

Tomáš Petr a kolektiv

Ošetřovatelství v psychiatrii

2., přepracované a doplněné vydání





Tomáš Petr a kolektiv

Ošetřovatelství v psychiatrii

2., přepracované a doplněné vydání



GRADA Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**. Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

Tomáš Petr a kolektiv

Ošetřovatelství v psychiatrii

2., přepracované a doplněné vydání

Hlavní autor a editor: Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.**Autorský kolektiv:**

Mgr. Jan Běhounek

Radka Blumenthalová

doc. Mgr. Martina Dubovcová, Ph.D., MPH

MUDr. Jiří Dvořáček, Ph.D.

Mgr. Zuzana Fišarová

Mgr. Kateřina Hollá, Ph.D.

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.

Martina Jurošková, DiS.

Mgr. Marie Kmecová, Ph.D.

Ing. Martina Kotyková, Ph.D.

Petr Koubíček

PharmDr. Veronika Krejčí

Bc. Hana Kudrnovská

Mgr. Alena Müllerová

Bc. Blanka Novotná

MUDr. Ondřej Pěč, Ph.D.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Mgr. Marek Procházka

Mgr. Pavel Řičan

Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D., MBA

MUDr. Jan Uhlíř

Bc. Svatava Uhlířová

Jana Votavová, DiS.

Mgr. Jana Zoufalá

Recenze: prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

© Grada Publishing, a.s., 2026

Cover Photo © depositphotos.com, 2026

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10 493. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. et Mgr. Olga Kopalová

Sazba a zlom Bc. Jaroslav Kolman

Počet stran 384

2. vydání, Praha 2026

Vytiskla TISKÁRNA V RÁJI, s.r.o., Pardubice

Kniha vychází s finanční podporou České asociace sester, z.s., a firem AKESO holding a.s.

a HIPPO, spol. s r.o. Všem těmto partnerům děkujeme za podporu.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-6384-7 (ePub)

ISBN 978-80-271-6383-0 (pdf)

ISBN 978-80-271-5313-8 (print)

Obsah

Předmluva	13
-----------------	----

I Obecná část

1 Organizace psychiatrických služeb v ČR, zapojování peer konzultantů a role neformálních pečujících	17
1.1 Organizace zdravotních služeb z různých perspektiv	17
1.2 Principy funkčního systému služeb	19
1.3 Struktura psychiatrických služeb v ČR	20
1.3.1 Ambulantní péče	20
1.3.2 Lůžková péče	21
1.3.3 Komunitní péče	22
1.4 Změna paradigmatu	24
1.5 Zapojování peer konzultantů v oblasti péče o duševní zdraví	25
1.5.1 Kdo je peer konzultant?	25
1.5.2 Co dělá peer konzultant?	25
1.5.3 Zkušenost – zkušenostní znalost – zkušenostní expertíza	26
1.5.4 Hodnoty peerské práce	26
1.5.5 Evidence o účinnosti	27
1.5.6 Peer konzultanti – historie a současnost	27
1.5.7 Mylné představy o peer konzultantech	28
1.5.8 Na co je potřeba dát pozor	29
1.5.9 Praktická doporučení pro zapojování peer konzultantů	30
1.6 Role neformálních pečujících v systému péče o duševní zdraví	31
1.6.1 Neformální pečující a jeho role v systému péče o duševní zdraví ...	31
1.6.2 Organizace neformálních pečujících v České republice a Evropě ...	31
1.6.3 Přínosy a slabá místa role neformálních pečujících	32
1.6.4 Vzdělávání, osvěta a podpora	34
2 Role psychiatrické sestry v systému péče o duševní zdraví	36
2.1 Odbornost psychiatrické sestry	36
2.1.1 Hildegard E. Peplau – zakladatelka psychiatrického ošetřovatelství .	36
2.2 Odborná příprava psychiatrických sester	37
2.3 Kompetence psychiatrických sester	38
2.3.1 Legislativní vymezení kompetencí	38
2.3.2 Kompetence psychiatrické sestry	39
2.4 Role psychiatrické sestry v systému služeb	41
2.5 Výkony hrazené systémem veřejného zdravotního pojištění	42
2.5.1 Seznam výkonů odbornosti 914	43

3	Specifické intervence psychiatrických sester	44
3.1	Hodnocení psychického stavu	44
3.1.1	Hodnocení v průběhu hospitalizace	44
3.1.2	Hodnocení v komunitních službách	44
3.1.3	Komplexní hodnocení psychického stavu pacienta	45
3.2	Komunikační dovednosti	46
3.2.1	Komunikace jako terapeutický nástroj	46
3.2.2	Podpůrný rozhovor	47
3.2.3	Motivační rozhovor	47
3.2.4	Rozhovor s rozhněvaným člověkem	47
3.3	Psychoedukační činnosti	47
3.4	Psychoterapeutické činnosti	50
3.4.1	Psychosociální intervence	51
3.4.2	Psychoterapeutické konzultace	52
3.5	Poradenská činnost a podpora svépomoci	52
3.6	Péče o fyzické zdraví	54
3.7	Podávání léčiv	55
3.7.1	Podávání léčiv za hospitalizace	56
3.7.2	Podávání léčiv v ambulantních/terénních službách	56
3.7.3	Depotní léčiva	57
3.7.4	Inhalační podávání léčiv	57
4	Etické otázky při poskytování psychiatrické péče	59
4.1	Etika v ošetrovatelství	60
4.2	Základní principy v řešení etických otázek	61
4.2.1	Přístup k řešení etických otázek	62
4.3	Vybrané etické otázky z oblasti psychiatrické péče	62
4.3.1	Formování práv lidí s duševním onemocněním	64
4.3.2	Informovaný souhlas v psychiatrii	66
4.3.3	Respekt k volbě pacienta	67
4.3.4	Důstojný přístup, prevence špatného zacházení	68
4.3.5	Právo na péči v co nejméně omezujícím prostředí	69
4.3.6	Hospitalizace proti vůli člověka	71
4.3.7	Stanovování psychiatrických diagnóz	73
4.3.8	Etický přístup k náročným pacientům	73
4.3.9	Preskripce léků	74
4.3.10	Etika psychoterapie	74
5	Právní problematika ošetrovatelské péče v psychiatrii	76
5.1	Základní právní předpisy a pravidla pro psychiatrickou péči	77
5.2	Základní práva a svobody v psychiatrii	78
5.2.1	Co jsou základní práva a svobody	78
5.2.2	Základní lidskoprávní zásady psychiatrické péče	79
5.2.3	Špatné zacházení na psychiatrii	81
5.2.4	Role managementu při naplňování práv pacienta	82
5.2.5	Základní práva a svobody personálu	82

5.3	Stížnostní a kontrolní mechanismy	84
5.4	Kdo rozhoduje o poskytnutí zdravotních služeb	85
5.5	Nedobrovolná hospitalizace	86
5.6	Informovaný souhlas	90
5.7	Svéprávnost a její omezování	93
5.8	Omezující prvky v psychiatrické péči	94
5.9	Omezovací prostředky	97
5.10	Pedopsychiatrie a právo	101
5.11	Způsobilost k řízení motorových vozidel a držení zbraně	103
5.11.1	Řidičský průkaz	103
5.11.2	Zbrojní pas	103
5.12	Ochranné léčení	104
5.13	Posuzování trestněprávní odpovědnosti v psychiatrii	105
6	Základy biologické léčby v psychiatrii	108
6.1	Definice a zásady biologické léčby	108
6.2	Farmakoterapie v psychiatrii	108
6.3	Elektrokonvulzivní terapie (ECT)	109
6.3.1	Příprava pacienta k ECT	109
6.3.2	Provedení ECT	110
6.3.3	Role sestry po zákroku	110
6.3.4	Nežádoucí účinky a bezpečnostní opatření při ECT	111
6.4	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) v psychiatrické péči	111
6.4.1	Historické souvislosti a vývoj rTMS	111
6.4.2	Mechanismus účinku	111
6.4.3	Průběh léčby	112
6.5	Spánková deprivace	113
6.6	Fototerapie	113
6.7	Stimulace nervus vagus	113
6.8	Psychochirurgie	113
7	Úvod do psychofarmakoterapie	115
7.1	Rozdělení psychofarmak	115
7.2	Antidepresiva	116
7.2.1	Základní rozdělení antidepresiv	117
7.2.2	Nejčastější nežádoucí účinky	119
7.2.3	Významné lékové interakce	122
7.3	Antipsychotika	123
7.3.1	Typická antipsychotika	123
7.3.2	Atypická antipsychotika	125
7.3.3	Depotní antipsychotika	129
7.4	Anxiolytika	129
7.4.1	Benzodiazepiny	129
7.4.2	Nebenzodiazepinová anxiolytika	131

7.5	Hypnotika	131
7.5.1	Hlavní zástupci	131
7.6	Stabilizátory nálady	132
7.6.1	Mechanismus účinku	132
7.6.2	Základní indikace	133
7.6.3	Nežádoucí účinky	133
7.6.4	Významné lékové interakce	133
7.6.5	Monitorace a bezpečnost léčby stabilizátory nálady	134
7.7	Kognitiva	134
7.7.1	Inhibitory cholinesteráz	135
7.7.2	Memantin	135
7.7.3	Nootropika	135
7.8	Léčba poruch pozornosti s hyperaktivitou	136
7.9	Základní principy terapie psychofarmaky v těhotenství a při kojení ...	136
7.9.1	Léčba v období těhotenství	136
7.9.2	Léčba v období kojení	138
7.10	Lékové formy psychofarmak	139
7.11	Terapeutické monitorování hladin psychofarmak	139
7.12	Na závěr	140
8	Psychoterapeutické dovednosti v práci sestry	143
8.1	Úvod do psychoterapie	143
8.1.1	Společné faktory v psychoterapii	143
8.1.2	Porozumění sobě jako základní předpoklad terapeutické práce ...	145
8.2	Teoretické koncepty	146
8.2.1	Koncept vycházející z kognitivně-behaviorální terapie	146
8.2.2	Neurobiologické koncepty	148
8.2.3	Koncept vycházející ze struktury osobnosti	152
8.2.4	Koncept Nenásilné komunikace	154
8.2.5	Pesso-Boyden psychoterapeutický přístup	155
8.3	Vzájemné propojení psychoterapeutických konceptů	156
8.3.1	Koncept zranitelnosti	156
8.3.2	Návrat do odolnosti	157
8.4	Psychoterapeutické techniky: podpůrný a motivační rozhovor	158
8.4.1	Podpůrný rozhovor	159
8.4.2	Motivační rozhovor	160
8.5	Základní principy krizové intervence	166
9	Komunitní péče v psychiatrii	170
9.1	Formy podpory	170
9.2	Služby poskytované v komunitní péči a jejich cílová skupina	171
9.3	Zotavení a praxe orientovaná na zotavení	172
9.3.1	Co je zotavení?	172
9.3.2	Proces zotavení	174
9.4	Základní prvky komunitních služeb ve vztahu ke zdravotnímu systému	175

9.5	Metody práce v komunitních službách	178
9.5.1	Psychiatrická rehabilitace	178
9.5.2	Case management	180
9.5.3	Asertivní komunitní léčba jako možnost udržení a resocializace klientů ve vlastním prostředí	180
9.6	Plánování v rámci komunitních služeb	182
9.6.1	Tvorba rehabilitačního plánu	182
9.6.2	Tvorba krizového plánu	183
9.7	Postavení psychiatrické sestry jako člena multidisciplinárního týmu	184
9.8	Reflexe a vědomá praxe	185
9.9	Důležitost sebepěče	186
9.10	Supervize	187

