McDaid, 2007).

Existují v podstatě dva způsoby kalkulace nákladů na duševní onemocnění. První přístup jde odshora dolů a v angličtině se proto nazývá „top-down“, druhý přístup jde naopak odspoda nahoru a v angličtině se nazývá „bottom-up“. Top-down přístup zjišťuje souhrnná data z dostupných databází, například náklady na psychózy vykazované Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP), která potom porovnává s počty nemocných, ve zmíněném případě tedy s počty osob ošetřených pro psychózy. Takovéto počty jsou relativně snadné, časově a finančně nenáročné, nicméně získané výsledky jsou velmi hrubé, neumožňují nahlédnutí individuálních nebo skupinových rozdílů a značně podhodnocují náklady na zkoumané onemocnění, neboť nezachycují ošetření pro jiná onemocnění, která jsou však sekundárním důsledkem primárního onemocnění.

Financování systému péče o duševní zdraví

Pro celou Evropu je charakteristický koncept „smíšené ekonomie poskytování“ (mixed economy of provision). Koncept smíšené ekonomie poskytování respektuje skutečnost,

- že zdroje, které do oblasti duševního zdraví plynou, stejně jako náklady, které v ní vznikají, se neomezují na oblast zdravotnictví, ale významně zasahují do oblasti sociálních věcí, školství, spravedlnosti, regionálního rozvoje a dalších;
- že služby jsou poskytovány v rámci státního (veřejného), soukromého (komerčního), nestátního (neziskového) a privátního (neformálního) sektoru.

Přístup bottom-up je oproti tomu časově i finančně náročný a vyžaduje standardizované nástroje, které umožňují kvantifikovat konzumaci služeb uspokojujících potřeby vztahující se k danému onemocnění. Sleduje se pokud možno reprezentativní vzorek pacientů s daným onemocněním, čímž se získají individualizovaná data citlivá k takovým proměnným, jako je závažnost symptomatiky, doba trvání onemocnění, pohlaví atd. Na základě takovýchto dat je pak v kombinaci s epidemiologickými údaji možné zjišťovat celkové náklady za tu kterou skupinu onemocnění. Tento přístup zvolili např. níže citovaní Gustavsson et al., respektive Heider et al. (2009), ze kterých Gustavsson et al. vycházel. Netřeba asi dodávat, že takto zjištěné náklady se dramaticky liší od nákladů zjištěných metodou top-down.

Důležité je ovšem uvést, že bottom-up přístup je základním předpokladem pro jakékoli ekonomické evaulace v oblasti péče o duševní zdraví. Ekonomické evaulace zpravidla zahrnují také hodnocení výstupů té které služby nebo intervence, k čemuž se opět používají standardizované nástroje, např. ty, které zmiňujeme níže v souvislosti s EPSILON studií. Kombinace hodnocení nákladovosti a výstupů té které služby nebo intervence pak tvoří základ toho, čemu říkáme na důkazech založený rozvoj péče o duševní zdraví.

3.3 Vzdělávání

Říká se, že to, co investuje klasická medicína do přístrojů, měla by psychiatrie investovat do personálu. Základem systému péče o duševní zdraví je totiž personál, který tuto péči vykonává (Thorncroft, 1999). Nicméně disparita mezi všeobecným konsenzem a jeho praktickým uskutečňováním je obrovská.

„Učební osnovy pro lékařské fakulty a jiné instituce zaměřené na vzdělávání v medicíně reflektují ve většině evropských zemí klinické koncepty onemocnění mozku, které jsou jasně zastaralé a neslučitelné se současným poznáním“, píše Gustavsson et al. (2011, s. 766) a dodávají, že osnovy je třeba nejenom aktualizovat, ale také upravit tak, aby odpovídaly skutečnosti, že onemocněními mozku trpí nyní každý rok přibližně třetina populace. Data WHO (2011), pokud jsou pro tuto oblast dostupná, tak ukazují, že výcvikem, jak rozpoznat a základně ošetřit duševní obtíže u pacientů, prošlo v posledních pěti letech naprosté minimum praktických lékařů a všeobecných sester. Dalším problémem v oblasti vzdělávání je neatraktivita oboru psychiatrie pro studenty medicíny, kterou pozorujeme nejen napříč Evropou (Niekerk & Höschl, 2010).

Státy na východ od bývalé „železné opony“ jsou navíc těžce poznamenány svojí nedávnou minulostí, kdy jediný oficiálně akceptovaný vědecký diskurz představoval komunistickou propagandou trivializovaný

marxisticko-pavlovovský materialismus a sociální problémy byly prezentovány jako rezidua kapitalismu, která s progresem socialismu vymizí jaksi sama od sebe. Výsledkem byla krize sociální psychiatrie, která byla dále umocňována prohlášením sociologie za buržoazní pavědu a vykázáním oboru sociální práce z univerzit a vysokých škol. Odtud na jedné straně pramení zakrnění a nesystematický rozvoj komunitní péče, na straně druhé pak nedostatek evidence a výzkumu v oblasti sociální psychiatrie.

3.4 Prevence

Za nezbytnou součást systému péče o duševní zdraví je dnes v Evropě považována i osvěta a prevence. Cílem osvěty (poněkud vznešeně definovaným) je „chránit, podporovat a udržovat emoční a sociální pohodu a vytvářet individuální, sociální a environmentální podmínky, které umožňují optimální psychologický a psycho-fyziologický rozvoj a zlepšování duševního zdraví při zachování respektu ke kultuře, rovnosti, sociální spravedlnosti a osobní důstojnosti“. Cílem prevence je pak zasáhnout nebo učinit předběžná opatření tak, aby byly redukovány rizikové a maximalizovány protektivní faktory v oblasti duševního zdraví (Jané-Lopis & Anderson, 2006).

Osvětou a prevencí napříč Evropou se detailně zabývá zpráva vydaná Evropskou komisí. Zpráva identifikuje osm kategorií (míst), ve kterých jsou realizovány osvětové a preventivní programy: (a) domov, (b) škola, (c) pracoviště, (d) ordinace praktického lékaře, (e) ordinace specializovaných lékařů a specializovaná zdravotnická zařízení, (f) zařízení pro seniory, (g) kostely, kluby, rekreační a jiná zařízení podobného typu a v neposlední řadě (f) internet. Z údajů 22 zemí evropského regionu pak vyplývá, že nejvíce jsou dostupné programy ve školách a nejméně v zařízeních pro seniory, nicméně v žádném ze jmenovaných míst nejsou programy ani z poloviny dostupné nebo široce dostupné. Naopak, na všech ostatních místech kromě škol a internetu jsou programy pre-

vence dostupné nebo široce dostupné ne více než ze 20 %. Za hlavní překážku v implementaci osvětových a preventivních programů je, tak jako již obvykle ve spojitosti s oblastí duševního zdraví, označována obtížnost koordinace pramenů z nutnosti zahrnout do takovýchto programů mnoho stakeholderů (zájmových stran), které jsou rozmístěny v mnoha různých sektorech (Jané-Lopis & Anderson, 2006)

Také v oblasti osvěty a prevence, kam řadíme i různé destigmatizační aktivity, sledujeme obrovské rozdíly mezi jednotlivými zeměmi EU. Zatímco například ve Spojeném království existuje větší množství organizací (Rethink Mental Illness, Time to Change atd.), které kromě odborné činnosti (analýzy, výzkum) plně využívají dostupné informační technologie, aby každý den několikrát oslovily desítky tisíc lidí, v zemích jako ČR tyto aktivity fungují v mnohem skromnějších podmínkách v rámci ojedinělých projektů typu stopstigma.cz.

3.5 Výzkum

Výzkum představuje nejen základní kámen pro na důkazech založený rozvoj systému péče o duševní zdraví, ale také klíčový způsob, jak odvracet anticipované negativní trendy související se stárnutím populace a také jak snižovat celkovou zátěž působenou duševními onemocněními. Rozdíl v kvalitě i kvantitě výzkumných činností mezi starými a novými členskými zemi EU, zvláště v oblasti sociální psychiatrie, je, jak již bylo nastíněno výše, kolosální. Když si opět pomůžeme příkladem Spojeného království a ČR, vidíme, že zatímco ve Spojeném království existuje mnoho výzkumných týmů, které se problematice sociální psychiatrie cíleně věnují již několik desetiletí a každý rok produkují velké množství metodologicky velmi sofistikovaných studií hodnotících efektivitu a cost-efektivitu služeb a intervencí, v ČR se studie hodnotící efektivitu služeb a intervencí v podstatě omezují na závěrečná hodnocení projektů, které si nositelé těchto projektů vyhotovují vlastními silami, a studie porovnávající efektivitu a cost-efektivitu různých služeb

a intervencí mezi sebou zde v podstatě neexistují. Ve Spojeném království navíc vědecká hodnocení tvoří přirozenou součást rozhodování o dalším rozvoji systému péče o duševní zdraví, zatímco v ČR se systém péče doposud rozvíjí velmi nesystematicky.

V oblasti biologické psychiatrie si naopak např. ČR uchovala i v dobách totality velmi vysoký standard a může se dnes směle srovnávat se státy západoevropskými (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012). Nicméně problémům v této oblasti čelí nyní celá Evropa, kde pozorujeme odliv finančních zdrojů investovaných do výzkumu farmaceutickými firmami. Důvody jsou jednak přičítány ztatečně menší administrativní zátěži spojené s výzkumem látek ovlivňujících centrální nervovou soustavu v jiných částech světa a jednak také, a to je považováno za závažnější problém, faktu, že výzkum mozku se ve srovnání s výzkumem v jiných oblastech farmaceutickým společenstvem finančně vyplácí daleko méně (Gustavsson et al., 2011). Nutt (2011) uvádí, že zatímco nyní vyžaduje vývoj nového léku působícího na mozek člověka průměrně 13 let, např. lék na rakovinu může být na trh uveden již během pěti let.

3.6 Legislativa

Také legislativní prostředky jsou důležitým komponentem systémů péče o duševní zdraví. Mezinárodní úmluvy přijaté evropskými státy zavazují k dodržování lidských práv a udávají základní směr vývoje další legislativy. Specifická legislativa pak například umožňuje nastavit a ošetřit systém a režim povinné léčby a detence, chránit před diskriminací, ale také kontrolovat a monitorovat souvislost mezi financováním a výstupy péče (Sayce & Curran, 2007). Reformy systémů psychiatrické péče jsou zpravidla doprovázeny specifickou legislativou, která zajišťuje provedení a udržitelnost nastavených změn. Notoricky známý je italský zákon č. 180 z roku 1978, též nazývaný jako Basagliův zákon (Novella, 2010).

4. Mezinárodní zkušenosti s reformou systému psychiatrické péče

Mezinárodní zkušenosti s reformami systémů psychiatrické péče, ačkoli se, jak bylo ukázáno výše, ubírají přibližně stejným směrem, je z několika důvodů velmi obtížné hodnotit. Někde reformy probíhaly spíše postupně (např. v Anglii), jinde byly nastoleny radikální změnou diskurzu (např. v Itálii). Každou zemi charakterizuje více či méně jiná mentalita, socio-kulturní prostředí, ekonomické možnosti a výchozí podmínky. Co se osvědčí ve Švédsku, nemusí platit v Česku a naopak. Diverzita jednotlivých zemí činí jakékoli závěry spekulativními (Muijen, 2008). Navíc reformy systémů jsou spíše než za jednorázový zásah považovány za pokračující proces (Becker & Vazquez-Barquero, 2001; Novella, 2010; Hermans, de Witte, & Dom, 2012).

Při posuzování je třeba mít perfektně zmapované vstupy a výstupy, které by měly být zpracovány standardizovanými postupy a nástroji tak, aby umožnily srovnání mezi více zeměmi. Model smíšené ekonomie poskytování naznačuje, jak rozmanité jsou vstupy, které se do systémů péče promítají. Výstupy jsou právě tak různé jako potřeby lidí s duševním onemocněním (Thornicroft & Tansella, 1996; Thornicroft & Tansella, 1998). Studie navíc používají pro měření obdobných výstupů poněkud odlišné nástroje, což vše značně komplikuje vzájemnou porovnatelnost výsledků.

Navíc, pokud se má hodnotit celá reforma a ne například pouze jedna intervence, pak je třeba brát v úvahu i makrovýstupy, které se nedotýkají pouze jedince, ale promítají se na úrovni celého systému. Takovéto výstupy souvisí s ukazateli, jako je velikost neléčené populace, úroveň stigmatizace, míra reinstitucionalizace, přístup ke službám, míra sebevraždnosti atd. To vše je samozřejmě potřeba měřit také z hlediska cost-effectivity, což předpokládá mít přesně zmapován stav před reformou, investované zdroje a stav po reformě. V neposlední řadě je třeba vzít v úvahu proměnné, které výstupy ovlivňují, ale nesouvisí přímo s reformními snahami, například vliv nezaměstnanosti na sebevraždy (Milner, Page & Lamontagne, 2013).

Rigorózní komparace výsledků reformních procesů mezi jednotlivými Evropskými státy je tedy velmi náročná (Muijen, 2008) a vyžaduje značné úsilí, čas a investované prostředky. Zde se proto omezíme pouze na (a) základní porovnání jednotlivých zemí na vybraných a dostupných ukazatelích, (b) přehled výsledků vybraných komparativních studií uskutečněných mezi evropskými státy v posledních letech, (c) argumentaci, že tato studie by měla být doplněna komplementárním šetřením zaměřeným na identifikaci opatření / intervencí / programů / služeb, o nichž existuje dostatečně silná evidence a o nichž je tudíž oprávněné se domnívat, že by mohly být aplikovány v českých podmínkách, (d) identifikaci doporučení, která vycházejí z mezinárodních zkušeností s reformou a jimiž by se měly reformní snahy v Česku řídit.

4.1 Základní komparace jednotlivých evropských zemí v základních ukazatelích stavu péče o duševní zdraví

Systémy péče o duševní zdraví se napříč Evropou pochopitelně výrazně liší. V prostoru na východ od bývalé „železné opony“ nacházíme homogennější systémy, které byly a do značné míry stále ještě jsou charakteristické centralizovaným a standardizovaným zdravotním systémem. V této části Evropy je doposud převážná část psychiatrických lůžek umístěna v psychiatrických léčebnách. Jinde v Evropě naopak nacházíme systémy značně heterogenní a lůžka jsou zde diverzifikována do zařízení různého typu. Například v Itálii, Finsku, Švédsku a Spojeném království byly zrušeny všechny psychiatrické léčebny, v Německu, Belgii, Francii a Nizozemsku je velká část lůžek stále umístěna v psychiatrických léčebnách (Muijen, 2008). V minulosti běžné psychiatrické léčebny s více jak tisíci lůžky jsou dnes v západní Evropě raritou, snížení

MEZINÁRODNÍ ZKUŠENOSTI S REFORMOU SYSTÉMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE

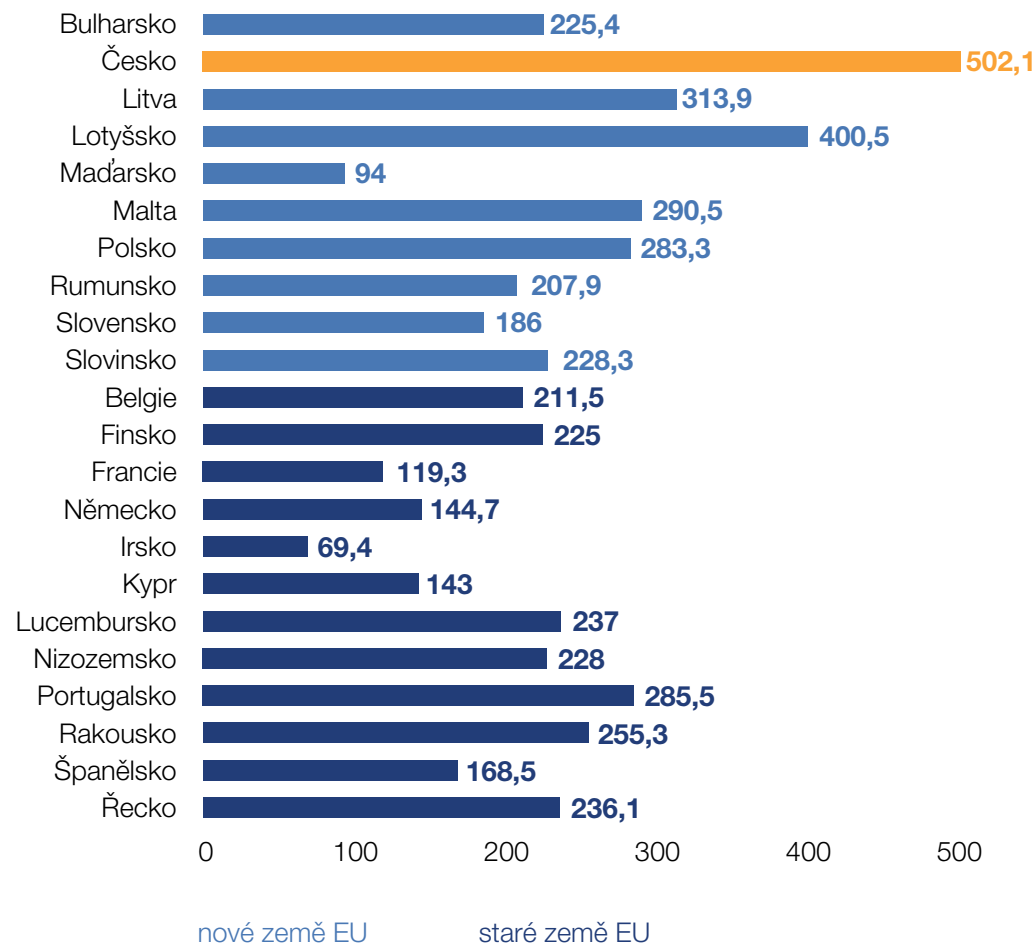
země	ambulantní péče	na 100 tis.	denní centra	na 100 tis.	komunitní centra	na 100 tis.	psychiatr. léčebny	na 100 tis.
Belgie	89	0,83	136	1,27	x	x	68	0,64
Dánsko	x	x	x	x	x	x	x	x
Finsko	140	2,62	x	x	482	9,02	2	0,04
Francie	3600	5,75	2193	3,5	7991	12,76	377	0,6
Německo	24881	30,32	502	0,61	x	x	270	0,33
Irsko	x	x	x	x	x	x	36	0,78
Itálie	858	1,43	805	1,34	1627	2,71	0	0
Kypr	36	4,09	5	0,57	1	0,11	1	0,11
Lucembursko	12	2,44	21	4,27	114	23,18	1	0,2
Nizozemsko	198	1,19	4300	260,1	20	0,12	93	0,56
Norsko	175	3,6	x	x	x	x	19	0,39
Portugalsko	87	0,81	29	0,27	22	0,2	6	0,06
Rakousko	x	x	24	0,29	256	0,35	7	0,08
Řecko	148	1,32	45	0,4	146	1,31	9	0,08
Španělsko	521	1,15	115	0,25	x	x	88	0,19
Švédsko	x	x	x	x	x	x	0	0
Švýcarsko	386	5,08	111	1,46	x	x	60	0,79
Bulharsko	378	5,04	x	x	257	3,43	12	0,16
Česko	825	7,92	77	0,74	x	x	19	0,18
Estonsko	x	x	3	0,22	x	x	5	0,37
Litva	89	2,73	12	0,37	x	x	11	0,34
Lotyšsko	75	3,55	5	0,22	x	x	6	0,27
Maďarsko	799	8,01	29	0,29	x	x	3	0,03
Malta	2	0,49	14	3,41	2	0,49	2	0,49
Polsko	1216	3,2	249	0,65	4	0,01	53	0,14
Rumunsko	89	0,42	43	0,2	x	x	39	0,18
Slovensko	346	6,39	18	0,33	267	4,93	9	0,17
Slovinsko	93	4,59	22	1,09	45	2,22	6	0,3

Tab. 1: Počet zařízení psychiatrické péče podle typu v nových i starých zemích EU (WHO, 2011)

jejich průměrné velikosti bylo doprovázeno diferenciací, specializací, zlepšením strukturálních podmínek a terapeutických standardů a zakládáním ambulantních služeb. Například v Německu se průměrný počet lůžek v psychiatrických léčebnách snížil z 1200 v roce 1971 na 200 v roce 1998 (Novella, 2010).