10 Management rizik při poskytování psychiatrické ošetrovatelské péče – prevence, deeskalace, fyzické intervence 193

10.1	Prevence rizik a konfliktů	194
10.1.1	Příčiny konfliktů	195
10.1.2	Opatření předcházející výskytu rizikového chování a konfliktů	196
10.1.3	Předcházení rizikům v rámci poskytování komunitních služeb	200
10.2	Deeskalace konfliktu	201
10.2.1	Reakce na konflikt a frustrace potřeb	201
10.2.2	Emoce v konfliktu a hladina afektu	202
10.2.3	Deeskalace, její přínos, cíle a omezení	203
10.2.4	Základní principy a proces deeskalace	204
10.2.5	Fáze zajištění bezpečí	205
10.2.6	Fáze uvolňování emocí	206
10.2.7	Fáze hledání řešení	209
10.2.8	Následný rozbor konfliktního incidentu	210
10.2.9	Rozvoj deeskalačních dovedností	210
10.3	Fyzické intervence a omezovací prostředky v psychiatrii	211
10.3.1	Bezpečné držení	211
10.3.2	Omezovací prostředky v psychiatrii	213

II Speciální část

11 Přístup k pacientům s organickou duševní poruchou 223

11.1	Demence	223
11.1.1	Projevy a průběh demence	223
11.1.2	Nejčastější typy demence ve vyšším věku	225
11.1.3	Stadia demence	227
11.1.4	Specifika přístupu k pacientům s demencí	230
11.1.5	Klíčová témata v oblasti péče o lidi s demencí	230
11.1.6	Hospitalizace pacienta s demencí: specifika a doporučené přístupy	234
11.1.7	Prevence a rizika špatného zacházení s pacienty s demencí	236

11.1.8	Péče o pečující	236
11.1.9	Nefarmakologické metody péče	237
11.2	Delirium	238
11.2.1	Příznaky a průběh deliria	238
11.2.2	Příčiny deliria	239
11.2.3	Delirium vs. syndrom demence	239
11.2.4	Léčba deliria a ošetrovatelská péče	240
12	Přístup k pacientům se závislostí	242
12.1	Definice závislosti	243
12.2	Neurobiologický model závislosti	244
12.2.1	Co je mozkový libostní systém?	244
12.3	Základní klinické jednotky	246
12.3.1	Škodlivé užívání	246
12.3.2	Závislost (či syndrom závislosti)	247
12.3.3	Akutní intoxikace	247
12.3.4	Odvykáací stav	250
12.3.5	Delirium tremens	252
12.3.6	Jiné psychotické poruchy a reziduální stavy	253
12.4	Nelátkové závislosti	253
12.5	Diagnostika a diferenciální diagnostika	254
12.6	Komorbidity a duální diagnózy	256
12.6.1	Somatická komorbidity	256
12.6.2	Psychiatrická komorbidity (duální diagnózy)	257
12.7	Léčebné a terapeutické možnosti	258
12.8	Podstatné prvky léčby zaměřené na obnovení libostního systému	260
12.9	Systém adiktologických služeb v ČR, silné a slabé stránky	261
12.9.1	Adiktologické preventivní služby	261
12.9.2	Adiktologické služby minimalizace rizik	261
12.9.3	Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství	261
12.9.4	Adiktologické služby krátkodobé stabilizace	261
12.9.5	Adiktologické služby rezidenční léčby	262
12.9.6	Adiktologické služby následné péče	262
12.9.7	Silné a slabé stránky adiktologických služeb v ČR	262
12.10	Role sestry v rámci multidisciplinárního týmu	263
12.10.1	Role sestry v edukaci a spolupráce s rodinou	265
12.10.2	Některá specifika přístupu k závislým lidem a komunikace	265
13	Přístup k pacientům s psychotickou poruchou	268
13.1	Psychotický syndrom	268
13.2	Schizofrenie	269
13.2.1	Příčiny onemocnění	269
13.2.2	Průběh onemocnění	271
13.2.3	Příznaky onemocnění	272
13.2.4	Léčba	274
13.2.5	Ošetrovatelský přístup	274

14	Přístup k pacientům s afektivními poruchami	283
14.1	Afektivní poruchy	283
14.1.1	Depresivní fáze	284
14.1.2	Manická fáze	291
14.1.3	Bipolární afektivní porucha	293
15	Přístup k pacientům s úzkostnými poruchami. Poruchy spánku	296
15.1	Fobické úzkostné poruchy	296
15.1.1	Agorafobie	297
15.1.2	Sociální fobie	297
15.1.3	Specifické fobie	298
15.2	Jiné úzkostné poruchy	298
15.2.1	Panické poruchy	298
15.2.2	Generalizovaná úzkostná porucha	299
15.2.3	Smíšená úzkostně depresivní porucha	300
15.3	Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)	301
15.4	Reakce na stres	302
15.4.1	Akutní reakce na stres	302
15.4.2	Posttraumatická stresová porucha (PTSD)	303
15.4.3	Poruchy přizpůsobení	304
15.5	Disociativní poruchy	304
15.6	Somatoformní poruchy	306
15.6.1	Somatizační porucha	306
15.6.2	Hypochondrická porucha	306
15.7	Sestra jako člen týmu	307
15.8	Přenos a protipřenos	308
15.9	Poruchy spánku	309
16	Přístup k pacientům s poruchou osobnosti	314
16.1	Jak poruchy osobnosti vznikají?	314
16.2	Co je porucha osobnosti?	314
16.3	Rozdělení poruch osobnosti a jejich charakteristika	315
16.3.1	Paranoidní porucha osobnosti	316
16.3.2	Emočně nestabilní porucha osobnosti	317
16.3.3	Histrionská porucha osobnosti	318
16.3.4	Anankastická porucha osobnosti	318
16.3.5	Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti	318
16.3.6	Závislá porucha osobnosti	319
16.3.7	Schizoidní porucha osobnosti	319
16.3.8	Disociální porucha osobnosti	319
16.3.9	Pasivně agresivní porucha osobnosti	320
16.3.10	Narcistická porucha osobnosti	320
16.4	Léčba	322
16.5	Specifika ošetrovatelské péče	323

17	Přístup k pacientům s poruchou příjmu potravy	328
17.1	Dělení poruch příjmu potravy	328
17.2	Prognóza	329
17.3	Mentální anorexie	329
17.4	Mentální bulimie	330
17.5	Psychogenní přejídání (záchvatovité přejídání)	331
17.6	Principy léčby poruch příjmu potravy	331
17.7	Role sester a nutričních terapeutů v léčbě a motivaci na specializovaném oddělení	333
17.8	Zásady přístupu k pacientům s poruchami příjmu potravy	333
18	Ošetřovatelství v dětské a dorostové psychiatrii	336
18.1	Organizace služeb	336
18.2	Specifika dětské a dorostové psychiatrie	337
18.2.1	Komunikace s dětmi a adolescenty s duševním onemocněním	337
18.2.2	Ošetřovatelský proces v dětské a dorostové psychiatrii	338
18.3	Přehled diagnostických jednotek a jejich projevy	340
18.3.1	Specifika psychiatrických diagnóz v dětském a adolescentním věku	340
18.3.2	Diagnózy specifické pro dětský a adolescentní věk	344
18.3.3	Sebepoškozování	350
18.4	Terapie v dětské psychiatrii	351
18.4.1	Edukace	351
18.4.2	Nácvik zvládacích mechanismů	351
18.4.3	Psychoterapie	352
18.4.4	Farmakoterapie	352
18.5	Práva duševně nemocných dětských a adolescentních pacientů	352
18.6	Zajištění povinné školní docházky u dětského a adolescentního pacienta s duševní poruchou	353
19	Sebepoškozování a sebevražedné jednání	355
19.1	Sebepoškozování	355
19.1.1	Důvody k sebepoškozování	355
19.1.2	Spouštěče sebepoškozování	356
19.1.3	Stigma sebepoškozování	356
19.1.4	Účinky na personál	356
19.2	Sebevražedné jednání	357
19.2.1	Příznaky sebevražedného jednání	357
19.2.2	Péče o suicidálního klienta	358
	Slovník vybraných pojmů	360
	Představení autorů	364
	Rejstřík	372

Předmluva

„Ošetřování nemocných jest úkolem těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných.“

Dr. Jan Hraše, 1907

Dostává se vám do rukou nové, aktualizované vydání knihy určené zejména sestřám, které působí v oblasti péče o duševní zdraví. Kniha však může být užitečná i pro další zdravotníky a lidi z pomáhajících profesí, kteří se o danou oblast zajímají. Sestry jsou základní a nepostradatelnou součástí multidisciplinárních týmů v různých typech služeb zaměřených na duševní zdraví. Od prvního vydání knihy uplynulo více než deset let, během nichž v oboru psychiatrie došlo, vlivem reformního úsilí, k výrazným změnám. To se přirozeně promítlo i do práce sester, jejichž role se značně proměnila. Sestry stále častěji nacházejí uplatnění v jiných než jen lůžkových zařízeních, což se projevuje nárůstem jejich počtů v ambulantních a komunitních službách. Došlo k posílení role psychiatrických sester jako samostatných nositelek výkonů hrazených ze zdravotního pojištění. Byla upravena vyhláška definující kompetence psychiatrických sester, ty byly nejen zpřesněny, ale i rozšířeny.

Sestry byly, jsou a budou odbornými pracovníky, kteří jsou lidem s duševním onemocněním nejbližší a tráví s nimi nejvíce času. Podporují je v nejtěžších chvílích, kdy ztrácejí kontakt s realitou, mají strach, úzkosti, mají narušenou orientaci, pocíťují beznaděj, nechtějí dále žít. Spektrum činností poskytovaných sestrou je velmi široké, od základní ošetrovatelské péče (péče o hygienu, pitný režim, stravování aj.) až po vysoce odborné činnosti zahrnující hodnocení psychického stavu, poskytování psychosociálních intervencí, provádění psychiatrické rehabilitace a další úkony. Role sestry v multidisciplinárním týmu je nenahraditelná. Pouze vzdělaná a osobnostně vyspělá sestra může naplnit očekávání, která mají pacienti, jejich blízcí a ostatní členové multidisciplinárního týmu. Sestra pracující v oblasti péče o duševní zdraví musí ovládat široké spektrum komunikačních dovedností ve vztahu k lidem s rozličnými duševními problémy, musí se orientovat ve farmakoterapii, v psychosociálních intervencích, edukační a osvětové činnosti i péči o fyzické zdraví.

Na tvorbě knihy se podílela pestrá paleta odborníků specializovaných na různé oblasti péče. V autorském kolektivu přirozeně převažují psychiatrické sestry. Jsou v něm však zastoupeny i jiné profese, od psychiatrů přes klinické psychology, ergoterapeutku, klinickou farmaceutku či zdravotnického záchranáře až po sociologa a právničku, a to plně v duchu multidisciplinárního přístupu, který je uplatňován i při poskytování slu-

žeb. Neméně důležité je i zapojení neformálních pečovatelů a uživatelů služeb do tvorby knihy, ať už do psaní vybraných kapitol, nebo do připomínkování textů. Kniha odráží nejnovější trendy v psychiatrickém ošetřovatelství s vědomím kontextu, ve kterém se aktuálně v ČR péče poskytuje. Nutí čtenáře k zamyšlení, obsahuje řadu příkladů z praxe i krátkých kazuistik. Nepostihuje všechna témata, se kterými se sestry v praxi mohou setkat, nabízí však přehled zásadních informací nezbytných k porozumění roli psychiatrické sestry v systému služeb. Věřím, že kniha bude inspirací nejen sestřám, ale také všem, kteří pomáhají lidem s duševním onemocněním.

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

I

Obecná část

1 Organizace psychiatrických služeb v ČR, zapojování peer konzultantů a role neformálních pečujících

Tomáš Petr

Služby pro duševně nemocné v tom nejširším kontextu se prolínají různými oblastmi společnosti a zasahují do gesce mnoha resortů. Zdaleka se nejedná pouze o systém zdravotních služeb, kterému budeme věnovat největší pozornost. Neméně významné jsou sociální služby, a to jak terénní, tak pobytové. Část služeb o lidi s duševním onemocněním zajišťuje ministerstvo spravedlnosti. Jedná se o služby ve věznicích či v detenčních ústavech. Soudy rozhodují o provádění ochranného léčení. Nelze opomenout školství a síť pedagogických poraden a školních psychologů. Oblast péče o duševní zdraví je velmi široká a přesahuje obsah této kapitoly. V té se zaměříme zejména na systém zdravotních služeb pro lidi s duševním onemocněním.

1.1 Organizace zdravotních služeb z různých perspektiv

Na organizaci psychiatrických služeb lze pohlížet z různých perspektiv. Každá zainteresovaná skupina klade důraz na jiné priority a má od systému odlišná očekávání:

Případ z praxe

Matka samoživitelka žije se svými dvěma dětmi v okrese Jeseník. Její 14letá dcera má psychické problémy, sebe-poškozuje se, zažívá úzkosti a stavy, kdy nechce dále žít. Matka se snaží najít rychlou a vhodnou pomoc. Vyhledává služby na internetu, obvolává je, ale neustále se setkává s odmítnutím. Nejčastější argumenty jsou, že se dané problematice nevěnují, že poskytují služby pouze dospělým, že mají plnou kapacitu a možný termín je za 6 měsíců. Nakonec matka dováží dceru do Prahy, kde získala termín do 14 dnů. Z pohledu klienta je takováto organizace služeb velmi nevstřícná a nepřehledná.

- **Klienti, uživatelé služeb** volají zejména po **srozumitelnosti, přehlednosti systému** – potřebují vědět, kam se se svými problémy obrátit, kam mohou zavolat, kdo jim v jejich situaci může nejlépe poradit či pomoci. Klíčovým kritériem pro uživatele je **dostupnost služeb**, a to jak geografická – ta vyjadřuje vzdálenost, kterou musí pro získání péče klient urazit, tak časová – ta vyjadřuje délku čekání na vyšetření/ošetření, nebo organizační – zda je služba nízkoprahová, nebo je k jejímu čerpání potřeba doporučení. Význam hraje i finanční dostupnost služeb, např. doplatky za předepsaná léčiva či dostupnost psychoterapeutické péče hrazené z veřejného pojištění. V ne-

poslední řadě je nutné zmínit i dostupnost sociokulturní a ptát se, zda jsou služby vstřícné i k lidem znevýhodněným, s handicapem, z jiných etnických skupin apod.

- **Plátce péče (zdravotní pojišťovna)** musí zajistit rovnoměrnou dostupnost služeb ve všech regionech tak, aby alespoň částečně naplnil očekávání klientů. Pojišťovny tedy hrají ústřední roli při tvorbě sítě jednotlivých psychiatrických služeb. Na rozdíl od klientů mají pojišťovny mnohem větší zájem poskytování jednotlivých služeb strukturovat, regulovat a vytvářet mechanismy, které budou zabraňovat nadužívání péče nebo poskytování neindikovaných služeb. Využívají k tomu např. systém doporučení, kdy klient k tomu, aby mohl čerpat specializovanou péči, musí nejdříve získat doporučení. Jde o tzv. systém gate keepingu (strážce brány), kdy v systému zdravotních služeb určená odbornost hlídá přístup k dalším službám. Například praktický lékař funguje jako gate keeper pro cestu klienta ke kardiologovi. Psychiatrická péče však není podmíněna doporučením a klient se může k psychiatrovi objednat napřímo. Pojišťovny také hlídají odpovídající kvalitu služeb, a proto do systému vpouštějí pouze zdravotníky s předepsaným vzděláním a odpovídajícím vybavením ordinací. Plátcí jsou přirozeně zodpovědní za efektivní distribuci peněz vybraných ze zdravotního pojištění. Hrají tedy zásadní roli v organizaci služeb a dokážou vhodným nastavením úhrad posílit a podpořit určitý segment služeb a jiný naopak utlumit. V kontextu psychiatrie v ČR lze toto v posledních letech pozorovat například v posílení úhrad směřujících do komunitních služeb nebo do akutní psychiatrické péče. Pojišťovny musí také sledovat výkonnost systému, tj. jaký rozsah péče, jak široké populace, v jaké kvalitě a struktuře je zdravotnický systém při daných výdajích schopen zajistit. Důležitým kritériem je také rovnost. Pojišťovny ve spolupráci s odpovídajícím ministerstvem musí dohlížet na to, aby systém zajišťoval rovný, stejný přístup k léčbě a zdravotní péči pro všechny skupiny pacientů bez ohledu na jejich sociální postavení, platební schopnost, etnickou příslušnost. Duševně nemocní jsou v tomto ohledu rizikovou skupinou, u které se mohou objevit bariéry v přístupu ke zdravotním službám. Zdrojem nespravedlivé nerovnosti může být i nerovnoměrné rozložení zdravotních služeb v zemi.

K zamyšlení

Jak bylo uvedeno výše, plátcí péče nastavují v systému služeb bariéry za účelem efektivního využívání peněz ze zdravotního pojištění. To má konkrétní dopad i na práci psychiatrických sester. Ty nyní mohou své činnosti (např. hodnocení psychického stavu, psychiatrickou rehabilitaci v sociálním prostředí klienta a řadu dalších) vykonávat pouze na základě indikace lékaře. To je v praxi značně omezující a vede to k nadbytečnému zatěžování lékařů řešením situací, které by dokázala sestra vyřešit sama. Je takovéto omezení skutečně efektivní?

- **Blízcí klientů, neformální pečující** (rodiče, lidé ze společné domácnosti) mohou mít podobné priority jako uživatelé služeb. Je pro ně důležitá přehlednost systému a dostupnost služeb. Neformální pečující mohou být velmi dobrými „hlídači“ kvality. Upozorňují na nedostatky v systému, v přístupu zdravotníků, jsou velmi citliví na respekt k právům pacientů a na podmínky v jednotlivých zdravotnických zařízeních. V Evropě je celá řada příkladů, kde se postavení psychiatrie zlepšilo právě na základě hlasu neformálních pečujících. Ti totiž na jednu stranu nejsou podezříváni z profesního prospěchu jako zdravotníci, na druhou stranu jsou významným elektorátem a politici je musí brát v potaz. Jediný problém je, že ne vždy jsou schopni se zorga-

nizovat. To se však v posledních letech pozitivně mění a organizace neformálních pečujících získávají stále silnější hlas (viz samostatná kapitola).

- **Poskytovatelé služeb** mohou mít rozmanité zájmy. Společným očekáváním zdravotníků v různých službách je odpovídající úhrada od zdravotních pojišťoven za poskytnuté služby. Nespravedlivé nastavení úhrad může vést k přesunu odborníků z jednoho segmentu služeb do jiného a vést například k odlivu odborníků do ambulantního sektoru na úkor lůžkové péče. Pro poskytovatele je zásadní dostupnost jednotlivých profesí na trhu práce, přehlednost vzdělávacího systému a také srozumitelnost a předvídatelnost pravidel (přehledná legislativa). Poskytovatelé psychiatrických služeb mohou mít různé zřizovatele. Většina psychiatrických nemocnic a psychiatrických klinik je zřizována ministerstvem zdravotnictví, velkou část lůžkových oddělení zřizují také kraje. Důležitý je i podíl privátního sektoru (např. psychiatrické či klinickopsychologické ambulance, ale i některá lůžková zařízení). Privátní poskytovatelé potřebují stabilní a předvídatelné podnikatelské prostředí.
- **Ministerstvo zdravotnictví** spoluovlivňuje strukturu služeb, může zasahovat do systému úhrad, činit kroky k podpoře vzdělávání zdravotníků a jejich motivace ke vstupu do jednotlivých oborů. Využívá legislativní nástroje k nastavení podmínek materiálních i personálních k provozování služeb, vydává doporučené postupy regulující jednotlivé služby atd.
- **Odborné společnosti** – jedná se o organizace zastupující jednotlivé profese, např. Psychiatrická sekce České asociace sester, Psychiatrická společnost ČLS JEP, Asociace klinických psychologů a další. Ty hájí zájmy svých členů, hlídají zajištění odbornosti, skrze jednání s plátcí ovlivňují výši úhrad za prováděné služby, spoludefinují roli jednotlivých profesí v systému služeb.

Z výše uvedeného, zdaleka ne vyčerpávajícího přehledu perspektiv jednotlivých stakeholderů v systému zdravotních služeb je zřejmé, že nastavit optimální systém služeb, který by vyhovoval všem zainteresovaným skupinám, je nelehký úkol.

1.2 Principy funkčního systému služeb

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje při utváření či reformování systému služeb pro duševní zdraví zohledňovat následující zásady a principy:

- **Všeobecné zdravotní pokrytí.** Lidé by měli mít přístup ke službám bez ohledu na věk, pohlaví, socioekonomický status, rasu, etnický původ nebo sexuální orientaci. V souladu se zásadou spravedlnosti by osoby s duševní poruchou měly mít možnost využívat služby bez rizika zchudnutí. Dostupné služby by jim měly umožnit dosáhnout zotavení a nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví.
- **Lidská práva.** Strategie a intervence v oblasti duševního zdraví musí být v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a s dalšími mezinárodními a regionálními nástroji v oblasti lidských práv.
- **Praxe založená na důkazech.** Poskytované služby musí být založeny na vědeckých důkazech a/nebo osvědčených postupech a musí zohledňovat kulturní aspekty.

- **Celoživotní přístup.** Služby pro duševní zdraví musí zohledňovat zdravotní a sociální potřeby ve všech fázích životního cyklu, včetně dětství, dospívání, dospělosti a vyššího věku.
- **Multioborový přístup.** Komplexní reakce na potřeby společnosti v oblasti duševního zdraví vyžaduje spolupráci mezi různými sektory, jako je zdravotnictví, školství, zaměstnanost, soudnictví, bydlení, sociální oblast a další, jakož i se soukromým sektorem, podle situace v dané zemi.
- **Posílení postavení osob s duševními poruchami a psychosociálním postižením.** Osoby s duševními poruchami a psychosociálním postižením by měly být posíleny a zapojeny do obhajoby duševního zdraví, politiky a plánování, legislativy, poskytování služeb, monitorování, výzkumu a hodnocení. (WHO, 2021)

Tyto principy se přirozeně promítají také do systému služeb v ČR. Původní verze akčního plánu WHO na roky 2013–2020 byla vtělena do Strategie reformy psychiatrické péče schválené MZČR v roce 2013.

1.3 Struktura psychiatrických služeb v ČR

Psychiatrická péče v ČR je realizována prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě služeb. Ta stojí v souladu se schválenou Strategií reformy psychiatrické péče z roku 2013 na čtyřech základních pilířích – psychiatrické ambulance, psychiatrická oddělení, psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví.