Co se týče dat WHO, tak samotné počty jednotlivých zařízení [tab. 1] stejně jako ukazatele počtu lůžek [tab. 3, 4] a jejich umístění je třeba interpretovat opatrně. Komfort, který jednotlivá zařízení nabízejí, se mezi státy západní a východní Evropy zpravidla liší dramaticky. V zemích západní Evropy se pak mnoho lůžek nachází v malých rezidenčních domech, které zpravidla nebývají do statistik zařazovány, a naopak v mnoha zemích střední a východní Evropy jsou psychiatrická lůžka de facto skrytá v sociálních ústavech dlouhodobé péče a do statistik se rovněž nepromítají. Zajímavým porovnáním je proto počet lůžek připadajících v průměru na jednu léčebnu v dané zemi, kde se na datech WHO (2011) ukazuje, že Česko je na tom daleko nejhůře ze všech zemí EU [graf 2].

Dále ze statistik není patrný enormní rozdíl v kvalitě psychiatrických lůžek. Navíc, ukazatele poklesu počtu psychiatrických lůžek nemají v podstatě smysl, pokud nejsou doplněny informacemi o komplementárním nárůstu lůžek v rámci služeb komunitního typu (Muijen, 2008)



Graf 2: Průměrný počet lůžek připadajících na jednu psychiatrickou léčebnu v nových a starých zemích EU (WHO, 2011)

země	politika (akt.)	plán (akt.)	legislativa (akt.)
Česko	✗	✓ (2007)	✗
Estonsko	✓ (2003)	✗	✓ (2006)
Kypr	✓ (2007)	✓ (2007)	✓ (2007)
Litva	✓ (2007)	✓ (2008)	✓ (2005)
Lotyšsko	✓ (2009)	✗	✓ (2011)
Malta	✓ (1997)	✓ (1997)	✓ (1986)
Maďarsko	✗	✓ (2009)	✗
Polsko	✓ (2008)	✓ (2010)	✓ (2008)
Slovensko	✓ (2006)	✓ (2008)	✓ (2009)
Slovinsko	✗	✗	✓ (2008)
Bulharsko	✓ (2006)	✓ (2006)	✗
Rumunsko	✓ (2009)	✓ (2006)	✓ (2006)
Belgie	✓ (2010)	✓ (2010)	✓ (1999)
Francie	✓ (2005)	✓ (2005)	✓ (2010)
Itálie	✓ (1999)	✓ (2008)	✓ (2008)
Lucembursko	✓ (2009)	✓ (2009)	✓ (2009)
Německo	✓ (2009)	✓ (2009)	✓ (2010)
Nizozemsko	✓ (2006)	✓	✓ (2006)
Dánsko	✓ (2010)	✓ (2010)	✓ (2010)
Irsko	✓ (2006)	✓ (2009)	✓ (2009)
Řecko	✓ (2001)	✓ (2010)	✓ (1999)
Portugalsko	✓ (2009)	✓ (2007)	✓ (2009)
Španělsko	✓ (2009)	✓ (2008)	✗
Finsko	✓ (2009)	✓ (2009)	✓ (2000)
Rakousko	✗	✓	✓ (2010)
Švédsko	✓ (2010)	✓ (2010)	✓ (2009)

nové země EU
staré země EU

Údaje vyjadřující finance investované do oblasti duševního zdraví [graf 3, 4] je rovněž obtížné interpretovat, neboť se značně liší rozsah toho, co je jimi kryto (někde to jsou služby pouze zdravotnické, jinde i služby sociální, respektive komunitní) a tyto údaje nejsou propojeny s kvalitou poskytovaných služeb a údaji o jejich efektivitě a cost-efektivitě. Interpretace existence specifických politik, plánů a legislativ [tab. 2] je zvláště nesnadná, protože kvalita i rozsah se různí enormně (Muijen, 2008). Navíc, v některých zemích (Belgie) existují plány na úrovni nižší než celostátní, což vede mimo jiné k tomu, že v některých publikacích se uvádí existence těchto plánů (WHO, 2011), zatímco v jiných publikacích se mluví o jejich neexistenci (Hermans et al., 2012).

Interpretovat údaje o počtu psychiatrů [tab. 3, 4] rovněž není jednoduché, neboť v jednotlivých zemích se u psychiatrů značně liší jejich kompetence, vzdělání i schopnosti. Různí se také věková skladba populace psychiatrů a počet mladých příchozích do oboru je, zčásti kvůli stigmatu a nízké sociální prestiži oboru, zpravidla malý. Totéž platí i o ostatním personálu, především o psychiatrických sestřích a sociálních pracovnících. Zmíněné nedostatky jsou završeny různíci se kvalitou a spolehlivostí informací, které jednotlivé státy WHO poskytují (Muijen, 2008; Becker & Kilian, 2006).

Tab. 2: Existence specifických celonárodních politik, plánů a legislativy týkajících se duševního zdraví v zemích EU (WHO, 2011)

MEZINÁRODNÍ ZKUŠENOSTI S REFORMOU SYSTÉMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE

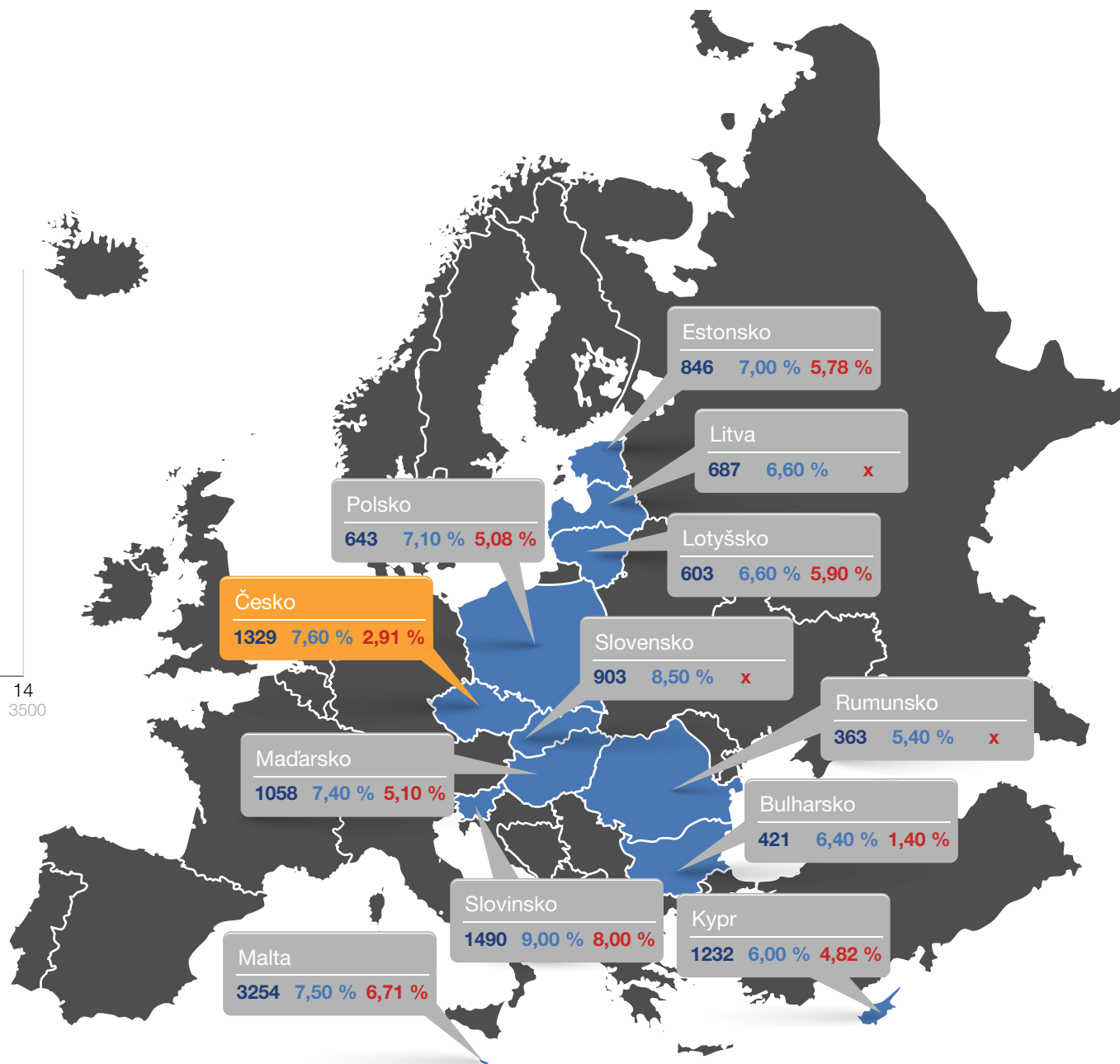
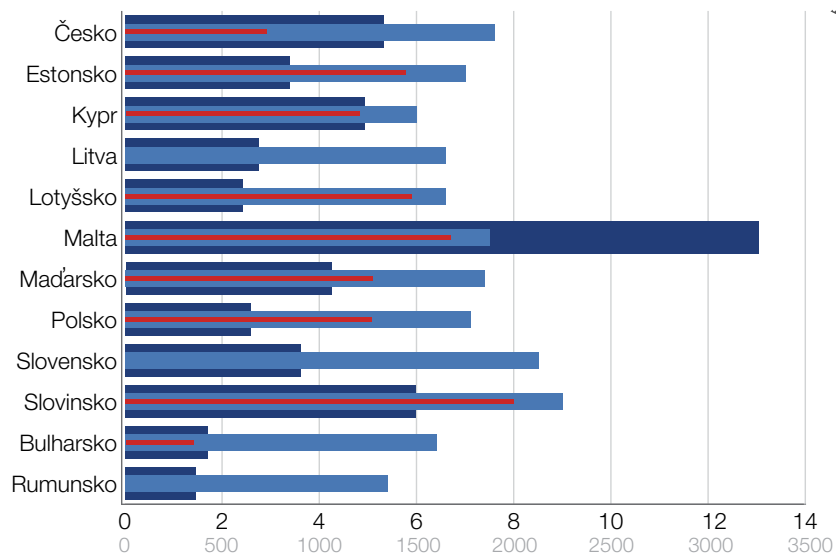
rok	počet na 100 tis. obyvatel		Belgie	Francie	Itálie	Lucemb.	Německo	Nizozem.	Dánsko	Irsko	Řecko	Portug.	Španěl.	Finsko	Rakousko	Švédsko
2005	lůžka	PL	129	70	0	75	45	154	x	74	43	15	37	0	45	x
		PON	26	30	9	30	29	10	x	19	3	10	6	90	20	60
	personál	psychiatři	18	22	10	12	12	9	16	7	15	5	4	22	12	20
		psych. sestry	x	98	33	35	52	99	59	136	3	10	4	180	38	32
2011	lůžka	PL	135	72	x	48	48	127	x	54	19	16	33	8	21	x
		PON	26	23	11	41	41	11	x	19	5	9	10	67	14	35
	personál	psychiatři	x	22	8	21	15	19	14	6	13	6	9	28	20	4
		psych. sestry	x	86	19	x	56	132	x	113	x	12	6	x	x	29

Tab. 3: Počet konvenčních psychiatrických lůžek a psychiatrů v starých zemích EU, přepočteno na 100 tis. obyvatel (PL = psychiatrické léčebny; PON = psychiatrická oddělení nemocnic) (WHO, 2011)

rok	počet na 100 tis. obyvatel		Česko	Estonsko	Kypr	Litva	Lotyšsko	Malta	Maďar.	Polsko	Slovensko	Slovinsko	Bulhar.	Rumun.
2005	lůžka	PL	98	80	45	86	135	189	23	52	60	72	41	55
		PON	15	21	6	11	3	0.4	72	12	30	13	19	20
	personál	psychiatři	12	13	5	15	10	4	9	6	10	5	9	4
		psych. sestry	33	x	45	36	40	102	19	18	32	6	15	9
2011	lůžka	PL	92	x	16	106	107	142	x	39	31	68	36	38
		PON	13	x	5	x	12	4	72	14	38	9	33	36
	personál	psychiatři	12	14	7	18	11	3	7	5	11	7	7	6
		psych. sestry	28	x	42	x	31	67	22	18	19	70	x	14

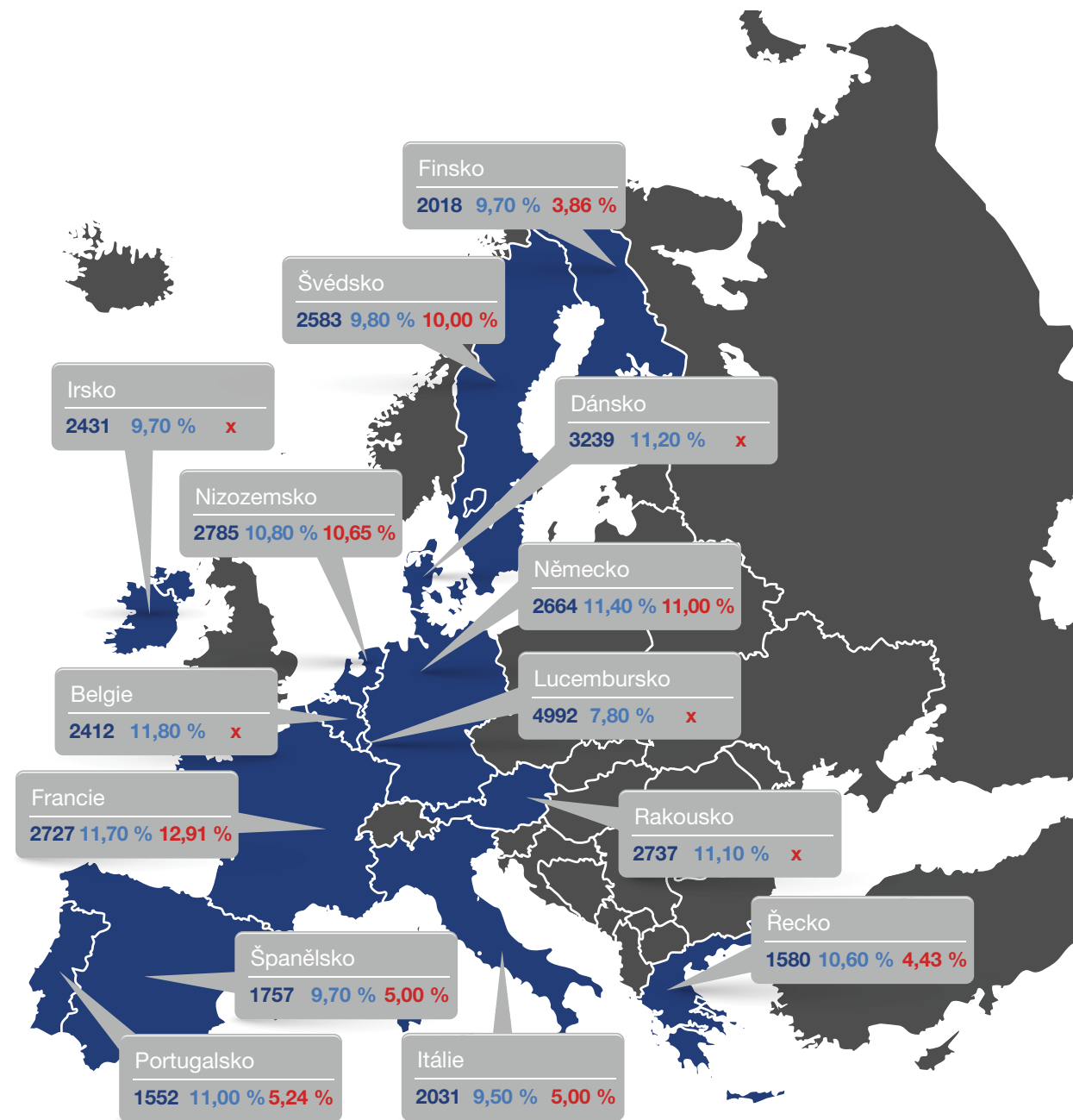
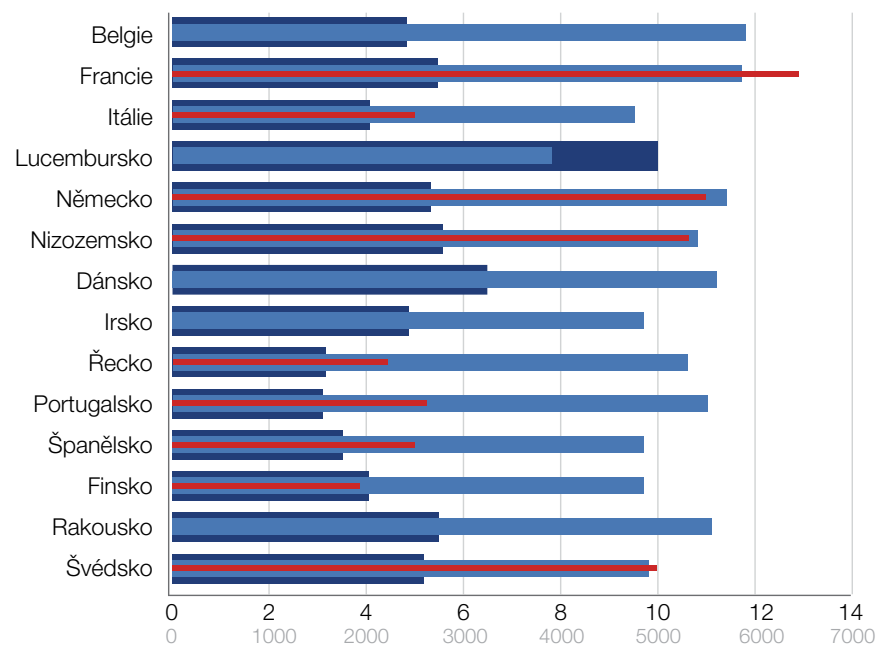
Tab. 4: Počet konvenčních psychiatrických lůžek a psychiatrů v nových zemích EU, přepočteno na 100 tis. obyvatel (PL = psychiatrické léčebny; PON = psychiatrická oddělení nemocnic) (WHO, 2011)