Na základě vývoje od doby schválení Strategie je vhodné tyto pilíře zobecnit a rozšířit:

1. **Ambulantní služby** (psychiatrické ambulance, ambulance s rozšířenou péčí, klinicko-psychologické ambulance, adiktologické ambulance, denní stacionáře aj.).
2. **Akutní psychiatrická péče** – ta se odehrává na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a částečně také v psychiatrických nemocnicích.
3. **Následná psychiatrická péče** – poskytují ji převážně psychiatrické nemocnice, velký přesah má však také do sociálního sektoru, např. domovů se zvláštním režimem či domovů pro osoby se zdravotním postižením.
4. **Komunitní služby** – vedle Center duševního zdraví existují i menší multidisciplinární komunitní týmy. V oblasti komunitních služeb často dochází k prolínání služeb zdravotních a sociálních. Těto oblasti se věnuje samostatná kapitola.

1.3.1 Ambulantní péče

Psychiatrická ambulance je základním článkem provázaného a kooperujícího systému psychiatrické péče. Je v převážné míře místem prvního kontaktu člověka s psychiatrickou péčí. Kontakt pacienta s ambulantním psychiatrem bývá nezřídka dlouhodobý a kontinuální. Ambulantní psychiatr se tak často stává koordinátorem pacientovy péče, jeho průvodcem v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně-sociálních služeb.

Vedle všeobecných psychiatrických ambulancí existují v systému ambulantní péče specializované ambulance (pro děti a adolescenty, gerontopsychiatrické, pro léčbu závislostí).

Velmi důležitou součástí ambulantních služeb jsou také ambulance klinicko-psychologické, kde jsou poskytovány služby psychologické a psychoterapeutické. Návštěva

klinického psychologa je často vnímána jako méně stigmatizující než vyhledání psychiatra, proto jsou kliničtí psychologové často místem prvního kontaktu s duševně nemocnými lidmi.

V posledních letech se začínají rozvíjet tzv. ambulance s rozšířenou péčí. Jde o ambulantní zařízení, kde psychiatr nepracuje sám, ale vytváří kolem sebe multidisciplinární tým nejčastěji tvořený psychiatrickými sestrami, klinickými psychology či adiktology. Taková ambulance je pak schopna poskytovat komplexnější spektrum služeb.

Součástí ambulantních služeb jsou také substituční centra, pracoviště specializující se pouze na psychoterapii, adiktologické ambulance a jiná specializovaná pracoviště.

Ve většině případů jsou ambulantní služby poskytovány subjekty soukromého sektoru na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, přičemž velká část této péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

1.3.2 Lůžková péče

Lůžková psychiatrická péče se dělí na **akutní, následnou a specializovanou**.

- **Akutní péče** je poskytována jednak na psychiatrických klinikách a psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a jednak na vybraných odděleních psychiatrických nemocnic. Akutní psychiatrická péče je poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy u osob, které o tuto péči požádají nebo psychiatrickou péči odmítají, ale v důsledku duševní poruchy ohroží sebe nebo své okolí. Cílem akutní péče je stanovení diagnózy, nastavení terapeutických intervencí a obnovení funkčních schopností, které umožní přechod do navazujících forem péče. Akutní psychiatrická péče vyžaduje úzkou návaznost na somatické obory medicíny a komplement vyšetřovacích metod, proto je žádoucí vazba na všeobecnou nemocnici. Poskytovatelé akutní psychiatrické péče musí být schopni přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatologií z celého diagnostického spektra oboru psychiatrie, provést potřebná vyšetření, diagnostikovat a léčit. Úkolem akutní psychiatrické péče je včasné zajištění komplexní diagnostiky, nastavení vhodné léčby a zajištění odpovídající návazné péče. Ta může, v závislosti na zdravotním stavu pacienta, spočívat v zajištění ambulantní psychiatrické péče, v předání pacienta do péče komunitních týmů nebo v zajištění překlada na lůžka následné péče. Technické a personální podmínky pro poskytování akutní psychiatrické péče jsou definovány ve vyhláškách a také v odpovídajících standardech vydaných MZ ČR.
- **Následná lůžková péče** je určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces a nastavena terapie. Přítomné projevy psychopatologie přitom neumožňují propuštění pacienta do domácího ošetřování s podporou komunitních služeb nebo zařízení sociální péče. V rámci procesu deinstitutionalizace, který v posledních letech v ČR probíhá, dochází a mělo by i nadále docházet ke snižování počtu lůžek následné péče a zkracování délky pobytu pacientů na lůžkách následné péče. K tomu je však zapotřebí vytvoření komplexní sítě komunitních služeb (zdravotních i sociálních) a také podpora bydlení a zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním.
- **Lůžková péče specializovaná** je péče zaměřená na určitou diagnózu, věk či způsob léčby. Do této kategorie patří např. specializovaná oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy, pro léčbu závislostí, pro léčbu osob s poruchami osobnosti aj.

Způsob úhrad zdravotních služeb v akutní a následné péči se liší. Akutní péče je hrazena na základě systému DRG (diagnosis related group) a výše úhrady se odvíjí od délky a náročnosti péče a provádění tzv. kritických výkonů. Tento systém motivuje poskytovatele k tomu, aby délka hospitalizace byla kratší (cca do 1 měsíce). Následná péče je hrazena tzv. paušální sazbou za ošetrovací den (tj. platbou za každý den, který pacient stráví na lůžku) s tím, že se pojišťovny snaží bonifikovat kratší pobyty.

1.3.3 Komunitní péče

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života. Komunitní péče je postavena na úzkém propojení zdravotní a sociální oblasti. K užívaným postupům komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. (Raboch, Wenigová, 2012)

Základním stavebním kamenem v oblasti zdravotních komunitních služeb jsou Centra duševního zdraví. Ta byla v ČR budována od roku 2017 v rámci reformy psychiatrické péče. Centrum duševního zdraví (CDZ) tvoří multidisciplinární tým sester, sociálních pracovníků, klinického psychologa, psychiatra a člověka s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, tzv. peera. Hlavním cílem CDZ je podpora lidí s vážným duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí, zvyšování kvality jejich života a předcházení opakovaným hospitalizacím či dlouhodobým pobytům v nemocnici. CDZ je určeno klientům, pro které nestačí služby psychiatrické ambulance, zároveň však s vhodnou mírou podpory mohou žít mimo nemocnice. Vedle výše popsaných CDZ pro lidi s vážným duševním onemocněním (CDZ – SMI) mohou vznikat také CDZ specializovaná na dětskou a dorostovou klientelu, na poskytování adiktologických služeb, specializovaná na ambulantní ochranné léčení či poskytování gerontopsychiatrických služeb. V oblasti komunitních služeb fungují také menší multidisciplinární týmy, které nejčastěji vznikají v návaznosti na činnost psychiatrických ambulancí. Do oblasti komunitních služeb můžeme zahrnout také denní stacionáře pro léčbu duševních poruch, zaměřené na různé diagnostické okruhy. Pacienti denně dochází a účastní se terapeutického programu.

Nedílnou součástí komunitních služeb jsou také služby sociální rehabilitace spadající do oblasti sociálních služeb. K důležitým sociálním službám patří např. služby na podporu bydlení (komunitní bydlení, chráněné bydlení), služby na podporu práce a zaměstnání (podporované zaměstnávání [*individual placement support*, IPS], chráněné dílny), služby na podporu volného času a sociálních kontaktů (centra denních aktivit), sociální poradenství a jiné.

PYRAMIDA SLUŽEB PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Efektivní organizaci služeb si lze představit jako pyramidu, kde na patě pyramidy by měla být péče nejrozšířenější a nejméně nákladná, tj. svépomoc, a pyramida by se měla postupně směrem vzhůru zužovat přes neformální péči v komunitě, primární péči, dále ke komunitním formám služeb či psychiatrickým oddělením nemocnic a na nejužším vrcholu by měla končit péči nejvíce nákladnou, tj. dlouhodobou psychiatrickou hospitalizací a vysoce specializovanými službami, jejichž kapacita by měla být co nejmenší.

(WHO, 2007)

Komplexní systém služeb o duševní zdraví by měl být vhodným způsobem doplněn také o tzv. **krizové služby**. Krizová pomoc je psychologická a sociální pomoc člověku, jenž se ocitl v krizové situaci, kterou nedokáže vyřešit vlastními silami. Krizovou pomoc aktuálně poskytují krizové služby ve zdravotní i v sociální oblasti, a to při zdravotnických zařízeních, zcela samostatně nebo při neziskových a církevních organizacích. Tyto služby vznikaly většinou z podnětu a zájmu jednotlivců a neziskových organizací, tedy nesystematicky a nesystémově. Také v rámci složek Integrovaného záchranného systému (IZS) jsou psychologové a zaměstnanci školení v krizové intervenci a krizové pomoci. V ČR dosud není vytvořena komplexní síť krizových služeb.

Hlavní principy krizové služby:

a) Princip dostupnosti:

- Dostupnost časová – bezodkladnost a nepřetržitý provoz
- Dostupnost místní – dostupnost na určitém místě i v terénu
- Dostupnost informací o krizové pomoci
- Vnější bezbariérovost
- Citlivost s ohledem na rozdíly věku, pohlaví, původu, náboženské a sexuální orientace

b) Princip individuality krize – otevřenost každé individuální krizi bez objektivizujících kritérií.

c) Princip komplexnosti péče – reaguje na biologické, psychologické, sociální i duchovní potřeby.

d) Princip vnitřní bezbariérovosti – služba je poskytována pokud možno bez vnitřních překážek, jako jsou bílé pláště či mřížce, zahrnuje vřelý, vstřícný a respektující přístup personálu.

e) Princip návaznosti – na krizovou intervenci navazuje adekvátní služba dle potřeb klienta.

(Zdroj: převzato z Konceptu krizové péče v ČR, dosud nepublikováno)

Specifickou oblastí v rámci psychiatrické péče je **poskytování ochranného léčení** (OL). Ochranné léčení nařizuje soud ve formě ústavní či ambulantní. Ochranné léčení je trestní sankce, kdy primárním důvodem a nezbytným předpokladem jejího uložení je spáchání trestného činu osobou s duševní poruchou. Cílem OL je léčba duševně nemocných pachatelů trestných činů a jejich společenská reintegrace a zároveň ochrana společnosti před těmito nemocnými, která si někdy vyžaduje určitou míru izolace. Ochranné léčení ústavní je prováděno v psychiatrických nemocnicích za specifických podmínek daných zejména zákonem o specifických zdravotních službách. Ambulantní ochranné léčení provádí psychiatrické ambulance, CDZ, event. vznikající multidisciplinární týmy specializované na tuto problematiku. (Páv, 2022)

Systém psychiatrických služeb může dobře reagovat na potřeby jeho uživatelů, pokud jsou jednotlivé výše definované pilíře služeb vhodným způsobem vyvážené. Historicky stála psychiatrická péče v ČR na existenci velkých lůžkových zařízení, zatímco zdravotní komunitní služby až do roku 2017 v ČR prakticky neexistovaly (až na několik výjimek). To se v posledních letech postupně proměňuje a hovoří se o tzv. **balanced care modelu**. Podle Thornicrofta jsou charakteristiky takového systému péče o duševní zdraví následující:

- a) Služby reflektují priority uživatelů a těch, kteří o ně pečují.
- b) Existuje vyvážený poměr mezi komunitními a nemocničními 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. (Thornicroft, 1998)

PŘEHLED AKTUÁLNÍCH KONCEPČNÍCH DOKUMENTŮ VZTAHUJÍCÍCH SE K PSYCHIATRICKÉ PÉČI V ČR

- Strategie reformy psychiatrické péče
- Národní akční plán pro duševní zdraví, NAPDZ
- Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění, NAPAN
- Národní akční plán prevence sebevražd, NAPPS
- Koncept krizové péče
- Koncept komplexní psychiatrické péče o pacienta s akutním zhoršením psychického stavu
- Koncept dětské a dorostové psychiatrie

(Odkaz: www.reformapsychiatrie.cz)

1.4 Změna paradigmatu

V posledních 10 letech dochází nejen v české psychiatrii ke změnám v nahlížení na jednotlivé aspekty služeb. Tyto změny lze charakterizovat následovně:

1. Posun od medicínského pojetí psychiatrie k rehabilitačnímu. Vedle samotné léčby je zdůrazňován také význam celkové kvality života a všech souvisejících aspektů – vztahy, bydlení, zaměstnání aj.
2. Přesun těžiště péče z institucí do komunitních služeb. Dochází k pozvolnému rozvoji služeb, které podporují klienty v jejich přirozeném prostředí.
3. Od paternalistického pojetí péče k partnerství a větší spolupráci s lidmi s duševním onemocněním. Zdravotník je průvodcem pacienta na jeho cestě ke kvalitnímu životu.
4. Od práce s handicapem k práci s nadějí. Služby se neorientují pouze na problémy, ale pracují s podporou silných stránek člověka a s konceptem zotavení.
5. Od hierarchického k týmovému. Posun od dominantní úlohy lékaře k rozvoji širší multidisciplinární spolupráce.

Výše uvedené změny se postupně promítají v systému služeb. Můžeme pozorovat větší zapojení nelékařských profesí v různých úrovních služeb, pozvolný rozvoj komunitních služeb, aktivnější zapojování peer konzultantů a peer pečovateli na různých úrovních, snižování délky hospitalizací na odděleních následné psychiatrické péče a řadu dalších pozitivních trendů.

1.5 Zapojování peer konzultantů v oblasti péče o duševní zdraví

Pavel Říčan

1.5.1 Kdo je peer konzultant?

V oblasti péče o duševní zdraví rozumíme pod pojmem peer konzultant člověka, který využívá své zkušenosti se zotavením z duševního onemocnění k podpoře lidí, kteří se aktuálně s duševními obtížemi potýkají. V anglickojazyčných zdrojích lze pro tuto pozici najít celou řadu termínů: „peer support worker“, „peer specialist“, „expert by experience“, „recovery coach“. V tomto textu se držíme termínu peer konzultant, který je v současnosti v ČR nejvíce používán. Dobrý peer konzultant je nositelem naděje a víry, že i s omezeními plynoucími z obtíží v oblasti duševního zdraví může člověk žít šťastný, naplněný a prospěšný život. Široké zapojení lidí s prožitou zkušeností s obtížemi v oblasti duševního zdraví jako pracovníků v různých typech podpory je důležitým faktorem při vytváření služeb orientovaných na zotavení.

Peer podpora se využívá pro různé cílové skupiny a v rozličných programech, například pro osoby se závažným duševním onemocněním (SMI), ve službách včasné intervence u psychóz, v programech pro závislé nebo pro osoby se souběžným zneužíváním návykových látek a duševním onemocněním. Principy peer podpory se v poslední době v zahraničí uplatňují i v dalších oblastech, jako je život s diabetem nebo s AIDS. Na stejném základě funguje také působení takzvaných peer pečovatелů, tedy lidí, kteří využívají své zkušenosti s péčí o osobu s duševní nemocí při podpoře rodinných příslušníků a dalších blízkých osob.

Osobní zkušenost peer konzultanta (Jiří Štefl)

Posledních 12 let hodně mluvím o tom, co mi k zotavení pomohlo a co nepomohlo. Když jsem onemocněl, nikdo mi neřekl, že duševní nemoc není napořád a že pro své zotavení mohu udělat hodně i já sám. Stále jsem hledal, kde mohu být prospěšný, a nejen závislý na ostatních, ale v době zahlcení nemocí mi to moc nešlo. Nakonec jsem se našel v pomáhající profesi, stal jsem se peer konzultantem. Práce v multidisciplinárním týmu mě baví a naplňuje, působím také jako trenér, poradce a supervizor.

1.5.2 Co dělá peer konzultant?

Při práci s klientem peer konzultant vytváří bezpečný prostor pro sdílení a v případě klientova zájmu také sděluje vlastní zkušenosti se zotavováním. Snaží se společně s klientem najít a zdůraznit jeho silné stránky, podporuje klienta v samostatnosti a nezávislém rozhodování a povzbuzuje ho k přijetí vlastní odpovědnosti v procesu zotavování. S využitím svého příběhu nebo osobních příběhů jiných zotavujících se lidí přináší naději, že lze žít smysluplný život i s duševním onemocněním.

Při práci s rodinnými příslušníky nebo širším sociálním okolím stimuluje spolupráci, sdílí zkušenosti s překonáváním obtíží a s poskytovanou péčí, podporuje komunikaci o duševním zdraví a posiluje naději a víru, že zlepšení je možné.

Peer konzultant vnáší do práce týmu vlastní pohled, poskytuje zpětnou vazbu s využitím vlastních zkušeností s problémy s duševním zdravím a očekává od členů týmu

zpětnou vazbu na svou práci. Peer konzultant přináší návrhy, názory, perspektivu uživatelů péče, aktivně se účastní schůzek a supervizí a je pro členy svého týmu důkazem, že zotavení je možné.

1.5.3 Zkušenost – zkušenostní znalost – zkušenostní expertíza

Pro pochopení toho, jak pracují peer konzultanti, je užitečné rozlišit mezi třemi pojmy:

- **Zkušenost** s duševní nepohodou máme v zásadě všichni. Zkušenost s duševním onemocněním je méně běžná. Z výzkumů ovšem víme, že řada lidí pracujících ve zdravotnictví a sociálních službách má tuto zkušenost ze svého života nebo v blízkém okolí.
- **Zkušenostní znalost** je moudrost a know-how získané účastí v nějakém procesu (Borkmanová, 1976), v našem případě to může být život s duševní nemocí. Od zkušenosti se zkušenostní znalostí liší tím, že je reflektovaná a můžeme ji vědomě používat – například víme, co nám v určitých situacích obvykle pomohlo. Důležité přitom je přesvědčení, že naše zážitky se přeměnily ve zkušenostní znalost. Borkmanová tento pojem zavedla, když se snažila popsat, s čím pracují lidé ve svépomocných skupinách a co v nich získávají. Zkušenostní znalost je podle ní odlišná od profesionální znalosti, kterou lze získat studiem či pozorováním. Nejedná se přitom o soupeřící, ale spíše doplňující se zdroje podpory.
- **Zkušenostní expertíza** je potom ještě něčím víc. Je to kompetence a dovednost, jak pracovat se zkušenostní znalostí ve prospěch druhých.

Na to, aby se člověk stal dobrým peer konzultantem, tedy rozhodně nestačí mít vlastní zkušenost se strádáním, které duševní onemocnění přináší. Je třeba tuto zkušenost přetavit do zkušenostní znalosti, rozumět tomu, co mi pomohlo a pomáhá ve zvládnutí života s duševní nemocí. Dalším nutným krokem je cílená, pěstovaná dovednost využívat své zkušenosti k pomoci druhým. Pro získání zkušenostní znalosti a zejména zkušenostní expertízy je většinou potřebná nějaká forma přípravy, tréninku. Proto je dnes praktický kurz pro peer konzultanty považován za nutný předpoklad pro výkon práce na této pozici.

1.5.4 Hodnoty peerské práce

Způsoby, jak mohou být peer konzultanti zapojeni do podpory, i jejich pracovní postupy se mohou značně lišit. O to důležitější je zahrnovat jejich roli popsáním hodnotového základu:

- **Vzájemnost a rovnost.** Peer podpora uznává, že obě strany (pomáhající i klient) se mohou učit jedna od druhé v rámci rovnocenného, přijímajícího a respektujícího vztahu. Při vzájemné peer podpoře se minimalizují mocenské rozdíly a moc je sdílena co nejvíce rovnoměrně.
- **Sebeurčení a posílení.** Peer podpora je založena na principech individuální volby a autonomie a peer konzultanti by měli vytvářet prostředí, v němž může jedinec převzít větší kontrolu nad svým vlastním životem. Zplnomocnění je proces, v němž lidé získávají důvěru ve vlastní schopnost rozhodovat se a který může vést k posílení jejich sebevědomí a schopností sebeřízení. Protože se zaměřujeme na posílení schopnosti lidí činit vlastní rozhodnutí, snažíme se zabránit vzniku vztahu závislosti mezi peer pracovníkem a podporovanou osobou.

- **Empatie.** Schopnost navázat vztah s druhou osobou prostřednictvím pochopení její zkušenosti z její perspektivy je pro individuální peer podporu klíčová a vede k větší empatii ve vzájemných vztazích.
- **Zotavení.** Zotavení je jedinečná a individuální zkušenost. Klíčovou hodnotou individualizované peer podpory je pomoci člověku určit, co je pro jeho vlastní život a pohodu nejlepší. Peer podpora se snaží být holistická a nabízí lidem možnost prozkoumat více cest zotavení, aby si mohli vybrat tu, kterou pro sebe vnímají jako vhodnou.

1.5.5 Evidence o účinnosti

Zřejmě hlavní efekt, který přinášejí peer konzultanti, spočívá v tom, že mění zažitě představy. Lidé, kteří si prošli těžkými krizemi a kterým málokdo věřil, že by se mohli uzdravit, najednou pracují, získávají respekt profesionálů, pomáhají druhým. Bolestné zkušenosti s překonáváním nemoci nejsou náhle něčím, co je třeba zapomenout. Stávají se, přetavené ve zkušenostní expertízu, zdrojem a nástrojem pomáhání. Studií o peer konzultantech byly napsány stovky. Nejvíce se zkoumaly tři oblasti:

- a) **Vliv na příjemce péče** – dopad zapojení peer konzultantů na klienty služeb byl zkoumán nejvíce. Zapojení peer konzultantů prokazatelně přispívá k zotavení a zplnomocňování lidí, se kterými pracují. (White et al., 2020; Cooper et al., 2024) Naproti tomu dopad na symptomy uživatelů nelze považovat za prokázaný.
- b) **Vliv na samotné peer konzultanty** – peer konzultanti získávají placenou práci, respekt a nové dovednosti. Pracovní role přispívá k jejich vlastnímu zotavení a rozšiřují se jim sociální kontakty. Opakovaně se prokázal také pozitivní vliv na jejich sebevědomí. Poslední výzkumy si všimají i zvýšené zátěže na peer konzultanty a na protektivní faktory. Ve výzkumu se tedy tematizuje potřebná podpora pro ně. (Gillard et al., 2022)
- c) **Vliv na služby, do kterých jsou peer konzultanti začlenění** – přínos pro týmy lze charakterizovat jako změnu postojů a přístupů k lidem s duševním onemocněním. Pracovníci mohou mít po zkušenosti s peer konzultantem méně stigmatizující postoje a více věřit ve schopnosti a potenciál lidí potýkajících se s duševní nemocí. (Mowbray et al., 1998)

Kromě výše uvedených tří efektů existují i studie (viz Cooper et al., 2024), které ukazují, že peer podpora může být levná a cenově efektivní.