- PPP \$ na 1 obyv. na zdravotnictví
- podíl z HDP na zdravotnictví
- podíl HDP na péči o duševní zdraví
(% z celkového podílu HDP na zdravotnictví)



Graf 3: Finance investované do oblasti duševního zdraví v nových zemích EU (WHO, 2011)

- PPP \$ na 1 oby. na zdravotnictví
- podíl z HDP na zdravotnictví
- podíl HDP na péči o duševní zdraví
(% z celkového podílu HDP na zdravotnictví)



Graf 4: Finance investované do oblasti duševního zdraví ve starých zemích EU (WHO, 2011)

4.2 Komparace jednotlivých evropských zemí v základních ukazatelích stavu péče o duševní zdraví za pomoci sociomap

Debata nad povahou a směřováním složitých systémů je vždy nutně zatížena názorovými východisky samotných diskutérů. Komplexní charakter systému psychiatrické péče poskytuje široký prostor pro uplatnění velmi různých argumentů, které ovšem často bývají vytržené z patřičného kontextu. Věcná podoba směřování rozvoje psychiatrické péče tak nezdědka velmi rychle podléhá ideologické kontaminaci. To mnohdy znemožňuje společný postup, který by sloužil vylepšení systému.

Ideologicky nezatížené argumenty lze nalézt pomocí ateoretického komparativního přístupu, v jehož rámci se nehodnotí, který systém je „lepší“ či „horší“, „pokrokovější“ či „konzervativnější“, ale pomocí matematického modelování se identifikují státy, které jsou si strukturou psychiatrické péče vzájemně nejbližší a naopak.

Tento postup jsme uplatnili i zde. Z výsledků znázorněných formou sociomap je patrné aktuální postavení české psychiatrie v kontextu ostatních evropských států. Ze sociomap lze vyčíst nejen mezi jakými státy se ČR v parametru struktury psychiatrické péče nachází, ale také kde by se teoreticky, vzhledem k HDP na obyvatele, nacházet měla.

Tak jako v předchozí podkapitole i zde je tyto údaje třeba vnímat kriticky. Jde o podobnosti vnitřních uspořádání porovnávaných systémů. Samotnou kvalitu péče lze z těchto dat odvodit jenom stěží. Je zapotřebí počítat i s rozdílnou relevancí údajů hlášených jednotlivými národními psychiatrickými organizacemi.

Východiskem analýzy jsou volně dostupná data, která popisují základní vlastnosti psychiatrických systémů v celkem 31 zemích Evropy. Také zde čerpáme v drtivé většině ze zdrojů WHO (2005, 2008, 2011), spíše okrajově i z dat pracovní skupiny pro ekonomiku duševního zdraví ustanovenou Evropskou komisí (MHEEN) (Knapp, McDaid, & Medeiros, 2008) a výsledků nákladové studie European Brain Council (Gustavsson et al., 2011). Jednotlivé vstupní analyzované parametry lze rozdělit do dvou částí. První popisuje základní charakteristiku psychiatrické péče spolu s hlavním parametrem financování příslušného systému [tab. 8]. Druhá část vstupních dat mapuje dostupnost různých forem extra-murální péče. Počet vstupních parametrů je omezen jejich dostupností u všech sledovaných států.

Metoda sociomapování je určena ke zkoumání skrytých vztahů v prostředí komplexních systémů. Jde o unikátní metodu zpracování a vizualizace dat vyvinutou v ČR (Bahbouh, 2012). Přístup je založen na teorii fuzzy množin, matematické topologii a rozeznávání skrytých vzorců. Sociomapování bylo původně vyvinuto jako nástroj pro předpovídání vývoje skupinové dynamiky sociálních vztahů při simulaci dlouhodobých vesmírných letů v rámci projektu Evropské vesmírné agentury.

Pro zobrazení určujících vztahů v prostředí komplexních dat je zde použito metafory krajiny na pozadí vizuálně kódovaného vztahového rámce. Výsledný obrázek připomíná mapu a je také intuitivně interpretován podle pravidel, na nichž je orientace a navigace v kartografických mapách založena. Důležitým kódujícím znakem je zde fyzická vzdálenost zobrazených zemí. Státy s podobným charakterem psychiatrické péče jsou seskupeny v intimní blízkosti a naopak, odlišné systémy lze snadno identifikovat pomocí jejich souřadnicové vzdálenosti.

Tato dvojrozměrná mapa je dále obohacena o třetí, velmi důležitý rozměr, a to HDP na hlavu vyjádřený v dolarech podle parity kupní síly. V metafoře krajiny je tento parametr zakódován na barevné škále a po-

mocí výšky a hloubky „terénu“. Vizualizace pak umožní rychle analyzovat topologické rozložení přibližně stejně bohatých států a vyvodit z této kontextuální informace patřičné důsledky.

Provedeny byly celkem dvě analýzy:

A) kontextuální postavení psychiatrické péče v ČR v parametru dostupnosti extramurálních forem psychiatrické péče,

B) celková analýza kompilující data ze šetření A) a údaje o základní struktuře lůžkového fondu a financování.

Výsledky:

A) Kontextuální postavení psychiatrické péče v ČR v parametru dostupnosti extramurálních forem psychiatrické péče [sociomapa 1]

Z hlediska dostupnosti extramurálních forem péče a komunitních služeb je česká psychiatrie nejbližší Rumunsku a Bulharsku. Další okruh podobnosti tvoří Gruzie a Ázerbájdžán. Z hlediska parametru HDP na hlavu zaujme při porovnání ČR s chudšími zeměmi posun řady těchto zemí směrem k horizontu nejvyspělejších států Evropy. Jde zejména o Chorvatsko, Bosnu, Moldávii a hlavně Estonsko.

B) Celková analýza [sociomapa 2]

Pokud jde o celkový charakter psychiatrické péče, je podle dostupných dat Česká republika strukturálně nejbližší Bulharsku, Rumunsku, Gruzii, Černé Hoře a Lotyšsku. Opět je zde ostrov států s nižším HDP per capita, který je v porovnání s ČR blíže skupině nejrozvinutějších zemí Evropy (Chorvatsko, Černá Hora, Bosna a překvapivě i Albánie a Moldávie). Ze srovnatelné příjmové skupiny se znovu vyděluje Estonsko, které strukturou psychiatrické péče stojí na prahu klubu nejvyspělejších zemí Evropy.

K uvedeným nálezům je zapotřebí přistupovat opatrně. Pro nedostatek údajů byly z analýzy vyřazeny Bělorusko, Kypr, Finsko, Francie, Make-

donie, Polsko, Portugalsko, Rusko, Slovinsko, Švédsko a Ukrajina. Kontraintuitivní postavení některých zemí v prostředí zvolené sociomapy může vyvolávat otázky o kvalitě vstupních dat, respektive o existenci skrytých (neanalyzovaných) proměnných tato data ovlivňujících. Na druhou stranu, tyto obavy ve vztahu k České republice oprávněné nejsou. Data poskytnutá WHO jsou v souladu s dalšími dostupnými zdroji a reflektují skutečnou situaci.

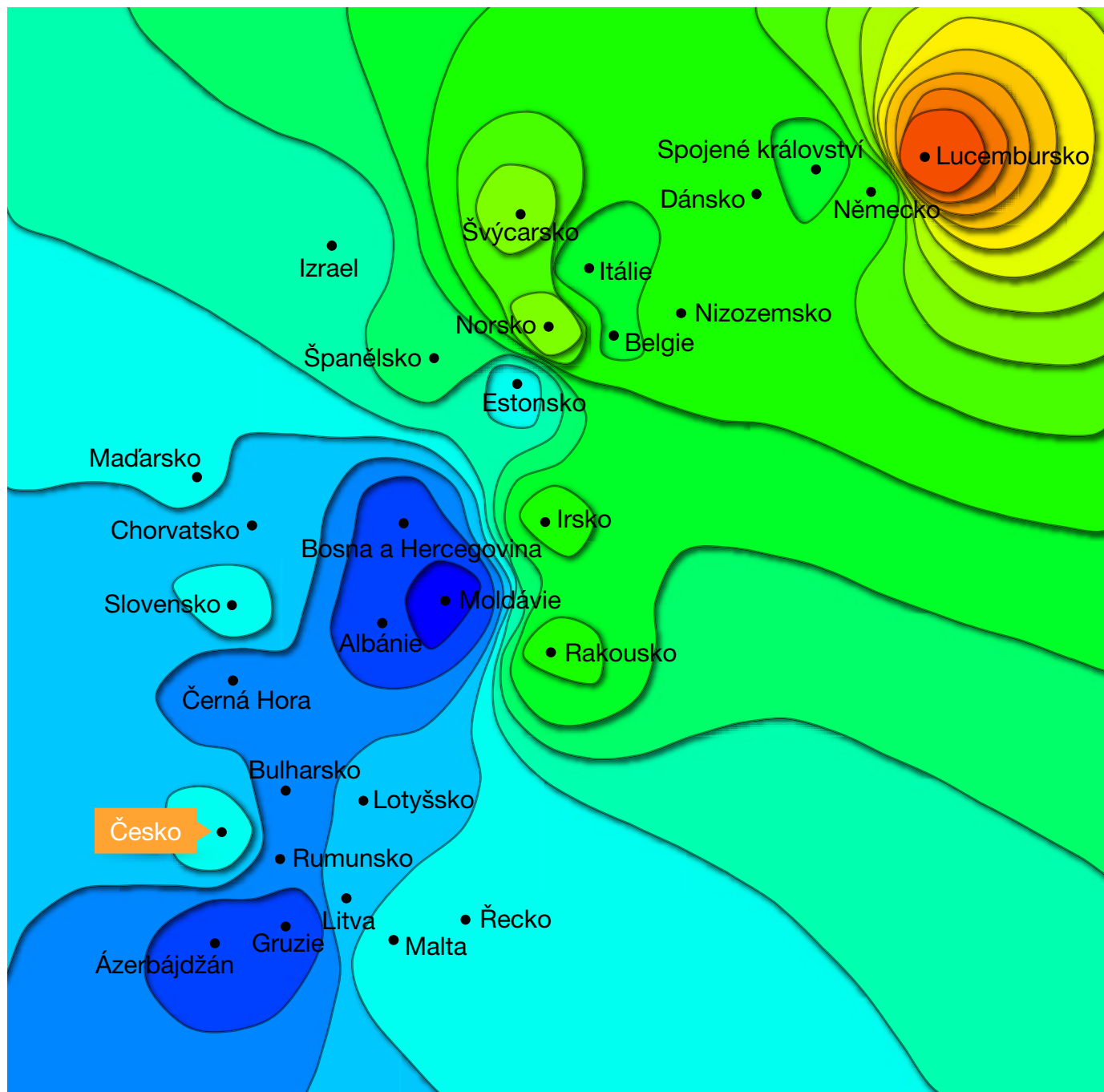
Z analýzy můžeme vyvodit tři závěry:

1) Vnitřní uspořádání psychiatrické péče v ČR je nejpodobnější některým zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Od těchto států se však lišíme značně vyšším HDP per capita.

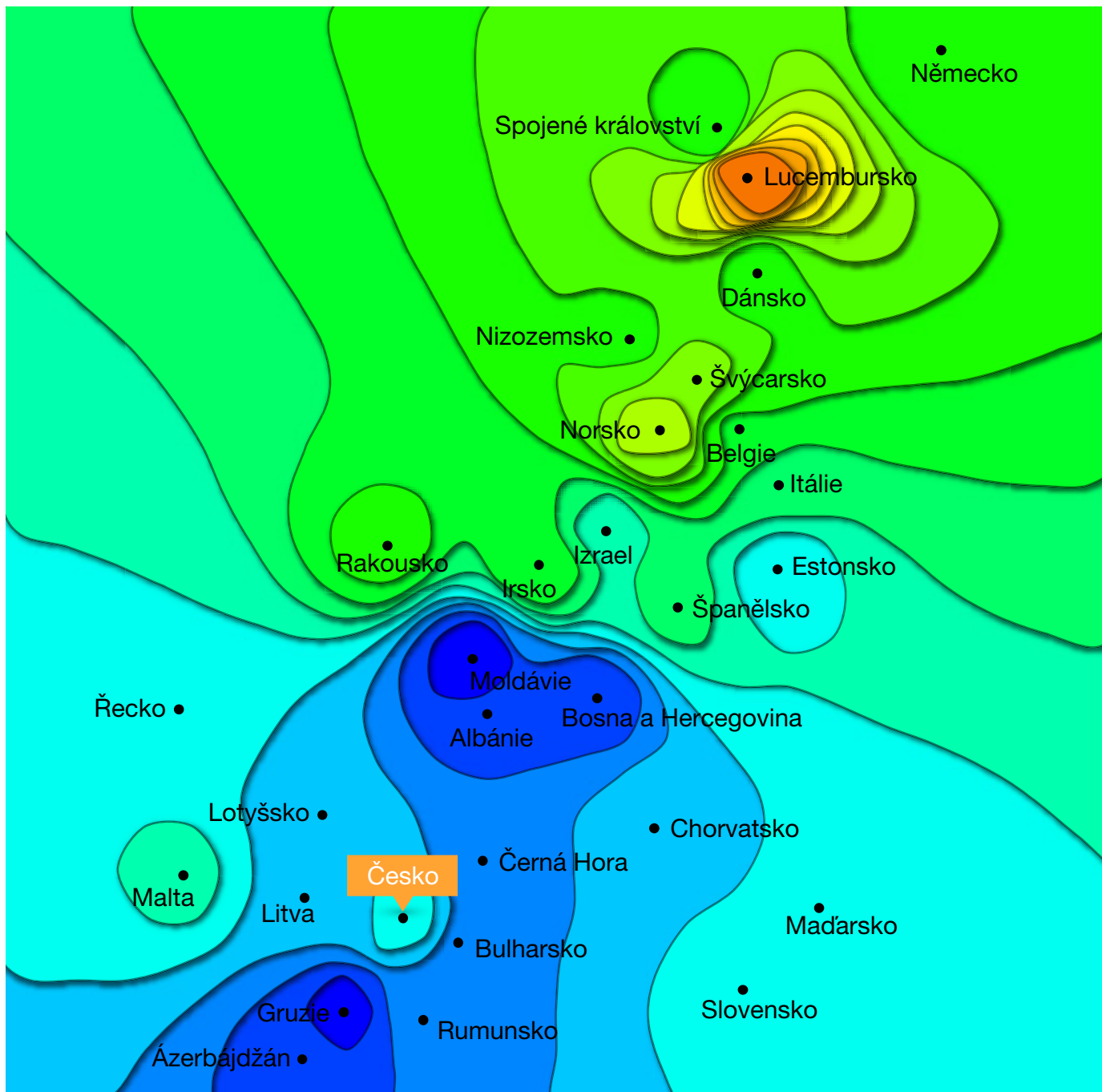
2) V tomto klubu je jednotlívým prvkem nízký podíl psychiatrie na celkových zdravotních výdajích, koncentrace péče v psychiatrických léčebnách a nedostatečně rozvinutá komunitní péče.

3) Tato skupina států disponuje systémy psychiatrické péče, které jsou z posuzovaných zemí ve vztahu ke klubu vyspělých států Evropy nejvzdálenější. Jinými slovy, rozdíly ve vnitřním uspořádání psychiatrické péče mezi ČR a vyspělými státy Evropy jsou propastné. Tento fakt zůstane patrně nejdůležitějším nálezem komparace psychiatrických systémů v prostředí sociomapování.

System psychiatrické péče v Česku je nejpodobnější zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. System je charakteristický nízkým podílem psychiatrie na celkových zdravotních výdajích a koncentrací péče v psychiatrických léčebnách.



Sociomapa 1: Kontextuální postavení psychiatrické péče v ČR v parametru dostupnosti extramurálních forem psychiatrické péče na pozadí HDP per capita PPP (USD)



Sociomapa 2: Strukturální podobnost psychiatrické péče v ČR v kontextu 31 zemí Evropy na pozadí HDP per capita podle PPP (USD)

4.3 Komparace různých aspektů psychiatrické péče v jednotlivých evropských zemích na základě dostupných mezinárodních studií

Omezení nastíněná v přechozích podkapitolách a nedostupnost doplňujících informací vyvolávají potřebu dalších studií, které se zaměřují na komparaci vybraných ukazatelů v několika evropských zemích. Několik takovýchto studií již bylo provedeno, a proto uvádíme jejich výsledky v následujících odstavcích.