1.5.6 Peer konzultanti – historie a současnost

Strategie zapojování osob s vlastní zkušeností do péče má dlouhou tradici. „Všichni pracovníci ať jsou, pokud možno vybírání mezi [zotavenými] duševně nemocnými. Ti jsou v každém případě pro tuto náročnou práci vhodnější, protože jsou obvykle mírnější, čestnější a lidštnější,“ psal Jean-Baptiste Pussin, správce nemocnice v Bicêtre v Paříži, v roce 1793 svému nadřízenému lékaři Pinelovi, jednomu z nejznámějších reformátorů péče o psychicky nemocné. Zapojování osob s vlastní zkušeností s nemocí do pracovních pozic ve službách tedy leží u samých základů moderní psychiatrie. Byl to právě Philippe Pinel, který je znám tím, že duševně nemocným snímal okovy a zaváděl nové, humánní léčebné metody. Také Harry S. Sullivan zapojoval při svém působení v Baltimoru do léčby schizofrenie pacienty, kteří se vyléčili, a to okolo roku 1920. Fenomén

zapojování peerů, tak jak ho rozpoznáváme v posledních 30 letech, je tak možná spíše velkým návratem než úplnou novinkou. První moderní projekty zaměřené na trénink a zapojení peer konzultantů do terénních týmů se datují do 90. let 20. století (USA) a souvisejí s rozvojem uživatelského hnutí. Ve standardech týmu Aserktivní komunitní léčby (ACT) z roku 2003 se již peer konzultant objevuje jako povinný člen týmu. Jeho role je popsána následovně: „Protože má životní zkušenost s duševní nemocí a s psychiatrickými službami, poskytuje peer specialista expertízu, kterou profesionální trénink nemůže nahradit.“ (Allness, Knoedler, 2003, s. 15) V tomto standardu byly fakticky již obsaženy všechny hlavní myšlenky peer podpory, jak je později převezmou v holandských FACT týmech, které vznikají od roku 2005.

V současné době se v péči o duševní zdraví setkáváme se dvěma základními modely zapojení peer konzultantů.

- a) Peer konzultanti v podstatě tvoří celý tým programu – nepracuje v něm nikdo jiný než lidé s vlastní zkušeností s duševními potížemi. Tomuto modelu se říká „peer led services“ a je rozšířen především v USA. Velmi úspěšným modelem, který pracuje na tomto principu, je Škola zotavení Enik v Holandsku.
- b) Peer konzultanti jsou integrováni v sociálním, zdravotnickém nebo multidisciplinárním týmu, jejich kolegové mohou být podle typu týmu psychiatři, sociální pracovníci, sestry a další specialisté. Tento model se v ČR postupně zavádí díky Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví od roku 2014 v širokém spektru služeb pro osoby s duševním onemocněním. Peer konzultant v této roli by měl být za svou práci placen a měl by mít v týmu plnohodnotné postavení srovnatelné s ostatními členy týmu.

Konkrétní role a nastavení práce peer konzultantů jsou ovšem velmi variabilní. V ČR byla pozice peer konzultanta stanovena jako závazná v Centrech duševního zdraví. V psychiatrických lůžkových zařízeních se jedná o pozici doporučovanou. Existují pozitivní zkušenosti s jejich zapojením do akutní i následné péče. V sociálních službách jsou peer konzultanti formálně zařazeni podle svého dosaženého vzdělání – např. jako sociální pracovníci nebo jiní odborní pracovníci. Většina peer konzultantů je však zařazena jako pracovníci v sociálních službách. Počet osob, které v ČR pracují na pozici peer konzultant, lze odhadnout přibližně na 300 (rok 2024).

1.5.7 Mylné představy o peer konzultantech

První peer konzultanti, vytrénovaní ve spolupráci s holandskými lektory, začali v ČR pracovat v roce 2014. Povědomí o jejich práci stále roste a přibývá konkrétních zkušeností příjemců péče i profesionálů s touto rolí. Zároveň se lze často setkat s řadou mylných představ, které je vhodné uvádět na pravou míru.

Tab. 1.1 Mýty o činnosti peer konzultantů (Zdroj: poster na Konferenci sociální psychiatrie v roce 2021)

Mylná představa	Skutečnost
Peer nezažívá příznaky nemoci – uzdravil se.	Peři mohou zažívat krize a propady, ale umějí s nimi naložit a tyto zkušenosti využít v praxi s klienty.
Peři jsou pacienti, kteří by jinou práci nevládli.	Peerství je smysluplná volba pro každého, kdo má zkušenost se zotavováním a chce pomáhat.
Peři stále dokola vyprávějí o své nemoci.	Peři navazují vztah, naslouchají a využívají části svých příběhů zotavení.
Peři mohou jen doprovázet a bavit pacienty.	Peři se při všech aktivitách citlivě zaměřují na zotavení těch, kterým pomáhají.
Peer si má získat důvěru pacienta a vyzvědět co nejvíce informací.	Peer je profesionál a člen týmu. Při sdílení informací se řídí stejnými pravidly jako ostatní.
Peer má přesvědčovat pacienty, aby brali léky.	Peer sdílí své zkušenosti s medikací a pomáhá o tématu otevřeně komunikovat.
Tým musí peera chránit před zátěží.	Peři očekávají rovnocennost a otevřenou komunikaci.
Peři by měli pracovat pouze s pacienty se stejnou diagnózou.	V práci peerů jsou zásadní zkušenosti s překonáváním nemoci a seberozvojem. Konkrétní diagnóza je méně důležitá/nepodstatná.
Peři by s pacienty neměli mluvit o těžkých/bolestných zkušenostech.	Peři sdílí zkušenosti se všemi tématy včetně těch náročných a znají a respektují hranice své role.

1.5.8 Na co je potřeba dát pozor

Zavádění role peer konzultanta do týmu je proces, kterému se vyplatí věnovat pozornost. Nemusí to dopadnout dobře. Existuje poměrně rozsáhlá série článků, které popisují potíže a nástrahy, se kterými se lze setkat při zapojování peer konzultantů. Systematicky tyto poznatky shrnuje Cooper se spolupracovníky (2024). Role peer konzultantů a požadavky na ně se často liší. To samo o sobě zřejmě nevádí. Těžkosti však přináší to, když **role** na konkrétním pracovišti **není vyjasněná**. K nedorozumění a nejasnostem může přispívat i skutečnost, že peer konzultanti nejsou definováni jako samostatná profese s kvalifikačními požadavky a kompetencemi na národní úrovni. Dalším potenciálním problémem je **kultura na pracovišti**. Pro peery bývá snazší pracovat v prostředí méně hierarchicky uspořádaném, ve kterém se setkávají s podporou a minimem stigmatizace. Někteří peer konzultanti popisovali **problémy s identitou** ve svých rolích, Simpson se spolupracovníky píše o hraniční identitě. Od peer konzultantů se očekává, že mají mít blízko ke klientům a zároveň být loajální k profesionálnímu týmu. Oni sami se pak ocitají „někde mezi“. To může vyvolávat napětí a praktické potíže s **udržováním hranic**. Jiným potenciálním problémem pro úspěšné zapojení peer konzultantů do služeb je **neadekvátní či nedostatečná příprava** na straně peer konzultantů nebo na straně týmu, ve kterém má peer konzultant působit. Poslední nástrahou, kterou zmíníme, je **nedostatečná podpora** pro peer konzultanty i pro týmy, které mají peer konzultanty integrovat.

1.5.9 Praktická doporučení pro zapojování peer konzultantů

Samozřejmostí by mělo být, že peer konzultant absolvuje kvalitní základní trénink. V ČR existuje již deset let Základní kurz pro peer konzultanty v rozsahu 40 hodin. Výhodou tohoto formátu je, že lidé motivovaní stát se peer konzultanty nemusejí překonávat bariéry v podobě dlouhé přípravy. Zkušenosti a další dovednosti pak získají na pracovišti, ideálně pod vedením zkušeného peer konzultanta. Praxe nicméně ukazuje, že tento rozsah není pro každého dostatečný. Aktuálně se proto vytváří Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách zaměřený na roli peer konzultanta v rozsahu 150 hodin. Součástí tohoto kurzu bude i krátká praxe na místě, kde již peer konzultant působí, a zhodnocení této praxe. Je důležité, aby přípravu peer konzultantů vedla vždy lektorská dvojice – profesionál v oblasti péče o duševní zdraví a zkušený peer konzultant. Peer konzultanti jsou zaměstnaní a za svou práci mají dostávat adekvátní mzdu. To je velmi důležité. Není férové očekávat, že budou působit jako dobrovolníci, resp. nelze pak mluvit o rovnocenném zapojení do týmu. Mzda má ale i ten význam, že nutí zaměstnavatele něco od peer konzultanta žádat, zajímat se o to, jak pracuje. Je pak méně pravděpodobné, že bude peer konzultant jakousi nefunkční ozdobou služby. Důležitá je ovšem i výše mzdy. Pro některé peer konzultanty může být nízká mzda důvodem pro opuštění této profese. (Vacková, 2023)

Peer konzultanti obvykle pracují na částečný úvazek, ale nemusí to tak být. Zkušení peer konzultanti často pracují na úvazek 1,0. Poměrně běžné je, že ve službě působí jeden peer konzultant. Dva a více peer pracovníků ve službě jsou ale lepším řešením, protože se mohou vzájemně podporovat a také uživatelé služby mají více možností (různorodost genderu a dalších charakteristik a jedinečné životní zkušenosti). Každý z nich by měl mít úvazek alespoň 0,3, protože jinak se jen těžko může plně začlenit do týmu (účastnit se týmových schůzek, sdílet informace atd.). Peer konzultant by měl být rovnocenným členem týmu. Dobrou praxí je, že je přítomen na všech schůzkách týmu a má přístup k dokumentaci klienta.

Je velmi důležité, aby byl tým ochoten přijmout peer konzultanta jako člena týmu. Je prospěšné, když tým zastává hodnoty péče orientované na zotavení. Zaměstnaní peer konzultanta by měla předcházet příprava týmu, během níž může tým klást otázky a upřesnit požadovanou roli peer konzultanta ve své službě. Přípravné setkání obvykle vede zkušený peer konzultant a odborník. Žádoucí je externí nezávislá supervize procesu zapojení peer konzultanta. Externí podpora peer konzultantů by neměla skončit po plném začlenění do týmu. Je nutné, aby byla dlouhodobě k dispozici externí podpora a/nebo intervize/supervize. Velmi důležitým prvkem podpory jsou peer konzultantů z jedné nebo více organizací, ve kterých je možné sdílet zkušenosti.

Peer konzultant je pozice v přímé práci s klienty, nejčastěji v týmu s jinými profesionály. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním se mohou uplatnit jako experti se zkušeností i v jiných oblastech. Zapojují se do výuky pomáhajících profesionálů na vysokých školách (peer lektori), působí v osvětových a destigmatizačních kampaních (peer ambasadoři). Mohou se účastnit hodnocení dodržování práv osob se zdravotním znevýhodněním a aktivně tato práva prosazovat (peer obhájci). Experti se zkušeností zapojení do výzkumu se někdy nazývají peer výzkumníci. Pro úspěšné působení v těchto dalších rolích je nicméně dobré získat zkušenosti nebo projít specializovaným tréninkem. I zde platí, že zkušenost se zotavováním sama o sobě nemusí stačit.

1.6 Role neformálních pečujících v systému péče o duševní zdraví

Alena Müllerová, Martina Kotyková

1.6.1 Neformální pečující a jeho role v systému péče o duševní zdraví

Neformální pečující je osoba, která poskytuje péči člověku s chronickým či vážným duševním onemocněním, a to mimo rámec profesionálních zdravotnických a sociálních služeb. Většinou se jedná o člena rodiny, partnera nebo blízkého přítele pacienta, který zajišťuje praktickou i emoční podporu. Tito lidé často fungují jako hlavní pilíř péče, pomáhají lidem s duševním onemocněním s každodenními činnostmi včetně sociálních kontaktů, podporují je v léčebném procesu a zajišťují jejich základní potřeby.