Becker a Vazquez-Barquero (2001) se zaměřili na průběh psychiatrických reforem v Evropě a shromáždili některá data týkající se struktury systémů péče o duševní zdraví, procesu poskytování služeb a jejich výsledků ve vybraných zemích Evropy (Anglie, Německo, Polsko, Rusko, Španělsko, Švédsko a Nizozemsko). Autoři potvrzují výše uvedené a dokladují značné variance jak v systémech poskytování péče (mezi i uvnitř jednotlivých zemí), tak v samotném průběhu reforem. Autoři, opět v souladu s výše uvedeným, dále konstatují, že reformy v evropských zemích byly implicitně nebo explicitně založeny na (a) deinstitucionalizaci a zavření velkých psychiatrických léčeben, (b) rozvoji alternativních komunitních služeb, (c) integraci s ostatními zdravotnickými službami, (d) integraci se sociálními a komunitními službami. Za zásadní lze z této studie pokládat zjištění, že reformy měly značný vliv na rodiny pacientů a neformální pečovatele, kterým ale nebyla poskytnuta adekvátní podpora. Závěrem autoři doporučují, aby reformy byly plánovány jako dlouholetý proces a zahrnovaly strategie, jak udržet transformační procesy v dlouhodobém horizontu, a dále také jasné strategie, jak budou reformní procesy průběžně vyhodnocovány.

Priebe et al. (2005, 2008) se věnovali limitům deinstitucionalizace a problému reinstitucionalizace ve vybraných zemích západní Evropy, kde ve druhé polovině 20. století proběhla reforma psychiatrické péče. V rámci studie byly monitorovány změny v počtu konvenčních psychiatrických lůžek, počtu nedobrovolných přijetí, počtu forezních lůžek, počtu míst v rezidenčních službách a podporovaném bydlení a v neposlední řadě také v počtu vězeňské populace. Výsledky shrnuje tabulka 5, která ovšem nezahrnuje změny v počtech vězeňské populace, neboť souvislost mezi snížením počtu konvenčních psychiatrických lůžek a nárůstem vězeňské populace nebyla prokázána (Priebe et al., 2005; Priebe et al., 2008; Mundt et al., 2012). Fakhoury a Priebe (2002) nicméně v této souvislosti poukazují na to, že proces deinstitucionalizace má své poražené, jimiž jsou noví chroničtí pacienti a pacienti s komorbiditami, jejichž potřeby často nebyly v nových systémech péče dostatečně ošetřeny.

Studie EPSILON probíhala v pěti evropských zemích (Nizozemsko, Dánsko, Spojené království, Španělsko a Itálie) a jejím cílem bylo mimo jiné zmapovat ve vybraných spádových oblastech (Amsterdam, Kodaň, Londýn, Santander a Verona) vstupy a výstupy jednotlivých modelů péče. Použité nástroje umožnily změřit úroveň výstupů v doménách potřeby péče (nástroj: Camberwell Assessment of Needs), dopady na rodiny zahrnuté do procesu péče (nástroj: Involvement Evaluation Questionnaire), spokojenosti s péčí (nástroj: Verona Service Satisfaction Scale), kvalitu života uživatelů péče (nástroj: Lancashire Quality of Life Profile) a využívání služeb spojené s nákladovostí (nástroj: Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory). Celkem 404 respondentů bylo definováno věkem (18–65 let) a diagnózou (F20–25, schizofrenie) (Becker et al., 2002; Becker et al., 2006).

V doméně potřeb autoři zkoumali potřeby bez ohledu na jejich uspokojení nebo neuspokojení a došli k závěru, že rozdíly v uspokojených potřebách byly mezi centry velmi nízké a mohou být vysvětleny jinými než zkoumanými proměnnými, např. rozdílem v očekáváních pacientů v jednotlivých centrech. Vezmeme-li v potaz, že pacienti mohou mít

potřeby, o jejichž uspokojení z různých důvodů sami nežadají, a že zaměření se na uspokojování některých jiných potřeb může být spíše kontraproduktivní, zmíněné zjištění naznačuje, že správná identifikace potřeb pacientů je jednou z nejdůležitějších součástí procesu plánování a poskytování péče (Becker et al., 2002; McCrone et al., 2001; Lefebvre, Cyr, Lesage, Fournier, & Trupin, 2000).

V doméně dopadů na rodiny zahrnuté do procesu péče autoři identifikovali značné rozdíly, přičemž nejhůře z hodnocení vyšla Verona a nejlépe Amsterdam a Kodaň. Nejhorší dopady na rodinu byly zaznamenány tam, kde byli pacienti starší, byli rodilí mluvčí, měli více kontaktů s pečující rodinou, pečující měl sníženou schopnost zvládnání, a také v místech, kde bylo méně dostupných lůžek psychiatrické péče (Becker et al., 2002).

V doméně spokojenosti s péčí byly zaznamenány rovněž značné rozdíly, kdy nejlépe byla hodnocena Kodaň a nejhůře Londýn. Zajímavým zjištěním zde bylo, že napříč centry bylo nejhorších výsledků dosaženo

v oblastech poskytování informací ohledně nemoci a zahrnutí bližních do procesu péče. Obě tyto oblasti byly opakovaně reportovány jako klíčové pro proces léčby, a proto by s nimi mělo být dále systematicky pracováno (Becker et al., 2002; Perreault, Paquin, Kennedy, Desmairas, & Tardif, 1999; Ruggeri et al., 2003; Thompson, 1993).

V doméně kvality života byla nejnižší spokojenost napříč centry zjištěna v oblastech práce a financí, které spolu jednoznačně úzce souvisí. Mezi centry dopadla opět nejlépe Kodaň a nejhůře Londýn. Jako významné prediktory nižší kvality života se ukázaly být depresivní a úzkostné symptomy, historie zneužívání alkoholu a vyšší počet přijetí do psychiatrické péče, které dohromady vysvětlovaly 18 % variance. V této doméně se nicméně významně projevují sociokulturní charakteristiky a rozdílné míry očekávání, protože subjektivně pociťovaná kvalita života, nekorespondovala s objektivními ukazateli (např. ve sféře financí neplatilo, že čím vyšší příjem, tím vyšší spokojenost) (Becker et al., 2002). Podobný fenomén byl popsán i jinde (Gaite et al., 2002).

V doméně využívání služeb a s tím spojené nákladovosti autoři zjistili, že

		Rakousko	Dánsko	Anglie	Německo	Irsko	Itálie	Nizozemsko	Španělsko	Švýcarsko	Švédsko
konvenční lůžka	1990	80,6	111,5	131,8	167,4	232,1	4,5	161,3	59,5	x	168,6
	2002	55,9	87,6	62,8	149,8	101,2	5,3	128,1	43	112,5	58,3
	2006	53,1	75,8	59,1	153	79,9	16,5	136,1	35,7	105,5	x
nedobrovolné přijetí	1990	92,1	33,4	40,5	114,4	90,2	20,5	39,8	33,8	x	39 (1992)
	2002	181,2	49,6	50,3	190,5	69,4	18,1	43	31,8	133	32,4
	2006	228	57,8	50,8	237,2	54,8	21,91	47,9	47,6	120	x
forenzní lůžka	1990	3,2	3,4	1,3	4,6	2,3	2	4,7	1,2	0,4	9,8 (1993)
	2002	6,7	5,8	1,8	8,6	2,1	2,2	11,4	1,5	1,4	14,3 (2001)
	2006	8,2	7	2,5	10,5	1,7	1,9	13,7	1,6	1,3	x
komunitní lůžka	1990	0,4	81,7	15,9	8,9	63,3	8,8	24,8	5,1	x	76 (1997)
	2002	34,6	85,6	22,3	17,9	80,3	31,6	39,8	12,7	33,3	88,1
	2006	86,5	86,9	24,3	63,3	75,1	38,8	51,3	10,6	32,6	x

Tab. 5: Změny v počtu lůžek přepočtených na 100. tis obyvatel ve vybraných zemích západní Evropy (Priebe et al., 2005, 2008)

	závislosti	úzkostné poruchy	poruchy nálady	psychotické poruchy	dětské/adolescentní poruchy	poruchy příjmu potravy	mentální retardace	poruchy osobnosti	somatoforní poruchy
Belgie	319 436	1 434 699	691 778	103 509	133 322	31 105	88 323	89 350	422 662
Dánsko	161 058	725 934	349 162	51 831	74 831	16 213	45 736	45 334	211 642
Finsko	156 745	712 217	343 060	51 156	66 489	15 632	43 772	44 320	208 886
Francie	1 865 389	8 417 762	4 054 124	604 673	865 928	184 432	528 943	522 729	2 469 082
Irsko	137 759	575 987	272 233	40 164	64 684	13 194	38 510	37 407	164 003
Itálie	1 771 043	8 137 853	3 963 790	601 352	620 174	167 152	476 128	500 791	2 455 523
Lucembursko	15 397	66 696	31 877	4 738	6 604	1 491	4 248	4 275	19 345
Německo	2 435 139	11 101 740	5 408 460	819 847	848 005	228 460	644 490	680 164	3 347 708
Nizozemsko	489 301	2 190 872	1 052 351	156 726	217 626	48 580	138 419	139 064	639 965
Portugalsko	326 027	1 434 170	692 059	104 280	119 970	30 309	86 450	89 709	425 809
Rakousko	254 208	1 134 750	547 449	82 003	96 708	24 523	68 331	70 798	334 844
Řecko	343 860	1 531 323	741 574	112 143	116 949	31 889	90 468	95 195	457 916
Spojené král.	1 878 455	8 195 617	3 936 897	586 840	781 816	180 019	508 933	511 602	2 396 265
Španělsko	1 437 560	6 238 499	3 002 725	453 650	480 074	131 049	376 777	396 532	1 852 405
Švédsko	277 283	1 239 737	597 797	89 035	115 418	27 212	75 489	76 061	363 560
Bulharsko	233 378	1 040 593	501 200	75 652	74 751	21 904	61 684	65 798	308 913
Česko	331 229	1 449 842	693 194	103 918	107 950	31 437	87 923	93 394	424 330
Estonsko	48 643	181 590	87 238	13 118	14 329	3 862	10 907	11 380	53 564
Kypr	25 881	108 938	51 604	7 601	10 523	2 500	6 867	6 966	31 037
Litva	123 489	454 805	217 623	32 316	39 873	10 113	27 507	28 419	131 955
Lotyšsko	83 546	309 533	148 667	22 334	23 008	6 605	18 328	19 391	91 198
Maďarsko	307 288	1 368 604	656 494	98 251	112 651	29 689	82 724	86 308	401 192
Malta	13 020	56 393	26 884	3 988	5 084	1 265	3 493	3 601	16 286
Polsko	1 200 492	5 260 634	2 499 229	371 233	445 563	117 600	324 560	338 726	1 515 867
Rumunsko	674 217	2 937 480	1 402 169	209 942	242 412	63 805	180 075	188 248	857 264
Slovensko	173 049	750 283	355 049	52 580	64 295	16 996	46 892	48 933	214 703
Slovinsko	64 265	281 046	135 176	20 387	20 681	5 951	16 836	17 934	83 247

nové země EU

staré země EU

Tab. 6: Počet lidí s duševním onemocněním v zemích EU v roce 2010 (GUSTAVSSON, A., et al., 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. European neuropsychopharmacology 21 (10), pp. 718–779.)

	závislosti	úzkostné poruchy	poruchy nálady	psychotické poruchy	dětské/adolescentní poruchy	poruchy příjmu potravy	mentální retardace	poruchy osobnosti	somatoformní poruchy
Belgie	4 656	1 249	3 873	22 506	4 050	645	11 618	7 350	1 209
Dánsko	4 939	1 327	4 143	24 179	4 304	672	11 942	7 866	1 298
Finsko	4 189	1 077	3 448	19 595	4 061	559	10 520	6 524	1 049
Francie	4 209	1 199	3 427	21 883	3 833	640	11 522	6 275	1 116
Irsko	5 016	1 358	4 242	24 504	4 840	687	12 387	7 656	1 357
Itálie	3 883	1 013	3 126	17 707	3 632	545	10 368	5 945	948
Lucembursko	7 483	1 855	5 621	29 809	9 388	1 037	21 842	9 676	1 726
Německo	5 671	1 357	4 541	19 091	4 095	709	12 880	8 096	1 282
Nizozemsko	5 169	1 388	3 418	25 346	4 614	705	12 724	8 189	1 367
Portugalsko	3 054	825	2 481	14 234	2 786	437	8 181	4 614	777
Rakousko	5 043	1 381	4 116	23 917	4 391	722	13 404	7 689	1 307
Řecko	3 636	971	3 000	17 247	3 213	510	9 497	5 701	924
Spojené král.	6 238	1 426	4 887	28 487	3 526	688	11 741	9 613	1 466
Španělsko	3 751	997	3 232	18 366	3 640	532	10 253	5 610	950
Švédsko	5 275	1 271	3 793	21 650	5 548	677	12 793	7 057	1 189
Bulharsko	1 176	273	940	4 960	1 448	149	3 230	1 732	265
Česko	2 487	631	1 934	10 460	2 922	346	7 367	3 393	593
Estonsko	1 679	491	1 645	8 850	2 406	264	5 501	3 048	475
Kypr	3 277	796	2 962	16 895	3 238	379	7 124	5 696	861
Litva	1 766	432	1 341	7 168	2 127	238	5 099	2 386	403
Lotyšsko	1 778	416	1 449	7 799	2 067	220	4 633	2 727	411
Maďarsko	2 343	591	1 934	10 791	2 429	308	6 101	3 610	579
Malta	2 975	802	2 524	14 647	2 689	405	7 565	4 680	795
Polsko	2 159	548	1 796	10 028	2 297	283	5 714	3 271	546
Rumunsko	1 542	364	1 311	7 135	1 759	186	3 834	2 455	373
Slovensko	2 090	531	1 671	9 129	2 435	282	5 947	2 923	517
Slovinsko	3 034	1 030	2 436	13 602	3 116	429	8 597	4 409	753

nové země EU

staré země EU

Tab. 7: Průměrné náklady za jednotlivá duševní onemocnění na jednoho pacienta a rok v zemích EU v roce 2010 (v tis. eur podle parity kupní síly 2010, vážené průměry za všechny diagnózy a věkové skupiny v rámci poruchy) (GUSTAVSSON, A., et al., 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. European neuropsychopharmacology 21 (10), pp. 718–779.)

	závislosti	úzkostné poruchy	poruchy nálady	psychotické poruchy	dětské/adolescentní poruchy	poruchy příjmu potravy	mentální retardace	poruchy osobnosti	somatoformní poruchy	celkem na všechny duševní poruchy
Belgie	1 487	1 792	2 679	2 330	540	20	1 026	657	511	11 042
Dánsko	795	964	1 446	1 253	322	11	546	357	275	5 969
Finsko	657	767	1 183	1 002	270	9	460	289	219	4 856
Francie	7 852	10 096	13 892	13 232	3 319	118	6 094	3 280	2 756	60 639
Irsko	691	782	1 155	984	313	9	477	286	223	4 920
Itálie	6 878	8 244	12 392	10 648	2 253	91	4 937	2 977	2 329	50 749
Lucembursko	115	124	179	141	62	2	93	41	33	790
Německo	13 809	15 064	24 561	15 651	3 472	162	8 301	5 507	4 290	90 817
Nizozemsko	2 529	3 040	3 597	3 972	1 004	34	1 761	1 139	875	17 951
Portugalsko	996	1 183	1 717	1 484	334	13	707	414	331	7 179
Rakousko	1 282	1 568	2 253	1 961	425	18	916	544	438	9 405
Řecko	1 250	1 487	2 225	1 934	376	16	859	543	423	9 113
Spojené král.	11 719	11 687	19 238	16 717	2 757	124	5 975	4 918	3 514	76 649
Španělsko	5 393	6 219	9 705	8 332	1 748	70	3 863	2 224	1 760	39 314
Švédsko	1 463	1 576	2 268	1 928	640	18	966	537	432	9 828
CELKEM	56 916	64 593	98 490	81 569	17 835	715	36 981	23 713	18 409	399 221
Bulharsko	275	284	471	375	108	3	199	114	82	1 911
Česko	824	915	1 341	1 087	315	11	648	317	27	5 485
Estonsko	82	89	143	116	34	1	60	35	25	585
Kypr	85	87	153	128	34	1	49	40	27	604
Litva	218	197	292	232	85	2	140	68	53	1 287
Lotyšsko	149	129	215	174	48	1	85	53	37	891
Maďarsko	720	808	1 269	1 060	274	9	505	312	232	5 189
Malta	39	45	68	58	14	1	26	17	13	281
Polsko	2 591	2 882	4 489	3 723	1 023	33	1 854	1 108	828	18 531
Rumunsko	1 040	1 069	1 838	1 498	426	12	690	462	320	7 355
Slovensko	362	398	593	480	157	5	279	143	111	2 528
Slovinsko	195	289	329	277	64	3	145	79	63	1 444
CELKEM	6 580	7 192	11 201	9 208	2 582	82	4 680	2 748	1 818	46 091

nové země EU

staré země EU

Tab. 8: Celkové náklady na duševní onemocnění v nových zemích EU v roce 2010 (v mil. eur podle parity kupní síly 2010) (GUSTAVSSON, A., et al., 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. European neuropsychopharmacology 21 (10), pp. 718–779.)

hospitalizováno bylo 11,6 % všech pacientů (nejméně v Amsterdamu, nejvíce v Kodani), pacienti měli průměrně 8 kontaktů s komunitními službami za 3 měsíce (nejvíce v Amsterdamu, nejméně v Santanderu), počet dní strávených za poslední 3 měsíce v rezidenčních zařízeních varioval od 6,7 dne ve Veroně do 25 dní v Amsterdamu. Co se týče nákladů, autoři zjistili velké rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Vyšší náklady byly asociovány s vyššími potřebami, závažnějšími symptomy a delší historií psychiatrické poruchy, ale ne s kvalitou života. Vícerozměrná analýza ukázala, že léčba mužů je asociována s o 50 % vyššími náklady, každá epizoda předchozí hospitalizace s o 2 % vyššími náklady, redukce o jednu jednotku na GAF (Global Assessment of Functioning) s o 3 % vyššími náklady a každá uspokojená potřeba s o 13 % vyššími náklady. Asociace mezi náklady a spokojeností se službami nebyla prokázána. Adjustovaný průměr ročních nákladů se vyšplhal na 2819 £ v konvečních lůžkových zařízeních, v zařízeních ambulantní péče na 285 £, v komunitní péči na 501 £, v rezidenčních psychiatrických zařízeních na 497 £ a péče v denních centrech na 1408 £ (Knapp et al., 2002; Becker et al., 2002).

Hlavním přínosem studie EPSILON je vytvoření standardizovaných nástrojů, které umožňují evaluaci a plánování různých aspektů péče o duševně nemocné a zároveň mezinárodní srovnávání zjištěných výsledků. Nástroje napomáhají harmonizaci politik péče o duševní zdraví a vytvoření minimálních standardů přijatelné péče v Evropské unii.

Wittchen et al. (2011) a Gustavsson et al. (2011) se zaměřili na epidemiologii a nákladovost duševních poruch v Evropě v roce 2010. Metodologie už byla zpracována jinde (Winkler, 2012), proto zde prezentujeme pouze výsledky umožňující mezinárodní komparaci [tab. 6, 7, 8]. Zajímavým zjištěním je zde značný rozdíl v průměrných nákladech na jednoho pacienta s psychózou mezi Spojeným královstvím a Německem. Obě země mají podobně vysoké HDP na jednoho obyvatele. Při bližším prozkoumání zdrojových dat vyjde najevo, že rozdíl je pravděpodobně způsoben mírou zaměstnanosti lidí s psychózou v obou zemích (Heider et al., 2008).

Van Weeghel et al. (2005) došli v jiné studii k závěru, že pro dobré komunitní služby z perspektivy jejich klientů, rodin, politiků a dalších občanů v pěti evropských zemích je nejdůležitější důvěrný a stimulující vztah mezi klienty a profesionály poskytujícími péči. Dobré služby jsou dále definovány efektivní léčbou šitou na míru konkrétní osobě a snadnou dostupností (Killaspy, 2006).

4.4 Popis psychiatrické péče ve vybraných zemích EU

V této části studie vycházíme především z monotematicky zaměřeného vydání *International Review of Psychiatry*, kde byly uveřejněny články týkající se stavu psychiatrie ve vybraných evropských zemích. Některé články, jejichž autoři jsou uvedeni vždy u dané země, jsou doplněny i dalšími zdroji, které jsou uvedeny dále na příslušném místě v textu. Portréty zemí doplňují výše uvedené informace a statistiky.

4.4.1 Belgie

V Belgii prochází systém psychiatrické péče reformním úsilím již několik dekád a stále je považován za pokračující proces. První významná reforma z roku 1990 se zaměřila na snížení lůžek v psychiatrických léčebnách a vytvoření nových zařízení: domů s psychiatrickou péčí (42 zařízení s 3256 místy v roce 2011), chráněného bydlení (88 zařízení s 3917 místy v roce 2011) a méně také služby domácí péče. Tato zařízení jsou financována státem, ale vyžadují jistý příspěvek také od pacienta, což je často shledáváno jako závažné a problematické jak pro pacienty, tak pro jejich rodiny. Druhá významná reforma v roce 1999 se zaměřila na podporu koncentrace intenzivní a specializované péče v psychiatrických léčebnách a zlepšení spolupráce mezi intra- a extramurální sférou. Stabilizovaní pacienti byli přesměrováni mimo léčebny do stále se zvyšujících počtů výše zmíněných zařízení. Třetí, nedávná reforma se zaměřuje na přesunutí zdrojů z léčen do mobilních týmů a dává si za cíl snížit počet lůžek v léčebnách o dalších 11 % (Hermans et al., 2012).

Zdravotnictví je alespoň částečně v kompetenci dvou federálních a šesti regionálních ministerstev. Zdravotní péče je obecně bezplatná,

každý obyvatel se účastní systému národního pojištění založeného na solidaritě. Systém péče zahrnuje obecné lékaře, privátní psychiatrické praxe, obecné nemocnice, psychiatrické léčebny a komunitní služby, všechny segmenty však používají jiný informační systém, což prakticky neumožňuje systémově vyhodnocovat data pocházející z různých zdrojů. Oblast duševního zdraví v Belgii nadále zůstává fragmentovaná, zodpovědnost je roztržena mezi různé vládní struktury a regionální rozdíly jsou velké. Jednotný a komprehenzivní celonárodní plán v oblasti duševního zdraví nebyl zatím přijat. Iniciativy jsou izolované, často mají formu pilotních projektů s možností následné implementace, jsou-li pozitivně vyhodnoceny. Kromě výše zmíněných komunitních služeb psychiatrické péče existuje v Belgii 81 center pro péči o duševní zdraví, v nichž působí multidisciplinární týmy a která jsou financována regionálně. Forezních lůžek je v zemi 779, přičemž 215 z nich je v domcích s psychiatrickou péčí. Nedobrovolná přijetí tvoří přibližně 11 % ze všech přijetí. Lůžka v léčebnách jsou rozdělena na akutní, akutní dětská, dlouhodobější a psychogeriatrická. Zpoždění léčby představuje tak jako jinde v Evropě závažný problém, jedna studie (ESeMed) odhadla, že pro poruchy nálady činní zpoždění léčby 1 rok, ale pro úzkostné poruchy je to až 16 a pro poruchy spojené s užíváním alkoholu je to až 18 let (Hermans et al., 2012).

4.4.2 Dánsko

Autoři vidí psychiatrickou péči v Dánsku jako podhodnocenou z důvodu špatné reputace oboru v minulosti. Nicméně, za posledních 30 let došlo k reformě zejména v souvislosti s deinstitucionalizací služeb. Počet lůžek byl od roku 1970 zredukován o 60–70 % (z 2,0 v roce 1970 na současných 0,68/1000 obyvatel). Důraz začal být kladen na komunitní služby. Organizace péče o duševně nemocné je definována na základě několika principů: základní péče je nabízena v každé nemocnici, v každém regionu zajišťují péči 1–3 léčebny (nebo oddělení všeobecných nemocnic), na národní úrovni existují specializované léčebny. Národní

rada pro zdraví publikovala „Národní strategii pro psychiatrii“ v roce 2009, avšak bohužel její přijetí nebylo spojeno se specifickou finanční podporou ze strany státu, což znesnadňuje pokračování reformy (Bauer, Okkels, & Munk-Jørgensen, 2012).

Služby péče o duševně nemocné jsou součástí zdravotnictví, které je v Dánsku téměř výlučně hrazeno z veřejného pojištění (kromě několika soukromých zařízení). Zdravotnická péče je spravována pěti regiony. Sociální péče je naproti tomu v gesci 98 samospráv. Regionální služby jsou organizovány v rámci primární (praktičtí lékaři a psychiatři) a sekundární péče (nemocnice, léčebny). Systém péče je založen na několika pilířích: praktičtí lékaři léčí 80–90 % méně závažných duševních problémů (deprese, úzkost), ostatní nemoci léčí celkový počet 150 psychiatrů. 90 % lůžkové péče zahrnuje akutní příjem. Přibližně 20 % přijetí do lůžkové péče představují nedobrovolná přijetí. Počet příjmů se za poslední desetiletí nezměnil, doba hospitalizace však klesla o 35 % oproti roku 2000. Ambulantní péči zajišťují komunitní centra, specializované kliniky a intenzivní ambulantní služby (např. pro pacienty s těžšími formami psychóz, forenzní pacienty). Kapacita těchto zařízení je nedostatečná. Sociální služby zajišťují služby sociální rehabilitace, domy na půli cesty, služby psychiatrických sester, poradenství a rozdělování dávek a invalidních důchodů. Dlouhé čekací doby jsou problémem, který trápí dánskou psychiatrickou péči. Podle výzkumu Dánské zdravotnické asociace 85 % pacientů čeká na první kontakt s lékařem více než 3 měsíce a 45 % dokonce více než 6 měsíců. V některých regionech pacient s první epizodou psychózy čeká až 1 rok na specializovanou léčbu. V současnosti stát stanovil „záruku léčby“, zajišťující pacientům léčbu do dvou měsíců, pokud jsou doporučeni do ambulantního zařízení v sekundárním systému péče. Pokud není léčba zajištěna do dvou měsíců, je pacient oprávněn využít soukromé zařízení (Bauer et al., 2012).

4.4.3 Francie

Jako v jiných zemích, i v Evropě byla i ve Francii deinstitucionalizace péče hlavním bodem reformy psychiatrické péče. Hlavním důvodem bylo představení efektivnější medikace, která snížila pravděpodobnost relapsů. Zastánci deinstitucionalizace pocházeli z řad veřejného sektoru. Experti naopak kritizují soukromé psychiatry za to, že nezměnili své praktiky od sedmdesátých let a stále používají „staromódní“ přístupy vzdálené myšlenkám komunitní péče. V roce 1986 byla přijata pravidla směřující k transformaci péče směrem k zakládání klinik, terénních týmů a ambulantních služeb s využitím financí dříve určených pro hospitalizace. Hlavním rysem reformy psychiatrické péče se stala „sektorizace“ (secteur psychiatrique). „Sektor“ lze definovat jako spádovou oblast, v jejímž rámci jsou poskytovány psychiatrické služby multidisciplinárními týmy složenými z lékařů, psychologů, sester a sociálních pracovníků. V kompetenci týmů je nejen ambulantní a lůžková péče, ale i prevence. Nevýhodou je nedostatek homogenity a variabilita přístupu ke specialistům. Budoucím úkolem reformy je nastavení vícestupňové péče. Prvním stupněm je standardní péče poskytovaná v sektorech. Druhý stupeň odpovídá spolupráci mezi odlišnými sektory v případě specifických potřeb (např. přístup k rodině, specifické sociální aspekty péče). Třetí sektor bude spočívat v doporučování klientů do expertních center specializovaných na specifické případy a podmínky, jako jsou psychózy nebo bipolární poruchy, závislosti, posttraumatické stresové poruchy apod. Součástí reformy musí být jejich harmonizace a propojení. Od sedmdesátých let také došlo k důležitému posunu v oddělení neurologie a psychiatrie coby samostatných medicínských specializací. Od sedmdesátých let zároveň stoupl počet míst pro výuku psychiatrie na francouzských univerzitách. Reformou prochází i forenzní psychiatrie. V roce 2011 byl v parlamentu schválen zákon, který garantuje přísnější kontrolu péče poskytované pacientům, kteří představují „hrozbu pro společnost“ (zákon 2011-803). Hlavním opatřením je převedení rámce

poskytované psychiatrické péče na soudce (namísto administrativního úředníka) a kontrola a monitorování pacienta po propuštění z nařízené hospitalizace (Leguay & Boyer, 2012).

Psychiatrická péče ve Francii je rozdělena mezi veřejné a soukromé poskytovatele. 2,5 % Francouzů využívá služeb soukromého psychiatra. V rámci dlouhodobé lůžkové péče nad 1 rok je ve Francii hospitalizováno 25 % psychiatrických pacientů v soukromých zařízeních. V soukromých zařízeních mohou být léčeni pouze dobrovolní pacienti. Ve veřejných lůžkových zařízeních je celkem 60 lůžek na 100 000 obyvatel. Na 100 000 obyvatel je ve Francii 9 soukromých psychiatrů a 11 psychiatrů ve veřejných zařízeních. Geografické rozložení služeb a ordinací je velmi heterogenní (největší hustota je v oblasti Paříže). Za poslední dvě desetiletí výrazně vzrostl počet pacientů ve veřejném zdravotním systému (přibližně o 90 %), avšak paradoxně klesl počet zdravotnického personálu o 10 %. Počet lůžek klesl na 60 lůžek na 100 000 obyvatel (což představuje redukci o 60 % za 15 let). Pro přibližně 15 % pacientů, kteří jsou v sektoru péče, je hospitalizace nezbytná. Mezi nimi 18 % spadá do nedobrovolné hospitalizace, avšak z důvodů nedostatečné kapacity jsou někteří z těchto (dobrovolných) pacientů posíláni do ambulantních služeb (Leguay & Boyer, 2012).

4.4.4 Itálie

Itálie proslula radikální reformou, která se uskutečnila již před 35 lety a jejímž významným proponentem byl Francesco Basaglia. Reforma umožnila přechod ze systému založeného na nemocniční péči směrem ke komunitnímu modelu psychiatrie, který byl navržen coby alternativa spíše než doplněk tradiční péče. Postupně došlo k uzavření všech psychiatrických léčeben (Girolamo et al., 2007). Hlavním principem zákona č. 180 přijatého v roce 1978 bylo právo psychiatrických pacientů na stejnou péči, kterou mají pacienti s ostatními nemocemi, a právo na dobrovolnou péči s několika výjimkami. Nedobrovolná hospitalizace se řídí

specifickými pravidly: potřeba péče je naléhavá, pacient odmítá léčbu nebo alternativní komunitní léčba je nemožná. Hlavními rysy a důsledky italské reformy jsou následující: Mezi lety 1978 a 1987 došlo ke snížení počtu hospitalizovaných o 53 % s následným uzavřením psychiatrických léčeben, což bylo dokončeno v roce 2000 (Amaddeo, Barbui, & Tansella, 2012). Jedním z mnoha přínosů reformy bylo pochopení, že jedinci s vážnými duševními nemocemi potřebují chránit svá občanská a lidská práva coby základ k jejich uzdravení (Davidson, Mezzina, Rowe, & Thompson, 2010). Konkrétními cíli zákona 180 bylo postupné zavírání léčeben, zakládání psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích pro akutní příjem (s max. 15 lůžky), přísnější pravidla pro přijetí do nedobrovolné hospitalizace, zakládání komunitních center duševního zdraví, která budou poskytovat péči v určitých geografických lokalitách. V současnosti je péče poskytována v 211 odděleních duševního zdraví geograficky rozdělených po celé zemi (Girolamo et al., 2007). Davidson et al. popisují konkrétní kroky, které nastaly po přijetí zákona. Jejich záměrem byla podpora sociální inkluze osob s duševní nemocí a příprava na přechod do komunitní péče. V některých léčebnách před jejich uzavřením byly např. založeny obousměrné cesty mezi léčebnami a komunitními službami. Pacienti byli bráni na návštěvy komunitních center a jejich zaměstnanci naopak na prohlídky léčeben, kde se začaly konat volnočasové a zábavní aktivity. V rámci některých léčeben byla založena sociální družstva zaměstnávající osoby s duševní nemocí. V případové studii Trieste se komunitní služby snažily spojit síly ostatních marginalizovaných skupin v rámci komunity a usilovat o získání rovnosti pro všechny občany společně (Davidson et al., 2010; Amaddeo et al., 2012).

Systém a organizace péče byly významně ovlivněny reformou, ke které došlo v posledních 30 letech. Po postupném uzavření léčeben je nezbytná hospitalizace poskytována na odděleních všeobecných nemocnic (266 oddělení a 39 univerzitních klinik celkově s 4113 lůžky v roce 2001). V roce 2001 bylo v Itálii 0,78 veřejných akutních lůžek na 10 000 obyvatel, což činilo o 20 % méně, než je národní standard

(1 lůžko na 10 000 obyvatel). Reforma nastartovala rozvoj soukromých zařízení, v roce 2001 jich bylo 54 s celkovým počtem 4862 lůžek (0,9 lůžka na 10 000 obyvatel). Avšak soukromá zařízení nemají definované oblasti působení, proto je jejich rozmístění nerovnoměrné a odvíjí se od poptávky a ekonomických faktorů. Existují velké rozdíly mezi socio-ekonomickou úrovní jednotlivých italských regionů. V těch chudších převzaly péči o psychiatrické pacienty rodiny, naopak v těch bohatších vedla reforma k udržování soukromých zařízení. Došlo k rozvoji komunitní péče, která zahrnuje komunitní centra, denní kliniky a rezidenční zařízení. Komunitní centra jsou naplánována tak, aby přibližně 16 center s 98 lůžky sloužilo populaci 25–150 tisíc obyvatel a poskytovalo ambulantní i terénní služby, spolupracovalo se vzdělávacími, ubytovacími a ostatními službami. Např. ve Veroně jsou všichni komunitní pracovníci rozděleni do dvou multidisciplinárních týmů, kdy každý má na starosti jednu oblast dosahu. Jsou organizováni jako „single staff modules“, které zajišťují dlouhodobou a mezioborovou návaznost péče. Každému pacientovi je přidělen jeden člen týmu coby „case manager“. 1370 rezidenčních zařízení nabízelo v roce 2000 celkem 17 138 lůžek (průměrně 12,5 lůžka na zařízení) a zaměstnávalo 18 666 profesionálů, z nichž 60 % pracovalo na plný úvazek (poměr pacientů na plné úvazky 1,4 : 1). Problémem rezidenčních zařízení je nízká fluktuace klientů, většina z nich není propuštěna do samostatného života. Studie uskutečněná v Lombardii (region s 9,5 milionu obyvatel) nicméně ukázala, že v roce 2011 45,5 % pacientů s depresí, 55,7 % pacientů s bipolární poruchou a 49,3 % s psychózami nedostalo adekvátní péči (Amaddeo et al., 2012).

4.4.5 Maďarsko

Za poslední dvě desítky let Maďarsko zažilo snižování rozpočtu bez významných strukturálních změn. Nejvýznamnější změnou byla privatizace ordinací praktických lékařů z počátku devadesátých let. Komunitní sociální služby pro lidi s duševním onemocněním se začaly rozvíjet

až po roce 2000. Tento systém nemá téměř žádný zákonný či funkční vztah se systémem zdravotní péče, což znemožňuje mnohým pacientům dosáhnout na podporu z tohoto systému. Národní institut psychiatrie a neurologie společně s představiteli psychiatrických profesí připravili alternativní plány vývoje psychiatrické péče, které zahrnovaly dvě hlavní výzvy: deinstitucionalizaci a rozpočtové otázky. Tyto plány však nebyly přijaty ani projednávány politickou reprezentací. Vláda naproti tomu připravila návrh pro rychlou privatizaci zdravotnické péče, ale tento záměr selhal a zůstal nedokončen. Nemocniční zákon z roku 2006 způsobil podle autorů snížení péče a nedostatečnou spolupráci mezi různými typy služeb pro duševně nemocné. Důsledkem bylo ukvapené a neprofesionální uzavření Národního institutu (největšího psychiatrického léčebného, výzkumného a vzdělávacího centra v zemi) v roce 2007 a zároveň snížení psychiatrických lůžek o 25 %. V roce 2012 zahajuje Maďarsko nejvýznamnější restrukturalizaci zdravotního systému od pádu komunismu. Na základě slibů politiků pacienti a psychiatři očekávají od současné reformy ustanovení nového efektivního systému péče o duševně nemocné a financování péče, výzkumu a transferu technologií. Prioritami je též koordinace rezidenčních služeb s komunitním sociálním systémem a prevence rehospitalizace pacientů (Bitter & Kurimay, 2012).