Podle mezinárodní studie Caring for Carers tvoří 80 % pečovatелů ženy. Tři čtvrtiny rodinných pečovatелů pečují o dítě s těžkým duševním onemocněním (76 %), 10 % pečuje o partnera či manžela a 7 % o sourozence. Nejčastěji podporu neformálních pečujících využívají lidé s psychotickým onemocněním či s poruchami afektivními. (EUFAMI)

Role neformálních pečujících má v systému psychiatrické péče významný dopad na kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Vzhledem k limitovaným kapacitám odborné péče, dlouhým čekacím dobám, nedostupnosti služeb nebo jejich nedostatečnosti se rodina a blízcí často stávají prvními a mnohdy jedinými podporovateli člověka s duševním onemocněním. Přestože se role neformálních pečujících může zdát přirozená a daná, pečující často čelí značné psychické, fyzické i ekonomické zátěži. Na pečující osoby je kladen velký tlak, protože jejich úkoly mohou zahrnovat podporu v dodržování lékařských doporučení, komunikaci s poskytovateli zdravotních služeb, ale i pomoc s běžnými každodenními činnostmi, jako je například zajištění stravy či hygieny.

Neformální pečující v Česku zůstávají často v ústraní a jejich role není legislativně nebo systémově dostatečně podchycená, což znamená, že pečující osoby mají omezený přístup k oficiální podpoře a službám, které by jim mohly usnadnit jejich úlohu. Zároveň bývají mnohdy přehlíženy jejich vlastní psychické a fyzické potřeby, což může vést k jejich vyčerpání a vyhoření, které může mít vážné dopady na jejich zdraví.

1.6.2 Organizace neformálních pečujících v České republice a Evropě

V České republice neexistuje jednotná organizace, která by sdružovala neformální pečující v oblasti psychiatrické péče. V jednotlivých regionech působí podpůrné skupiny, které vznikají většinou díky osobnímu nasazení jednotlivců z řad pečujících, někde jsou podporovány neziskovými organizacemi nebo mají podporu na městské či krajské úrovni. Přesto se v posledních letech zvyšuje povědomí o této problematice a vznikají organizace a iniciativy, které se snaží podporovat pečující osoby alespoň formou poradenství, psychologické pomoci a vzdělávacích programů. Například některé neziskové organizace nabízejí informační a podpůrné služby pro rodiny pečujících o lidi s duševním onemocněním. Dobrým příkladem je činnost Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, které v letech 2017–2020 realizovalo úspěšný projekt „peer pečovatелů“ a vydává velmi užitečné publikace věnující se tomuto tématu. Jednotlivé projekty na podporu neformálních pečujících realizuje v posledních letech také Ministerstvo zdravotnictví a jeho příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví.

SITUACE V ČR

V roce 2023 vznikl návazně na neziskové organizace Sympathea o.p.s., Ondřej a podpůrné skupiny v regionech zapsaný spolek Nová Sympathea, jehož zakladateli se stali neformální pečující, kteří se dlouhodobě angažují v hnutí neformálních pečujících. Nová Sympathea z. s. se účastní několika projektů na podporu neformálních pečujících o duševně nemocné a má své zastoupení v rámci státních institucí a řadě pracovních skupin ovlivňujících služby o duševně nemocné. Cílem Nové Sympathey z. s. je být profesionálně fungující organizací, jež propojuje neformální pečující v ČR, a napomoci vytvoření celostátního systému, který by zaručil pečujícím osobám přístup k adekvátním službám a sociální podpoře.

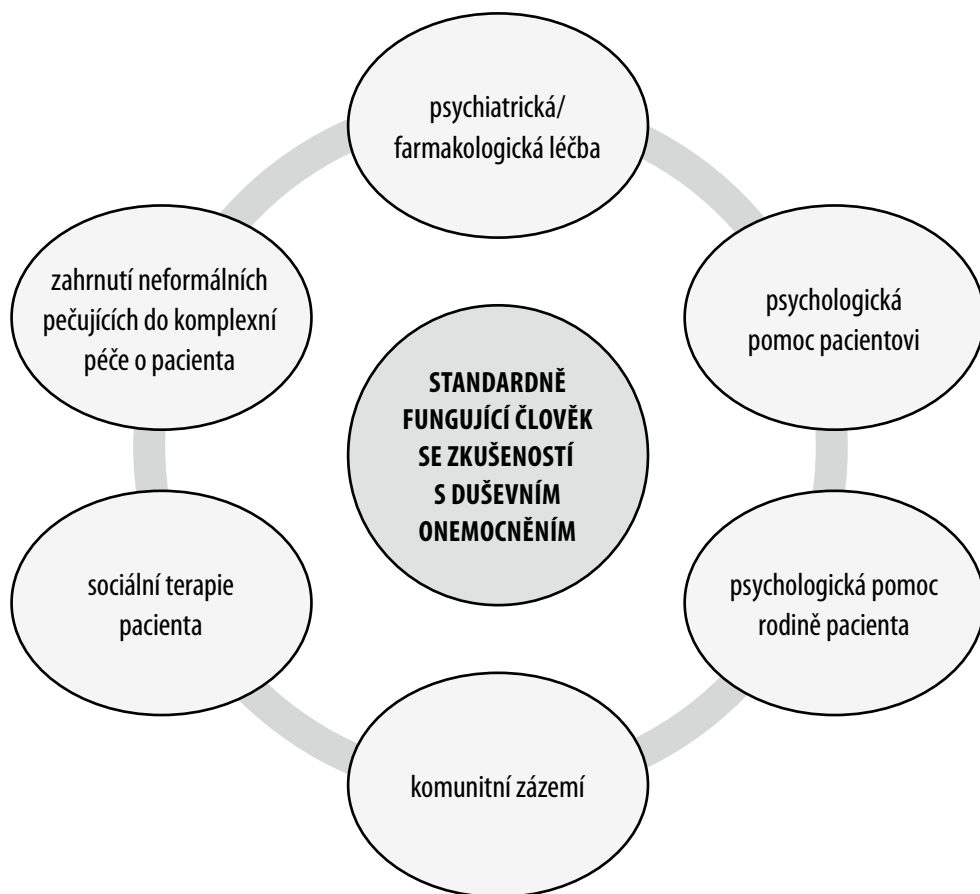
V Evropě je role neformálních pečujících lépe institucionalizovaná a podpora pečujících je více systematizovaná. Například ve skandinávských zemích existují dobře propracované systémy finanční podpory, poradenství a odlehčovacích služeb, které umožňují pečujícím osobám odpočinek, aniž by tím trpěla kvalita péče. V Německu či Rakousku existují modely, které umožňují, aby si pečující osoba do určité míry zajistila finanční podporu ze státního rozpočtu. Tato podpora může zahrnovat například příspěvky na péči, možnost uvolnění ze zaměstnání na určitý čas či přístup k poradenství.

Srovnáme-li situaci v Česku a Evropě, je patrné, že v zahraničí je péče o neformální pečující lépe zakotvena v systému sociálního zabezpečení. Česká republika má v tomto ohledu velký prostor pro zlepšení, zejména pokud jde o uznání neformálních pečujících jako důležitého článku systému zdravotní a sociální péče a také pokud jde o přístup k nástrojům, které by jim poskytly možnost efektivní podpory a péče o sebe samotné.

1.6.3 Přínosy a slabá místa role neformálních pečujících

Přínosy neformální péče o osoby s duševním onemocněním jsou značné. Především umožňují pacientům zůstat co nejdéle v přirozeném domácím prostředí, což může vést k lepší kvalitě života a rychlejšímu zotavení. Rodinní příslušníci mají jedinečný vhled do potřeb nemocných a mohou poskytovat individuální péči, která se přizpůsobuje jejich specifickému stavu. Významným faktorem je pak obeznamenost ambulantního psychiatra s pacientovým sociálním a vztahovým prostředím, možnost kontaktu s ním a intervence v něm. (Raboch, Wenigová, 2012) Zahrnutí neformálních pečujících do komplexní terapie člověka dává vyšší perspektivu na jeho uzdravení a běžné zapojení do společnosti.

Člověk se zkušeností s duševním onemocněním potřebuje různé druhy pomoci a podpory v závislosti na závažnosti onemocnění i na tom, v jaké fázi nemoci se právě nachází. Obrázek 1.1 znázorňuje různé druhy podpory, kterou lidé s vážným, případně chronickým duševním onemocněním potřebují. Jde o léčbu, kterou poskytují zdravotnická zařízení, sociální služby a organizace či jednotlivci. Jedním z hlavních přínosů neformálních pečujících je jejich schopnost poskytnout nepřetržitou a osobní péči. Tato kontinuita je klíčová, protože lidé s duševním onemocněním často potřebují stabilní a empatické prostředí, což mohou poskytnout právě jejich blízcí. Kromě emocionální podpory se neformální pečující často starají také o praktické záležitosti, jako je podávání léků, monitorování příznaků onemocnění a zajišťování každodenní péče. Neformální pečující mají rovněž významný vliv na prevenci stigmatizace duševního onemocnění a na šíření povědomí o problematice duševního zdraví ve společnosti.



Obr. 1.1 Druhy podpory pro lidi s duševním onemocněním

Rodinní pečovatelé osob s těžkým duševním onemocněním by neměli být vnímáni jen jako oběti. Studie *Caring for Carers* ukazuje, že většina z nich pečuje o příbuzného intenzivně a dlouhodobě, což dokládá jejich silné nasazení. Zjistilo se také, že starší a intenzivněji pečující osoby zažívají kromě zátěže i pozitivní zkušenosti, jako pocit užitečnosti, hlubší porozumění a vnitřní sílu. Tento pohled na pozitivní aspekty péče však nesmí zastínit těžkou zátěž, které pečovatelé čelí. (EUFAMI)

Slabá místa neformální péče jsou především v oblasti nedostatečné podpory a uznání této role. Pečující často čelí dlouhodobému psychickému i fyzickému vyčerpání, které může vést ke zhoršení vlastního zdraví. Péče o osoby s duševním onemocněním je náročná nejen kvůli potřebě nepřetržitého dohledu, ale také kvůli nevyzpytatelnému chování blízké osoby, což může vytvářet pocit bezmoci a frustrace. Rodinní pečovatelé mají na základě své osobní zkušenosti hluboké porozumění pro to, co obnáší život s duševním onemocněním. Zvláště je znepokojuje budoucnost a otázka, co se stane s jejich nemocným příbuzným v dlouhodobém horizontu.

Dalším problémem je nedostatečná finanční a institucionální podpora. V České republice sice existuje určitá finanční pomoc pro rodiny pečující o osoby s postižením, ale

pečující o osoby s duševním onemocněním na ni ne vždy dosáhnou, pokud není jejich blízkému přiznán nárok na příspěvek na péči a jiné dávky. Neformální pečovatelé často přerušují svou pracovní kariéru, aby mohli o svého blízkého pečovat, což má negativní dopad na jejich ekonomickou situaci a budoucí nároky na důchod.

1.6.4 Vzdělávání, osvěta a podpora

I když se v posledních letech situace právě v této oblasti nejvíce zlepšuje, pečující nemají vždy k dispozici dostatečné informace a školení, které by jim umožnily efektivně zvládat péči o osoby s duševním onemocněním. Tato oblast je v ČR stále podhodnocená a neexistuje systémová podpora, která by pečovatelům poskytovala odborné znalosti a nástroje pro péči.