Jedním z palčivých problémů maďarského systému péče o duševně nemocné je odliv mozků do zahraničí a s ním spojené snižování počtu zdravotnických profesionálů. Přibližně stejný počet lékařů, kteří ukončí medicínu, zažádá o certifikát potřebný pro práci v zahraničí (zejména se jedná o mladé lékaře). Dalším nedostatkem je chybějící forenzní psychiatrie, jejíž jedinou alternativou jsou vězení pod dohledem vězeňské služby ministerstva vnitra. V současnosti Maďarsko projednává návrh, který vzešel ze spolupráce se Sekcí forenzní psychiatrie Evropské psychiatrické asociace a který zajišťuje „civilní“ péči pro zvláště nebezpečné osoby s duševním onemocněním. V případě Maďarska chybí statistická data ohledně služeb, autoři se spíše zaměřovali na problematiku reformy a na drogovou problematiku (Bitter & Kurimay, 2012).

4.4.6 Německo

Německo začalo směřovat ke komunitní péči o duševní zdraví stejně jako další západoevropské státy od sedmdesátých let. Impulzem byla zpráva vládní expertní komise, která shledala nedostatečnou kvalitu psychiatrické péče, převažující lůžkovou péči, nedostatečné vzdělání pečovatелů a nedostatek komunitních služeb. Reformu významně ovlivnilo sjednocení Východního a Západního Německa v roce 1990. Bylo nutné udělat dramatické změny ve struktuře a kvalitě péče v bývalém Východním Německu a sjednotit dva odlišné systémy v jeden. Přes snahy některé rozdíly přetrvávají, např. nedostatek psychiatrů (Salize, Rössler, & Becker, 2007). Zdravotnická péče, do které spadá péče o duševní zdraví, je v Německu poskytována veřejným a soukromým sektorem. Ačkoli za posledních 15 let zůstala prevalence duševních nemocí neměnná, využívání služeb pro duševně nemocné vzrostlo o 70–80 % (včetně ambulantních i lůžkových služeb, případů pracovní neschopnosti a předčasného důchodu). V Německu neexistuje komplexní plán péče o duševní zdraví, kterou mají na starosti jednotlivé federální státy. Existují pouze federální jednotná pravidla ohledně alokace zdrojů a lůžek, avšak plánování konkrétní péče je v rukou jednotlivých států. Existuje striktní formální separace mezi psychiatrickou péčí v nemocnicích a ordinacích na jedné straně a mezi službami sociální rehabilitace na straně druhé. Tento stav je dán odděleným financováním obou systémů péče. Tato vysoká diverzifikace vede k vytvoření komplikované sítě různých poskytovatelů služeb, velkého množství pravidel, nařízení a institucí, které nejsou přehledné. Německý systém péče o duševní zdraví postrádá nadřazenou koordinaci. Další výzvou je rozvoj indikátorů kvality péče, boj se stigmatizací a diskriminací, vytvoření nového systému financování lůžkové péče a vzdělávání lékařů v oblasti duševního zdraví a nemoci (Gaebel & Zielasek, 2012).

Psychiatrická péče je součástí zdravotnické péče a je hrazena z veřejných či soukromých pojišťovacích fondů. 80 % populace

využívá služby péče o duševní zdraví v rámci individuálního povinného členství ve veřejném systému zdravotního pojištění. V rámci systému jsou všechny služby zdarma. Zbývajících 20 % populace má soukromé pojištění, které je většinou dražší, ale poskytuje více typů služeb včetně homeopatie nebo akupunktury, které jsou hrazeny z pojištění pouze zřídkakdy. Malá skupina lidí, kteří se ocitnou mimo systém pojištění, může obdržet služby hrazené z rozpočtu samosprávy. Služby sociální rehabilitace jakožto třetí část péče o duševní zdraví jsou hrazeny částečně z Německého penzijního fondu a některých dalších specializovaných fondů, jako jsou hornické fondy, a z fondů zdravotních pojišťoven. Dále federální pracovní úřad hradí některé náklady a poskytuje specializované programy pracovní rehabilitace. Systém péče o duševní zdraví v Německu je poměrně segmentovaný a zahrnuje následující služby: lůžkovou, ambulantní a rehabilitační péči. Ambulantní zahrnuje psychiatrické a neurologické ordinace, specialisty na psychosomatickou medicínu a psychology. V roce 2009 bylo v Německu 16 479 psychologických psychoterapeutů (nárůst byl způsoben tím, že od devadesátých let je jim umožněno provozovat soukromou klinickou praxi), zatímco pouze 5790 psychiatrů/neurologů v privátní praxi (Gaebel & Zielasek, 2012). V roce 2003 do lůžkové péče spadalo 405 psychiatrických oddělení (specializovaných léčeben nebo oddělení všeobecných nemocnic), která poskytovala 54 088 lůžek, průměrně 6,55 lůžka na 10 000 obyvatel. Forezní psychiatrie zahrnovala 7299 lůžek a 113 dětských či dorostových oddělení nabízelo 4669 lůžek (Salize, Rössler, & Becker, 2007). Psychosomatická medicína je v Německu oddělená a nabízela 179 oddělení s celkem 7300 lůžek (rok 2010). Průměrná doba pobytu na psychiatrii byla 22,9 dne v roce 2010 a 40,2 dne na psychosomatických odděleních. V obou případech se jedná o pokles o přibližně 10 % oproti roku 2002. Ambulantní služby jsou často součástí lůžkových zařízení v rámci organizační formy „institucionální psychiatrická ambulance“, která většinou poskytuje služby pro vážně nebo chronicky nemocné pacienty (Gaebel & Zielasek, 2012). V roce 2003 bylo v Německu 523 psychiatrických ambulantních zařízení pro dospělé, 80 pro děti a dorost a 586 organizací sociálních služeb.

Rehabilitační péči poskytovalo v roce 2000 42 organizací, chráněných dílen pro osoby s duševním onemocněním bylo 236. Chráněné bydlení nabízelo v roce 2000 63 427 lůžek (7,71 na 10 000 obyvatel) (Saliz et al., 2007). Čekací doby jsou problémem nejen německého zdravotnictví. Průměrně pacient čeká na úvodní psychoterapeutickou konzultaci 12,5 týdne. Naproti tomu služby péče o duševní zdraví v Německu mají výbornou dosažitelnost, je zde husté pokrytí lůžkovou i ambulantní péčí (Gaebel & Zielasek, 2012).

4.4.7 Nizozemsko

Psychiatrie a péče o duševně nemocné má v Nizozemsku dlouhou tradici institucionální péče, která je postupně pomalu adaptována na komunitní. Avšak odlišuje se od běžné zdravotnické péče v organizaci a financování. Prvním krokem reformy bylo zřízení regionálních center péče o duševně nemocné (Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg), která byla zasazena mezi primární a institucionální péči. Zahrnují komunitní péči pro krizové situace, vedení chronických pacientů a psychoterapii po všechny věkové kategorie. Experti vidí jako velký problém stigmatizaci lidí s duševním onemocněním, kteří podle jejich slov nejsou nahlíženi jako „opravdu nemocní“, k čemuž přispívají i pravicově orientovaní politici a úřady. Podpora lidem s duševním onemocněním přišla z nečekané strany, od ministerstva spravedlnosti a policie, neboť finance ušetřené v zařízeních pro duševně nemocné byly minimální v porovnání se stoupajícími náklady na bezpečnost, zásahy policie v důsledku nedostatečné forenzní psychiatrie. Ministerstvo spravedlnosti ve spolupráci s vládou, patientskými asociacemi, poskytovateli péče, profesionály a pojišťovny začalo vyjednávat o hlavních principech reformy: zaměření na pacienta, podpora self-managementu, poskytování efektivní a vhodné postupné péče, zaměření na ambulantní služby (a následující deinstitucionalizaci), zachování kvality a dosažitelnosti služeb (Van Schijndel, Gerrits, Niesink, & van der Gaag, 2012).

Mezi státem a zúčastněnými stranami existuje konsenzus, jak a podle jakých principů by měla reforma péče probíhat, avšak přetrvávající problémy, jako je stigmatizace, nerovnoměrné financování a snižování rozpočtu, ji brzdí. Institucionální péče v sedmdesátých letech stále přetrvávala jako hlavní opora psychiatrické péče. Zdánilivě se začaly smazávat rozdíly mezi jednotlivými profesemi v psychiatrické péči: psychiatrickými sestrami, sociálními pracovníky, psychology a psychiatry (kteří přestávali být vedoucí profesí). Další důležitou změnou bylo odlišení všeobecné zdravotní péče a psychiatrie. V Nizozemsku existují dva pojišťovací systémy, které korespondují s délkou trvání léčby. První je systém povinného pojištění, který byl určen pro léčbu trvající méně než 1 rok. Pokud léčba či hospitalizace překročila jeden rok, pojišťovací společnosti ji přestaly platit. Náklady péče byly poté převzaty státem v rámci tzv. všeobecného zákona o mimořádných zdravotních nákladech (Algemene wet bijzondere ziektekosten), který představoval druhý systém pojištění. Toto pojišťovací schéma bylo vytvořeno v šedesátých letech. Později se rozhodlo, že veškeré financování péče o duševně nemocné bude v gesci druhého schématu. Tato změna byla ve prospěch chronických pacientů, avšak toto rozdělení financování zároveň přispělo ke stigmatizaci pacientů s duševním onemocněním. V roce 2008 se psychiatrie vrátila k původnímu dvousložkovému systému zdravotního pojištění, ovšem tarify nejsou stejné jako v jiných oblastech zdravotnické péče. Psychiatři se chopili zodpovědnosti za pacienty pohybující se v komunitě a přesunuli se za nimi nabízet jim péči v přirozeném prostředí (Van Schijndel et al., 2012).

4.4.8 Portugalsko

Poslední čtvrtina 20. století je charakteristická jasným posunem portugalské legislativy směrem ke komunitní péči a snahou o uzavření několika psychiatrických léčeben. V reakci na anti-psychiatrické snahy někteří kliničtí specialisti přesunuli svá léčebná centra z léčeben do komunitních institucí. Byla vytvořena komunitní centra pro duševně

nemocné, specializovaná centra pro děti (zákon 2118/1963) a psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. V roce 1992 reforma pokračovala přijetím zákona 127, který transformoval oddělení psychiatrie a duševních nemocí a psychiatrická oddělení ve všeobecných nemocnicích v celé zemi. Zákon byl založen na principu komunitní psychiatrie, který nahradil princip fixní a koncentrované léčby. Reforma se dále zaměřila na specializované oblasti psychiatrie. V roce 1999 byla představena strategie zneužívání psychotropních látek a v roce 2000 protialkoholní strategie. V roce 2004 byl přijat Národní zdravotní plán pro léta 2004–2010, v němž je duševní zdraví jednou z prioritních oblastí (Palha & Teixeira, 2012).

Na začátku sedmdesátých let se zdůraznila potřeba integrovat služby pro duševně nemocné do systému všeobecné zdravotnické péče. Proto v roce 1984 byla založena divize služeb pro duševně nemocné v rámci Generálního ředitelství primární zdravotní péče a v roce 1992 byl přijat zákon 127, který integroval centra pro duševní zdraví do všeobecných nemocnic, což odhalilo chyby v organizaci péče. Po doporučeních WHO a Organizace spojených národů (UN) začalo Portugalsko směřovat reformu ke komunitním principům a orientovat na rehabilitaci a sociální integraci lidí s duševním onemocněním. Zákon 36/1998 reguloval organizaci služeb v tomto sektoru a vytvořil jasný systém péče a sítě komunitních služeb. Služby veřejných psychiatrů jsou pro pacienty zdarma (hrazené z pojištění), soukromí specialisté jsou hrazeni částečně pacienty a částečně pojišťovnou. Většina psychiatrů dělí svoji práci mezi veřejnou a soukromou praxi. V roce 2009 pracovalo 3695 psychiatrů ve veřejných léčebnách a 480 v soukromých (psychiatři tvořili 4,4 % všech lékařů). V roce 2007 bylo v Portugalsku dostupných 8 psychiatrů na 100 000 obyvatel. Veřejná lůžková péče je poskytována 30 lokálními centry převážně ve všeobecných nemocnicích, jednou psychiatrickou léčebnou a třemi velkými psychiatrickými centry. Tři soukromé léčebny jsou pod správou církevních či náboženských institucí. Dohromady nabízejí kolem 2000 lůžek pro akutní a chronické pacienty. Neziskové organizace nabízejí převážně ambulantní služby prevence, rehabilitace,

poradenství, ochrany práv, prevence sebevražd, podpory rodinám, destigmatizace. Některé z nich mají vládní podporu (Palha & Teixeira, 2012).

4.4.9 Rakousko

V roce 2005 se rakouská vláda rozhodla na základě doporučení WHO ustanovit poradní orgán pro duševní zdraví v rámci ministerstva zdravotnictví. Péče o duševní zdraví je součástí všeobecné zdravotnické politiky. Plán pro duševní zdraví existuje a byl přijat a revidován, naposledy v roce 2010. Hlavním principem plánu je posun služeb a zdrojů z psychiatrických léčeben směrem ke komunitním zařízením. Odpovědnost za organizaci služeb je v gesci jednotlivých 9 spolkových zemí, proto se mnoho plánů a strategií v jednotlivých zemích různí. Národní vláda je zodpovědná za veřejné programy péče o duševní zdraví, např. Prevence sebevražd. Rakousko vynakládá na zdravotnickou péči 11 % HDP. Financování je velmi komplexní, skládá se ze státního pojištění a komplikovaného systému spoluplateb pacientů. Nemocniční péče je regulována státní finanční legislativou, avšak plánování kapacity služeb je v gesci zemských vlád (Haring, 2012).

Psychiatrické služby zahrnují jak lůžkovou, tak komunitní péči. Vláda má k dispozici plán pro duševní zdraví, který je v zodpovědnosti spolkové vlády spíše než zemských vlád. Rakousko nabízí celkem 900 lůžek pro pacienty se závislostmi (11 na 100 000 obyvatel). V psychiatrických léčebnách je 1469 lůžek (17 na 100 000 obyvatel) a 1922 lůžek ve všeobecných nemocnicích (23 na 100 000 obyvatel). Počet lůžek pro děti a mládež je 397 (4,7 na 100 000 obyvatel). Forenzní psychiatrická péče je upravena zákonem novelizovaným v roce 2010. Právní zakotvení psychiatrické péče není ošetřeno v jiných zákonech. V roce 2012 bylo v Rakousku registrováno 1275 psychiatrů, z čehož 510 ve Vídni, což znamená, že v regionu, kde žije 20 % rakouské populace, je koncentrováno 40 % psychiatrických ambulancí. Tato situace je shodná ve většině evropských zemí. Tento fakt otevírá otázky zefektivnění posky-

tování zdravotnických služeb ve všech regionech, nejen ve velkých městech (Haring, 2012).

4.4.10 Řecko

Reforma psychiatrické péče v Řecku začala v osmdesátých letech 20. století s podporou Evropské unie. Hlavním principem reformy byla geografická „sektorizace“ populace. Jejím cílem je poskytování péče v sektorech s cílem větší dostupnosti a návaznosti péče a efektivnější alokace financí. Reforma zahrnovala redukci tradičních léčeb se současnou výstavbou ubytovacích služeb. Byla založena psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, zařízení psychosociální rehabilitace, specifické psychogeriatrické služby a mobilní jednotky v odlehlých oblastech (např. na ostrovech). V současnosti je psychiatrická péče stejně jako ostatní oblasti veřejných služeb v Řecku zmítána ekonomickou krizí, která má vážný dopad na celou populaci a zvláště na ohrožené skupiny, mezi které patří lidé s duševní nemocí. Pokračování reformy psychiatrické péče se jeví jako problematické. Situace volá po reorientaci národní strategie psychiatrické péče směrem k realistickým a prioritně orientovaným cílům, jako např. zajištění stávajících služeb na uspokojivé úrovni, udržení směru reformy, vytvoření nezbytné infrastruktury a pozastavení budování drahých zařízení druhotné důležitosti. Autoři vidí jako hlavní problémy současného stavu psychiatrických služeb nedostatečnou komunikaci mezi jednotlivými sektory péče, nedokončení geografické sektorizace populace a nedostatky v primární péči, které přispívají ke zvyšování požadavků na lůžkovou péči (Christodoulou, Ploumpidis, Christodoulou, & Anagnostopoulos, 2012).

Organizace psychiatrické péče je rozčleněna na veřejnou nemocniční péči, která zaznamenala postupnou redukci. V roce 1970 bylo v Řecku 9 léčeben, nyní pouze 4, jejichž služby využilo v roce 2011 méně než 2000 pacientů. Rezidenční službou jsou i psychiatrická lůžka v 50 všeobecných nemocnicích. Do komunitní péče spadají jednotky so-

ciální rehabilitace, které v roce 2009 využívalo 2689 pacientů. 400 ubytovacích jednotek slouží 3000 pacientům. Dalším typem služeb jsou ambulantní sociální služby zřizované 30 organizacemi sociálního zabezpečení. Primární péči zajišťují převážně všeobecní lékaři nebo psychiatři. Soukromý sektor tvoří 30 klinik, které poskytují hlavně medicínskou léčbu a využívá je asi 3000 pacientů (Christodoulou et al., 2012).

4.4.11 Spojené království

Reforma psychiatrické péče ve Velké Británii se odvíjí od změn národní zdravotnické služby (NZS). V rámci tohoto systému jsou služby poskytovány zdarma. NZS je specifický systém zdravotnické péče založený ve Velké Británii již v poválečném období. V osmdesátých letech začal být kladen větší důraz na management, počet manažerů a administrátorů systému NZS vzrostl z 1000 v roce 1986 na 26 000 v roce 1995, což představovalo velkou zátěž pro systém a některé služby začaly být řešeny subdodavately. Klinická psychiatrie byla poskytována v rámci veřejné péče, ale se snahou zredukovat náklady, podpůrné služby, jako praní, uklízení a stravování, byly objednány u soukromých poskytovatelů. Nárůst rozpočtu ze 7,7 mld. £ v roce 1979/1980 na 18,35 £ v roce 1988/1989 neulehčil problematickou situaci. Cílem strategického dokumentu Bílá kniha „Working for patients“ publikovaného v roce 1989 byl posun z nemocniční ke komunitní péči. Poté se vláda ujala Labour Party a přijala v roce 1997 tzv. „třetí cestu“ (kombinující rovnost a sociální spravedlnost s privatizací a volným trhem). V roce 2002 vzrostly daně a NZS výdaje narostly o 7,4 %. V roce 2002 byl přijat „NZS plán“ pro 10 let, požadující více zdravotníků, více nemocnic a lůžek, národní standardy a čekací doby, koordinaci a spolupráci mezi službami a rozšíření role zdravotních sester. Péče o duševní zdraví je součástí NZS a je ovlivňována jejím vývojem. Z počátku ustavení systému NZS existovaly pouze psychiatrické léčebny, které sloužily nejen jako místo léčby, ale i jako ubytování a stravování. Po vytvoření systému sociálních

a ubytovacích služeb, důchodového systému a sociálního zabezpečení se začaly měnit i funkce léčeben. Podnětem k vybudování komunitní péče v šedesátých letech však byly hlavně skandály v léčebnách a vývoj efektivnější medikace (Deakin & Bhugra, 2012).

Od padesátých let dochází ke snižování počtu lůžek na minimum. Konkrétně jde o redukci ze 154 000 lůžek v roce 1954 na 32 400 lůžek (z nichž pouze 16 639 byla lůžka dlouhodobé péče) v letech 2003–2004 a 27 000 lůžek v roce 2008 (Deakin & Bhugra, 2012; Warner, 2005; Tyrer, 2011). Všechny služby jsou nyní poskytovány v komunitách, které jsou rozděleny podle geografických oblastí a každou má na starosti multidisciplinární tým. Mnohé služby rehabilitace a dlouhodobé péče jsou poskytovány charitativními organizacemi (Deakin & Bhugra, 2012).

V současnosti je ve Velké Británii 7358 psychiatrů na populaci čítající kolem 66 milionů. Celkové náklady na zdravotnickou péči činily 6,8 % HDP v roce 1997, v letech 2007–2008 již 9,4 % HDP. Náklady na psychiatrickou péči dosáhly v roce 2003/2004 148 £ na jednoho pacienta a zvýšily se na 200 £ v roce 2008/2009, avšak jakékoli další zvýšení není v současnosti reálné (Deakin & Bhugra, 2012).

4.4.12 Španělsko

Stav péče o duševní zdraví ve Španělsku je charakterizován geografickou roztržitostí s velkými rozdíly mezi 17 autonomními komunitami a nedostatkem měřitelných indikátorů epidemiologické srovnatelnosti. V případě dětské a dorostové psychiatrie existují i obrovské rozdíly v poskytování služeb a vzdělávání profesionálů. V roce 1986 byl přijat všeobecný zdravotní zákon a tzv. „psychiatrická reforma“, které se staly klíčovými pro reformu péče o duševní zdraví. Dalším podnětem pro pokračování byla Deklarace a Akční plán o duševním zdraví vydaný WHO v roce 2005, na něž navazovala Národní strategie duševního zdraví v roce 2006. Studie identifikovala velkou variabilitu služeb

a financování mezi jednotlivými autonomními oblastmi, nedostatek epidemiologických informací, dobře rozvinutý systém vzdělávání, avšak bez specializace na dětskou psychiatrii, dramatický vzestup výzkumných aktivit. Byl vytvořen strategický plán péče o duševní zdraví pro roky 2006 a 2009–2013. Druhý zmiňovaný představil následující priority: efektivní koordinace a spolupráce mezi službami pro duševně nemocné a primární péčí, zlepšení péče o osoby závislé na psychotropních látkách, potřeba lepší péče pro lidi s vážnými duševními poruchami, pokračování reformních kroků a komunikace se všemi zúčastněnými stranami (Bobes et al., 2012).

Péče o duševní zdraví je součástí systému národního zdravotního pojištění, které pokrývá 100 % nákladů na akutní ambulantní, lůžkovou i specializovanou péči. Medikace je pokryta z pojištění do výše 60 % u osob mladších 65 let a do výše 100 % u lidí starších 65 let. V roce 2009 nabízelo péči 30 veřejných a 56 soukromých psychiatrických léčeben. Tato zařízení měla dohromady 14 564 lůžek (0,32 lůžka na 1000 obyvatel), z toho 5704 veřejných, 9373 soukromých a 1482 denních lůžek (3,23 na 100 000 obyvatel), z toho 697 veřejných a 785 soukromých. Tři autonomní komunity zavřely své léčebny pro dlouhodobě nemocné. Ve všeobecných nemocnicích bylo dohromady 4576 psychiatrických lůžek (3290 akutních a 1286 dlouhodobých), ale pouze 81 dostupných lůžek v soukromých všeobecných nemocnicích (68 akutních a 13 dlouhodobých lůžek). V roce 2007 bylo ve Španělsku 8 psychiatrů na 100 000 obyvatel a v roce 2009 pracovalo 3695 psychiatrů ve veřejných (3215) a soukromých (480) nemocnicích a jejich specializovaných centrech. Představovali 4,4 % španělských lékařů. Čekací lhůty u přibližně poloviny pacientů se pohybují mezi 1 až 30 dny, po 60 dnech bylo přibližně 80 % pacientů objednáno k návštěvě psychiatra (Bobes et al., 2012).

4.4.13 Švédsko

Reformní kroky ve Švédsku začaly v sedmdesátých letech a pokračovaly přijetím zákona o sociálních službách v roce 1982, který zahrnoval povinnost samospráv poskytovat služby zahrnující ubytování a podporu zaměstnání i pro dlouhodobě duševně nemocné. V roce 1993 parlamentní komise shledala, že snahy sociálních služeb v komunitě nejsou dostatečné a nastartovala další reformní kroky (Arvidsson & Ericson, 2005). Reforma v roce 1995 se zaměřila na redukování institucionální a lůžkové péče a přesměrování pacientů do ambulantních zařízení a do stávajících psychosociálních služeb. Problémem byla nepřipravenost personálu na příliv nových pacientů. Počet pacientů přijatých k hospitalizaci se mezi lety 1990 a 2010 snížil u mužů z 2499 na 1505 na 100 000 obyvatel, u žen z 2168 na 1475. Výjimku představuje skupina ve věku 15–24 let, u níž se počet hospitalizací se zvýšil u mužů z 329 na 447 na 100 000 obyvatel a u žen z 378 na 675. Významným tématem švédské psychiatrie je sebevražednost a bezpečnost pacientů. Již v roce 1936 byla zahájena iniciativa k přijetí tzv. Lex Maria, pojmenovaného po incidentu v nemocnici Maria ve Stockholmu, který by zajistil bezpečnost pacientů. Nyní se projednává jeho novela, která se zaměřuje na zpětné prošetření sebevražď, které se udály během šesti měsíců od prvního kontaktu s příslušným pečovatелеm (psychiatrem, sociálním pracovníkem apod.) (Hadlaczky, Stefenson, & Wasserman, 2012).

Každá osoba s duševním problémem může vstoupit do péče prostřednictvím praktického lékaře, specializovaného zařízení nebo krizové péče. V primární péči poskytne základní psychofarmakologickou léčbu a psychosociální podporu u lehčích problémů praktický lékař, avšak vážnější případy jsou posílány do psychiatrického zařízení, které je informováno praktickým lékařem. Po příchodu je pacient vyšetřen psychiatrem (v asi 25 % případů), psychologem nebo psychiatrickou sestrou. Pacientovi je nabídnuta medikace nebo psychoterapie, nebo

oboje. Počet psychiatrů ve Švédsku vzrostl oproti roku 1995 (1205) na 1666 v roce 2009 (49 % mužů a 51 % žen). Naproti tomu počet psychiatrických sester ve stejném období klesl z 6217 v roce 1995 na 5263 v roce 2009 (77 % žen). V průběhu let 1991–2008 se snížil počet pacientů v dobrovolné péči z 8929 na 2285 a nedobrovolné hospitalizace se snížily o 47 %, forenzní příjmy zůstaly nezměněné za celou dobu. Studie z roku 2009 zjistila, že mezi ambulantními pacienty obdržela většina (47 %) výhradně psychofarmakologickou léčbu, 13 % výhradně psychoterapii a 40 % oba typy léčby dohromady. V roce 2009 činil průměrný počet akutní péče 16,08 dne a 12,43 dne ve veřejných a soukromých léčebnách. Zatímco v odděleních dlouhodobé péče to bylo 80,18 dne a 21,68 na odděleních všeobecných nemocnic. Celkem v roce 2009 proběhlo 2 457 887 konzultací v ambulantní péči (z toho 385 519 prvních konzultací) (Hadlaczky et al., 2012).

Zkušenosti s reformou systému psychiatrické péče v Evropě

- Mají stejný cíl, směřování, jehož podstatou je zkvalitnění péče a zlepšení kvality života a společenské integrace pacienta.
- Probíhají postupně a různou rychlostí a jsou spoluročeny historickou zkušeností, sociokulturním prostředím, ekonomickými možnostmi a výchozími podmínkami.
- Nikdy nejde o jednorázový zásah, ale o dynamicky se vyvíjející proces.

4.5 Ověřená opatření / intervence / programy / služby

Výše naznačené problémy spojené s porovnáváním jednotlivých systémů péče a v nich provedených reform jsou natolik významné, že není možné identifikovat ideální model reformy systému péče o duševní zdraví (Becker & Kilian, 2006).

Jako vhodnější se tedy jeví identifikovat, modifikovat a implementovat opatření / intervence / programy / služby, pro jejichž efektivitu a cost-efektivitu existuje v mezinárodním výzkumu průkazná evidence. Matrix identifikovaných opatření / intervencí / programů / služeb by měl systematicky zaplnit jednotlivé segmenty v systému služeb pro duševní zdraví [schéma 2] a následně by měl být konfrontován s matrixem zkušeností existujících v zemi, kde mají být reformní opatření provedena.

Nutné je samozřejmě zahrnout data týkající se předpokládaných nákladů a sociálně-geografické, demografické, legislativní a jiné údaje. Jedině tak lze maximalizovat prostor pro evidence-based přístup k rozvoji systému péče o duševní zdraví a minimalizovat prostor pro prosazování parciálních zájmů jednotlivých zájmových skupin (stakeholderů). Zmíněný postup dalece přesahuje meze zde předkládané studie, nicméně představuje logickou a komplementární součást, která by měla být před započítím implementace reformních projektů provedena.

5. Doporučení pro reformu psychiatrické péče v ČR

Mimo doporučení, která byla nastíněna v předchozí podkapitole a jinde v textu, je třeba vycházet z dalších současných odborných analýz, které byly provedeny buď respektovanými odborníky, nebo lépe pod patronací organizací udávajících diskurz dalších změn a vývoje. Mezi odborníky i nadnárodními institucemi působícími na poli duševního zdraví existuje značná shoda a komplementarita v tom, kde jsou priority a co je třeba dělat (WHO, 2001; WHO, 2005; EC, 2005; Gaebel, & Zeliasek, 2012; FEAM, 2010; The Schizophrenia Commission, 2012; Fears & Höschl, 2011; Höschl, 2009; Thornicroft, 2011; Medeiros et al., 2008; Knapp et al., 2007).

Green Paper (EC, 2005) označuje za priority oblasti: (a) podpora duševního zdraví v mládí a vzdělávání k duševnímu zdraví, (b) prevence deprese a sebevražd, (c) duševního zdraví ve stáří, (d) duševního zdraví na pracovišti, (e) eliminace stigmatu a sociálního vyloučení.

EPA (European Psychiatric Association) rozděluje doporučení na strukturální a procesní, přičemž jednotlivá doporučení směřuje na makro, mezo i mikro úroveň a klade důraz na práva pacientů, personál a jeho vzdělávání, kvalitu, strukturu, systém fungování a poskytování služeb, v neposlední řadě pak samozřejmě také na informace a výzkum (Gaebel & Zeliasek, 2012).

FEAM (The Federation of the European Academies of Medicine) vydala své prohlášení ke klíčovým tématům politik vztahujících se k duševnímu zdraví. Svá doporučení rozdělila do tří oblastí: (a) dosáhnout lepšího porozumění psychosociálním a biologickým faktorům asociovaným k duševním onemocněním a jejich vzájemným interakcím, (b) využít vědeckého pokroku k rozvoji efektivního rozpoznávání, klasifikaci, diagnostice a léčbě duševních onemocnění, (c) sdílet nejlepší praxi a optimalizovat systém relevantních služeb (FEAM, 2010).

The Schizophrenia Commission (2012) doporučuje identifikovat nejpalčivější oblasti v systému péče z hlediska uživatelského i finančního

a tyto pak řešit v souladu s přístupem, který jsme doporučili výše.

Fears & Höschl (2011) a Höschl (2009) doporučují mimo jiné harmonizaci výzkumu, vzdělávání, legislativy a politických aktivit. Thornicroft (2011) dodává, že klíčovou oblastí, na niž je třeba zaměřit pozornost, je sociální vyloučení.

The Mental Health Economics European Network (Medeiros et al., 2008) doporučuje nahlížet reformy a deinstitucionalizaci jako dlouhodobý proces, kdy je třeba zajistit a ekonomicky dostatečně reflektovat poskytování služeb skrze zařízení primární péče, která jsou podporována adekvátním systémem sekundární péče a kde komunitní péče zajišťuje podporu v oblasti sociální, bydlení, vzdělávání a pracovní. Knapp et al. (2007) poskytuje další cenná doporučení, jak postupovat v procesu reformy, tak aby byl co nejvíce evidence-based.

Dokumentům WHO nebyla v předchozím odstavci věnována pozornost, neboť mezi nimi existuje značná kontinuita, která má svůj vrchol v nyní finalizovaném Akčním plánu pro Evropu, jemuž se zde pro jeho fundamentální důležitost budeme věnovat obsírněji. Akční plán shledává, že evropská společnost čelí v oblasti duševního zdraví zásadním výzvám, které, pokud nebudou adekvátně zvládnuty, tak velmi citelně naruší kvalitu života v celé společnosti. Navrženy jsou proto následující cíle a úkoly pro jednotlivé členské státy, z nichž je patrná multidimenzionalita problematiky duševního zdraví:

1. Každý má rovné právo realizovat svoji duševní pohodu v kterémkoli věku a toto právo je zajištěno zvláště těm, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohrožení.

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadá vývoj a implementace programů zaměřených na prevenci suicidality, vývoj a implementace kvalitních programů prevence ve školách, stimulovat zaměstnavatele k vývoji a implementaci preventivních programů na

pracovištích, zajistit nízkoprahové služby včasné intervence pro staré lidi.

2. Lidská práva lidí s duševními problémy jsou naplňována, ceněna, podporována a chráněna.

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadá adaptovat nebo aktualizovat politiku a legislativu zajišťující ochranu lidských práv a proti diskriminaci spojených s problematikou duševního zdraví, zajistit pacientům a jejich rodinným příslušníkům adekvátní a přístupné informace týkající se léčby a jejich práv, vytvořit mechanismy participace duševně nemocných na tvorbě politik a služeb, zajistit bezplatný přístup k právním informacím pro nedobrovolně přijaté do léčby.

3. Služby v oblasti duševního zdraví jsou dostupné, finančně dosažitelné a poskytované v komunitě.

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadá vytvořit národní strategie obsahující priority a zodpovědnosti jednotlivých aktérů, zajistit schopnost poskytnout základní ošetření problémů spojených s duševním zdravím v rámci primární lékařské péče, zakládat komunitní služby schopné včasné intervence a outreach týmy na dosah nejvíce zranitelným skupinám obyvatel, vytvořit psychiatrická oddělení s adekvátní úrovní pokojů a jiných zařízení a obsluhované kvalifikovaným personálem, zajistit zvláštní trénink pro personál obsluhující forenzní lůžka, dlouhodobě a všestranně podporovat pečující rodiny, odstranit překážky v péči pro nejvíce deprivované skupiny obyvatel a implementovat evidence-based kampaně zaměřené na snižování stigma v komunitách a mezi veřejností.

4. Lidé mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní léčbu, o které mohou spolurozhodovat.

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadá zajistit bezpečné a efektivní intervence podporující respekt k pacientovi, zahrnout pacienty do procesu léčby a umožnit jim podílet se na rozhodování, zajistit dodržování etických standardů ve veškerých zařízeních, zajistit adekvátní proporci učiva věnovaného duševnímu zdraví do bakalářských a jiných vzdělávacích programů všech lékařů a dalšího relevantního personálu, zajistit péči o personál a příležitosti pro jeho celoživotní vzdělávání a připravit tak personál na změny.

5. Zdravotnické systémy poskytují dobrou fyzickou i duševní péči pro všechny.

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadá zajistit rovnost v poskytování zdravotní péče, vhodnou antidiskriminační legislativou zlepšit přístup lidí s duševním onemocněním ke zdravotní péči, monitorovat ukazatele zdraví a vedlejší účinky medikace u lidí s duševním onemocněním, zahrnout do vzdělávání a léčby duševně nemocných otázky týkající se životního stylu, zajistit všem všeobecným lékařům adekvátní výcvik tak, aby byli schopni rozpoznat a umět pomoci s úzkostí a depresí u lidí s fyzickými problémy.

6. Systémy péče o duševní zdraví pracují v rámci dobře koordinovaných partnerství s ostatními relevantními sektory.

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadá specifikovat role a koordinovat jednotlivé stakeholdery v systému a neomezovat se pouze na zdravotnictví, iniciovat partnerství, vytvářet příležitosti pro účasti lidí s duševním onemocněním a jejich rodin na plánování péče.

7. Politika a poskytování péče se řídí náležitými informacemi a znalostmi.

Mezi důležité úkoly pro členské státy v rámci tohoto cíle spadá naplňovat stanovené indikátory a reportovat je zpět WHO, kvalitu a lidská práva posuzovat a reportovat v rámci transparentních zpráv, v režimu zajišťujícím ochranu a důvěrnost osobních údajů zajistit sdílení informací mezi kliniky a ostatními poskytovateli péče, zajistit účast uživatelů péče a jejich rodin na hodnocení kvality poskytovaných služeb a podporovat výzkum ve všech směrech od efektivních inovací po hodnocení výsledků služeb.

Co je podstatné při hodnocení postupu reformy

- Hodnotit reformu jako celek je velmi obtížné, vyžaduje to srovnávání vývoje, i takových makroindikátorů, jako jsou velikost neléčené populace, úroveň stigmatizace, míra reinstitucionalizace, přístup ke službám, míra sebevraždy atd.
- Praktičtější je vyhodnocovat v průběhu reformy účinnost jednotlivých kroků či intervencí a zavádět další systémové změny v závislosti na úspěšnosti implementace předchozích kroků.

Závěr

Cílem práce bylo podat aktuální a odborně přesný přehled mezinárodních, zejména evropských zkušeností s transformací psychiatrické péče. Na základě rozsáhlé literatury jsou postiženy základní oblasti, které determinují potřebu transformace péče o duševní zdraví, jako jsou kvalifikované odhady celkové společenské zátěže vztahující se k psychiatrické nemocnosti. Stručně jsou popsána relevantní opatření v oblasti nejen zdravotní politiky, bez nichž nelze reformní kroky realizovat. Specifická pozornost je věnována jednotlivým komponentám systému, tj. službám, financování a legislativě, přitom se závěry autorů opírají o reprezentativní data. Mezinárodní zkušenosti jsou ilustrovány případovými studii, jež dokládají vývoj ve vybraných evropských zemích. Předložená práce nabízí i doporučení použitelná pro reformu v České republice.

Autoři chápou předloženou publikaci jako první část rozsáhlejší analýzy, která byla napsána tak, aby psychiatrům a odborníkům v oblasti zdravotní politiky poskytla odbornou oporu při koncipování reformní strategie.

Druhá (rozsáhlejší a časově náročnější) část práce, by se měla zaměřit na podrobný popis a vyhodnocení konkrétních opatření, intervencí a programových kroků, které provázely reformy v evropských zemích. Spolu s tím by druhá část přinesla zhodnocení současného stavu v ČR v konkrétní oblasti, což by umožnilo v průběhu reformy vyhodnocovat úspěšnost implementace daného opatření. Celá práce by tak vytvořila plausibilní koncepčně soudržný rámec, který by orientoval reformní strategii a napomohl formulovat konkrétní akční plány implementace reformy psychiatrické péče v ČR.

Shrnutí

Tato studie se věnuje systematické komparaci evropských systémů psychiatrické péče. Odborný text je založen na analýze dostupné literatury, která se zabývá evropskými systémy psychiatrické péče, evropskou politikou v oblasti duševního zdraví, reformami psychiatrické péče v Evropě a na důkazech založeným rozvojem systému psychiatrické péče. Data pro samotnou komparaci byla čerpána jak z veřejně dostupných databází relevantních organizací, především ze Světové zdravotnické organizace, tak ze specializovaných studií věnujících se vybraným aspektům systémů psychiatrické péče, například analýze nákladovosti na duševní onemocnění. V komparativní analýze byly využity jak tradiční, tak inovativní metody, a studie tak nabízí mnohovrstevnatý vhled do jinak obtížně interpretovatelných dat. Výsledky jasně ukazují, že psychiatrická péče v České republice značně zůstává především v oblasti komunitní psychiatrie, což může být částečně vysvětleno, ale vzhledem k relativně vysokému hrubému domácímu produktu nikoli ospravedlněno historickým vývojem na území ČR ve 20. století. Značné politické, odborné a výzkumné úsilí bude třeba, aby chystaná reforma naplnila svá předsevzetí a psychiatrická péče v ČR se přiblížila standardům běžným v zemích blízkého civilizačního okruhu.

CZ

Summary

This study is dedicated to the systematic comparison of the European's mental health care systems. The text is based on analyses of available professional literature on European's mental health care systems, European's mental health policy, reforms of mental health care accomplished in Europe so far, and evidence-based mental health care development. The data for the comparison itself were extracted from both, the databases of relevant organizations, such as WHO, as well as from the specialized studies engaged in various particular aspects of mental health care systems, such as analyses of costs and burden of mental disorders. Traditional as well as inovative methods were utilized in order to analyze the data. This enabled multidimensional insight into the otherwise hardly interpretable data. Results clearly show the underdevelopment of Czech mental health care in the field of community psychiatry. The history of the Czech Republic in the 20th century explains great deal of this underdevelopment. The explanation is, however, not the justification, and the disparity between the level of gross domestic product per capita and the level of mental health care in the country is tremendous. Much political, professional and scientific effort will be needed to fulfill the objectives of the forthcoming reform and to bring the Czech mental health care closer to the standards of countries proximal to its civilizational pertinence.

EN

Literatura

de Almeida, J. M. C., Killaspy, H. (Eds.). (2011). Long-term mental health care for people with severe mental disorders. Brussels: European Commission.

Amaddeo, F., Barbui, C., & Tansella, M. (2012). State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 314–320.

Bahbouh, R. (2012). Sociomapování týmů. Praha: QED Group.

Bauer, J., Okkels, N., & Munk-Jørgensen, P. (2012). State of psychiatry in Denmark. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 295–300.

Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H. C., Schene, A., Tansella, M., Thornicroft, G., & Vazquez-Barquero, J. L. (2002). The EPSILON Study - a study of care for people with schizophrenia in five European centres. *World Psychiatry*, 1(1): 45–47.

Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H. C., Schene, A., Tansella, M., Thornicroft, G., & Vazquez-Barquero, J. L. (2006). The EPSILON Study - a study of care for people with schizophrenia in five European centres. In: Thornicroft Graham et al. *International Outcome Measures in Mental Health: Quality of Life, Needs, Service Satisfaction, Costs and Impact on Carers*. Trowbridge: Cromwell Press.

Becker, T., & Killian, R. (2006). Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (Suppl. 429): 9–16.

Becker, T., & Vázquez-Barquero, J. L. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (Suppl. 410): 8–14.

Bitter I., & Kurimay T. (2012). State of psychiatry in Hungary. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 307–313.

Bobes, J., Garzia-Portilla, M. P., Bobes-Bascaran, M. T., Parellada, M., Bascaran, M. T., Saiz, P. A., ... Arango, C. (2012). The state of psychiatry in Spain. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 347–355.

Christodoulou, G. N., Ploumpidis, D. N., Christodoulou, N. G., & Anagnostopoulos, D. C. (2012). The state of psychiatry in Greece. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 301–306.

Davidson, L., Mezzina, R., Rowe, M., & Thompson, K. (2010). “A life in the community”: Italian mental health reform and recovery. *Journal of Mental Health*, 19(5): 436–443.

Deakin, N., & Bhugra, D. (2012). State of psychiatric services in the UK. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 379–384.

Dogra, N., Höschl, C., & Moussaoui, D. (2010). Developing a medical student curriculum in psychiatry. In: Gask L, Coskun B, Baron D. (Eds.). *Teaching psychiatry: putting theory into practice*. Chichester: John Wiley & Sons.

Drake, R. E., & Goldman, H. H. (2003). The future of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatr Clin North Am.* 26(4):1011–1016.

European Commission (2005). *Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General, European Commission.

- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2002). The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 187–192.
- FEAM (2010). FEAM Statement on Mental Health Policy Issues. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Fears, R., & Höschl, C. (2011). Mental health policy issues: the view from FEAM. *European Psychiatry*, 26 (1): 3–6.
- Gaebel, W., & Zielasek, J. (2012). Psychiatry in Germany 2012. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 371–378.
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B., ... The Epsilon Study Group (2002) Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105: 283–292.
- Ganju, V. (2003). Implementation of Evidence-Based Practices in State Mental Health Systems: Implications for Research and Effectiveness Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 29(1): 125–131.
- Girolamo, G., Bassi, M., Neri, G., Ruggeri, M., Santone, G., & Picardi, A. (2007). The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 257: 83–91.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10): 718–779.
- Hadlaczky, G., Stefenson, A., & Wasserman, D. (2012). The state of psychiatry in Sweden. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 356–362.
- Haring, C. (2012). Austria: A brief report. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 369–370.
- Heider, D., Bernert, S., König, H. H., Matschinger, H., Hough, T., Brugha, T. S., ... Toumi, M. (2009). Direct medical mental health care costs of schizophrenia in France, Germany and the United Kingdom – Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *European Psychiatry*, 24(4): 216–224.
- Hellerstein, D. J. (2008). Practice-Based Evidence Rather Than Evidence-Based Practice in Psychiatry. *Medscape Journal of Medicine*; 10(6): 141.
- Hermans, M. H. M., de Witte, N., & Dom, G. (2012) The state of psychiatry in Belgium. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 286–294.
- Höschl, C. (2009). European psychiatry: needs, challenges and structures. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 259 (Suppl 2): 119–122.
- Höschl, C., & Niekerk, J., van (2010). Recruitment of psychiatrists: the key role of education. In: Gask, L., Coskun, B., Baron, D. (Eds.): *Teaching psychiatry: putting theory into practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Höschl, C., Winkler, P., & Pěč, O. (2012). The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 278–285.
- Honkonen, T., Saarinen, S., & Salokangas, R. K. R. (1999). Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3): 543–551.

- Jané-Lopis, E., & Andersson, P. (Eds.). (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Jenkins, R., McDaid, D., Brugha, T., Cutler, P., & Hayward, R. (2007). The evidence base in mental health policy and practice. In Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press.
- Killaspy, H. (2006). From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin*, 79–80: 245–258.
- Knapp, M., Chisholm, D., Leese, M., Amaddeo, F., Tansella, M., Schene, A., ... The EPSILON Study Group. (2002). Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105: 42–54.
- Knapp, M., & McDaid, D. (2007). Financing and funding mental health care services. In Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press.
- Knapp, M., McDaid, D., & Medeiros, H. (Eds.). (2008). *Economics, Mental Health and Policy: An Overview*. MHEEN Group. London: London School of Economics & Political Science.
- Lefebvre, J., Cyr, M., Lesage, A., Fournier, L., & Toupin, J. (2000). Unmet needs in the community: can existing services meet them? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 65–70.
- Leff, J. (2001). Why is the community care perceived as a failure? *British Journal of Psychiatry*, 179: 381–383.
- Leguay, D., & Boyer, P. (2012). The organization of psychiatric care in France: Current aspects and future challenges. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 363–368.
- Levine, R., & Fink, M. (2006). The case against evidence-based principles in psychiatry. *Medical Hypotheses*, 67(2): 401–410.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., ... Murray, C. J. L. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380: 2095–2128.
- Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M., & The MHEEN Group. (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: London School of Economics.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H. C., Vazquez-Barquero, J. L., ... The EPSILON Study Group. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103: 370–379.
- Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(1): e51333.

- Muijen, M. (2008). Mental Health Services in Europe: An Overview. *Psychiatric Services*, 59: 479–482.
- Mundt, A.P., Frančišković, T., Gurovich, I., Heinz, A., Ignatyev, Y., Ismailov, F., ... Priebe S. (2012). Changes in the Provision of Institutionalized Mental Health Care in Post-Communist Countries. *PLoS ONE*, 7(6): e38490.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... Lopez, A., D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380: 2197–2223.
- Novella, M. J. (2008). Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: a critical review. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11: 303–314.
- Novella, M. J. (2010). Mental Health Care in the Aftermath of Deinstitutionalization: A Retrospective and Prospective View. *Health Care Analysis*, 18: 222–238.
- Nutt, D. J. (2011). The full cost and burden of disorders of the brain in Europe exposed for the first time. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (10): 715–717.
- Painter, K. (2012). Evidence-Based Practices in Community Mental Health: Outcome Evaluation. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 94(4): 434–444.
- Palha, A., & Marques-Teixeira, J. (2012). The emergence of psychiatry in Portugal: From its roots to now. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 334–340.
- Perreault, M., Paquin, G., Kennedy, S., Desmairas, J., & Tardif, H. (1999). Patients' perspective on their relatives' involvement in the treatment during a short-term psychiatric hospitalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34: 157–165.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., ... Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 330: 123–126.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., ... Wright D. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59: 570–573.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, Q., Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J. L., Becker, T., ... The EPSILON Study Group. (2003). Satisfaction With Mental Health Services Among People With Schizophrenia in Five European Sites: Results From the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2): 229–245.
- Salize, H. J., Rössler, W., & Becker, T. (2007). Mental health care in Germany. Current state and trends. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 257: 92–103.
- Sayce, L., & Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press.
- Schijndel, M., van, Gerrits, W. L. J., Niesink, P., & der Gaag, R. J., van. (2012). The state of psychiatry in the Netherlands: Strength by quality, influence by capabilities. *International Review of Psychiatry*, 24(4): 321–327.

Semrau, M., Barley, E. A., Law, A., & Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10: 217–225.

Shorter, E. (2007). The historical development of mental health services in Europe. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press.

The Schizophrenia Commission. (2012). *The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness.

Thompson, A. (1993). Inpatients' opinion of the quality of acute hospital care: Discrimination as the key to measurement validity. In Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (Eds.). *Measurement of Patients' Satisfaction With Their Care*. London: Royal College of Physicians.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1996). *Mental Health Outcome Measures*. Heidelberg: Springer Verlag.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1998). A conceptual framework for mental health services: the Matrix Model. *Psychological Medicine*, 28: 503–508.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press.

Thornicroft, G., & Tansella, M., Law, A. (2008) Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry*, 7: 87–92.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Thornicroft, G. (2011). European mental health policy: the key issue is social inclusion. *European Journal of Public Health*, 21(5): 548–549.

Trieman, N., Leff, J., & Glover, G. (1999). Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 319: 13–16.

Turnet, T. (2004). The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiatry*, 3(1): 1–4.

Weeghel, J., van, Audenhove, C., van, Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liégeois, A., McCulloch, A., ... Bauduin, D. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28: 274–281.

Warner, L. (2005). *Acute Care in Crisis*. In Bell, A. & Lindley, P. (Eds). *Beyond the Water Towers: The unfinished revolution in mental health services 1985–2005*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

Winkler, P. (2012). Náklady na nemoci mozku v roce 2010: Evropa 797,7 MLD, ČR 10,2 MLD. Euro. Rozšířená zpráva z Gustavsson et al. (2011). *Psychiatrie*, 16(1): 44–49.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9): 655–679.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2008). *Policies and Practices for Mental Health in Europe: Meeting the Challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2001). Atlas: Mental Health Resources in the World 2001. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2013). The European Mental Health Action Plan (Draft). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2005). Mental Health Atlas 2005. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2011). Mental Health Atlas 2011. Geneva: WHO.

Seznam použitých zkratek

DALY (Disability Adjusted Life Years) – roky života vážené disabilitou

EC (European Council) – Evropská rada

EPSILON (European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs) – název studie zabývající se hodnocením psychiatrických služeb ve vybraných zemích Evropy

ESeMed (The European Study of Epidemiology of Mental Disorders) – Evropská studie epidemiologie duševních onemocnění

EPA (European Psychiatric Association) – Evropská psychiatrická asociace

EU (European Union) – Evropská unie

FEAM (The Federation of European Academies of Medicine) – Federace evropských zdravotnických akademií

GAF (Global Assessment of Functioning) – škála pro celkové hodnocení fungování používaná v psychiatrii

MHEEN (Mental Health Economics European Network) – Evropská síť pro ekonomiku v oblasti duševního zdraví

NZS Národní zdravotnická služba ve Spojeném království, známé také pod zkratkou NHS (National Health Service)

UN (United Nations) – Organizace spojených národů

VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO (World Health Organization) – Světová zdravotnická organizace

Seznam schémat, tabulek, grafů a sociomap

Schémata

Schéma 1 – DALY, roky života vážené disabilitou (str. 12)

Schéma 2 – Potřeby lidí s duševním onemocněním (str. 20)

Grafy

Graf 1 – Podíl DALY způsobených duševními onemocněními na celkovém počtu DALY za všechny skupiny onemocnění v nových a starých zemích EU (str. 13)

Graf 2 – Průměrný počet lůžek připadajících na jednu psychiatrickou léčebnu v nových a starých zemích EU (str. 27)

Graf 3 – Finance investované do oblasti duševního zdraví v nových zemích EU (str. 30)

Graf 4 - Finance investované do oblasti duševního zdraví v starých zemích EU (str. 31)

Tabulky

Tabulka 1 – Počet zařízení psychiatrické péče dle typu v nových a starých zemích EU (str. 26)

Tabulka 2 – Existence specifických celonárodních politik, plánů a legislativy týkající se duševního zdraví v zemích EU (str. 28)

Tabulka 3 – Počet konvenčních psychiatrických lůžek a psychiatrů v starých zemích EU (str. 29)

Tabulka 4 – Počet konvenčních psychiatrických lůžek a psychiatrů v nových zemích EU (str. 29)

Tabulka 5 – Změny v počtu lůžek přepočtených na 100. tis obyvatel ve vybraných zemích západní Evropy (str. 37)

Tabulka 6 – Počet lidí s duševním onemocněním v zemích EU v roce 2010 (str. 38)

Tabulka 7 – Průměrné náklady na jednotlivá duševní onemocnění na jednoho pacienta za rok v zemích EU v roce 2010 (str. 39)

Tabulka 8 – Celkové náklady na duševní onemocnění v nových zemích EU v roce 2010 (str. 40)

Sociomapy

Sociomapa 1 – Kontextuální postavení psychiatrické péče v ČR v parametru dostupnosti extramurálních forem psychiatrické péče na pozadí HDP per capita PPP (USD) (str. 34)

Sociomapa 2 – Strukturální podobnost psychiatrické péče v ČR v kontextu 31 zemi Evropy na pozadí HDP per capita podle PPP (USD) (str. 35)

Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení

Petr Winkler, Filip Španiel, Ladislav Csémy, Miroslava Janoušková, Linda Krejníková

Vydalo Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, 181 03 Praha 8-Bohnice

1. vydání – 2013 – 69 stran

Redaktor: PhDr. Alena Palčová

Typografická úprava a DTP sazba: Radovan Marček

© Psychiatrické centrum Praha, 2013

ISBN 978-80-87142-21-9