Role neformálních pečujících je neocenitelná a v mnoha ohledech nenahraditelná, zejména v oblasti psychiatrické péče. V České republice je však jejich úloha stále nedoceněná a podpora ze strany státu omezená. Existuje řada překážek, které musí být překonány, aby se pečujícím osobám dostalo adekvátní pomoci a uznání. Zkušenosti z jiných evropských zemí ukazují, že systematická podpora a legislativní zakotvení neformálních pečujících může výrazně zlepšit jejich pracovní i osobní podmínky a zároveň přispět ke kvalitní a kontinuální péči o lidi s duševním onemocněním.

LITERATURA

- ALLNESS, D., KNOEDLER, W. (2003). *National Program Standards for ACT Teams*.
- BORKMAN, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social service review*. 50(3), p. 445–456.
- COOPER, R. E. et al. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC Medicine*. 22(1), p. 72.
- DAVIDSON, L. et al. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 11(2), p. 123–128.
- GILLARD, S. et al. (2022). The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 22(1), p. 373.
- KAR, S. K., SHANKAR, A., SINGH, A. (2022). Mental health problems among mental health professionals: A neglected issue. *International Journal of Advanced Medical and Health Research*. 9(1), p. 13–17.
- MOWBRAY, C. T., MOXLEY, D. P., COLLINS, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: first-person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 25, p. 397–411.
- PÁV, M., VŇUKOVÁ, M., PAPEŽOVÁ, S., TOMAN, J. (2022). Ústavní ochranná léčeni v ČR 2018–2020. *Čes. a Slov. Psychiatr.* 118(1), s. 9–16.
- RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Praha: Psychiatrická společnost ČSL JEP.
- SIMPSON, A., OSTER, C., MUIR-COCHRANE, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 27(2), p. 662–671.

- THORNICROFT, G., TANSELLA, M. (1998). A conceptual framework for mental health services: The Matrix Model. *Psychological Medicine*. 28, p. 503–508. [Cit. z: WINKLER, P. (ed.). (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, s. 8.]
- VACKOVÁ, T. (2023). *Peer konzultanti v systému péče o osoby s duševním onemocněním: cesta k peer programům*. Diplomová práce. Praha: FF UK, Katedra sociální práce.
- WHITE, S. et al. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 20, p. 1–20.
- WHO. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-003103-6 (print version).

INTERNETOVÉ ZDROJE

- EUFAMI, www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/copy.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329591/9789241516785-eng.pdf>.
- Individuální peer podpora poskytovaná lidmi s vlastní zkušeností a pro lidi s vlastní zkušeností, WHO Quality Rights [upraveno PŘ].
- Poster na Konferenci sociální psychiatrie*. (2021). [online]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/PEER-poster-A3-CZ-tisk.pdf>.
- WHO. (2007). *The optimal mix of services*. Geneva, World Health Organization, Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet2. [online]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html. [Cit. dne 2013-4-25.]

2 Role psychiatrické sestry v systému péče o duševní zdraví

Blanka Novotná

2.1 Odbornost psychiatrické sestry

Ošetrovatelská péče v psychiatrii se v mnohém odlišuje od ošetrovatelské péče v somatických oborech. Sestry pečují o pacienty, jejichž problémem je narušení kontaktu s realitou, s ostatními lidmi i se sebou samým. Duševní onemocnění často zasahuje život pacienta dlouhodobě a v mnoha oblastech současně. Pacienti potřebují pomoc nejen se zvládnutím hlavních příznaků, ale také s obnovením vztahu ke světu kolem sebe a s adaptací na změny, které onemocnění v jejich životním příběhu vyvolalo. Obvykle je to dlouhý a náročný proces, ve kterém léčba hraje jen jednu z rolí. Ošetrovatelská péče se mnohem více opírá o komunikaci a vztah, skrze které sestra podporuje pacienta v jeho zotavování. Téma vztahu je důležité v každém ošetrovatelském oboru, pro psychiatrické ošetrovatelství je však klíčové.

2.1.1 Hildegard E. Peplau – zakladatelka psychiatrického ošetrovatelství

Za zakladatelku psychiatrického ošetrovatelství je považována Hildegard E. Peplau. Svou představu o roli sestry velmi výstižně popisuje v tzv. **modelu interpersonálních vztahů**. Hildegard E. Peplau (1909–1999) byla americká zdravotní sestra. Významně se zasloužila o rozvoj výzkumu v ošetrovatelství a byla jedním z hlavních přispěvatelů k reformě psychiatrické péče v USA, především v oblasti humanizace péče o lidi s poruchami osobnosti a chování. Psychiatrickým ošetrovatelstvím se H. Peplau začala intenzivněji zabývat po 2. světové válce. Od 50. let obor také vyučovala a později se zasloužila o otevření prvního univerzitního studijního programu zaměřeného na psychiatrické ošetrovatelství. Její nahlížení na psychiatrické ošetrovatelství bylo od počátku ovlivněno interpersonální psychologií, kterou rovněž vystudovala. (Kadochová, 2012)

Ošetrovatelství definuje H. E. Peplau jako významný terapeutický a mezilidský proces, který zahrnuje vztah nemocné osoby nebo osoby, která má potřebu vyhledat zdravotnické služby, se sestrou, která by měla rozpoznat problém a poskytnout přiměřenou pomoc. Pacientem je jedinec s narušenými interpersonálními vztahy, úzkostí a frustrovanými potřebami. V ošetrovatelském procesu je vedle identifikace problémové oblasti klíčovým faktorem vytvoření terapeutického vztahu. Ošetrovatelské intervence se zaměřují na odstranění tenze a úzkosti pomocí komunikace a podpory seberozvoje, což vede k odstranění frustrace a úzkosti, obnovení sebekontroly a zlepšení schopnosti samostatně řešit problémy na straně pacienta. (Kadochová, 2012)

Model interpersonálních vztahů popisuje postupný vývoj vztahu pacienta a sestry v průběhu jejich spolupráce. H. E. Peplau rozlišuje 4 základní fáze (Kadochová, 2012):

- **Fáze orientace** je úvodní fází, kdy se sestra s pacientem setkává poprvé a začíná se mezi nimi formovat vztah – vztah profesionální, nikoli společenský. To znamená, že v centru vztahu je vždy pacient a všechny interakce mezi pacientem a sestrou jsou zaměřené na pomoc pacientovi. I profesionální vztah je ovlivňován předchozími životními zkušenostmi, vzděláním a kulturou, ze které oba aktéři přicházejí. Sestra v této fázi začíná poznávat pacienta jako jedinečnou osobu a pacient by měl cítit, že se o něj skutečně zajímá. Je to fáze důležitá pro rozvoj pacientova pocitu bezpečí a důvěry v sestru. Sestra by proto měla být respektující a přistupovat k pacientovi bez předsudků.
- Ve **fázi identifikace** pacient začíná rozpoznávat problémy, na kterých může v rámci vztahu se sestrou pracovat. Současně si sestra vytváří představu o interpersonálních dovednostech pacienta. Každý pacient přistupuje ke svému onemocnění i léčbě jinak. Pacientův přístup může být pasivní a zcela závislý na sestře, spolupracující, ale s potřebou podpory ze strany sestry, nebo aktivní a nezávislý. Cílem sestry je pomoci pacientovi rozpoznat jeho přístup, roli, jakou v léčbě sám sehrává, a podporovat jeho zodpovědnost za sebe sama.
- Během **pracovní fáze** pacient i sestra pracují na co nejvyšším využití potenciálu pacienta a na naplnění jeho cílů. Pacient se stále aktivněji zapojuje do procesu svého uzdravení. Sestra podporuje ty dovednosti, které přispívají k osamostatňování a převzetí zodpovědnosti, podporuje vyjadřování pocitů a myšlenek, motivuje pacienta k rozvíjení interpersonálních dovedností, které chybí nebo jsou oslabené. Pacient v této fázi sestře důvěřuje a plně využívá její odborné schopnosti.
- **Fáze ukončení vztahu** sestry–pacient nastává po splnění pacientových cílů. Jedním z klíčových aspektů vztahu sestry–pacient, na rozdíl od společenského vztahu, je to, že je dočasný a často má krátké trvání, ukončují ho obvykle vnější okolnosti (ukončení hospitalizace, odchod pacienta z ordinace, úmrtí pacienta). Ve většině situací by se však měl vztah ukončit, jakmile pacient dosáhne soběstačnosti při řešení vlastních problémů.

Ošetrovatelský model interpersonálních vztahů byl novátorský v důrazu na vytváření sdíleného zážitku mezi pacientem a sestrou, liší se tak od tradiční pasivní role pacienta přijímajícího léčbu a koneckonců také tradiční role sestry jako pasivní vykonavatelky příkazů lékaře. Sestra pacientovi naslouchá a vytváří si celkový dojem o jeho situaci. Poté si u pacienta ověřuje správnost svého dojmu. Ve vzájemné interakci se učí a rozvíjí oba.

2.2 Odborná příprava psychiatrických sester

Zakládání velkých psychiatrických léčeben na počátku 20. století s sebou přineslo i potřebu zvýšení počtu ošetrovatelského personálu. Přijímání byli často nekvalifikovaní pracovníci, které bylo nutné intenzivně zaškolenat, a postupně se také zvyšovaly nároky na odbornou úroveň ošetrovatelů. V roce 1908 byla vydána kniha *Ošetřování choromyslných*, první učebnice psychiatrického ošetrovatelství u nás, jejímž autorem byl MUDr. Jan Hraš. Kniha je hodnocena jako na svou dobu moderní a pokroková, byla přeložena také do německého jazyka.

V letech 1949–1952 byl při Vyšší škole sociální a zdravotní v Praze otevřen obor zaměřený na psychiatrické ošetrovatelství. V dalších letech si však odborné doškolení svých pracovníků zajišťovaly především jednotlivé psychiatrické léčebny. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2011)

V 60. letech 20. století dochází k dalšímu rozvoji systému vzdělávání ošetrovatelského personálu. V roce 1960 bylo založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, zaměřené na systematické celoživotní vzdělávání zdravotníků. V současnosti je tato instituce známá pod názvem Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů a zajišťuje specializační vzdělávání v mnoha nelékařských oborech, včetně ošetrovatelské péče v psychiatrii.

V letech 1997–2004 bylo možné získat specializovanou způsobilost pro práci sestry v psychiatrii absolvováním oboru diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách.

Nabídka specializačního vzdělávání v psychiatrickém ošetrovatelství se v posledních letech výrazně rozšířila. Zvýšil se počet akreditovaných zařízení, která specializační studium zajišťují, studium je časově i geograficky dostupnější. Současně se zvyšuje poptávka po sestřích-specialistkách, především v komunitní a ambulantní sféře, ale i v lůžkových zařízeních. Zajímavou a zatím ojedinělou možnost nabízí Ostravská univerzita, a to magisterské studium oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii, jehož absolventi získají současně akademické vzdělání i specializovanou způsobilost psychiatrické sestry.

V roce 2020 došlo k obsahové změně programu specializačního vzdělávání, která reflektovala potřebu rozvíjet u psychiatrických sester kromě znalostí také psychosociální dovednosti a rovněž je lépe připravit na práci v komunitě. V témže roce byl také akreditován vzdělávací program ošetrovatelství v dětské a dorostové psychiatrii. Od roku 2022 probíhá certifikovaný kurz zaměřený na psychoterapeutické dovednosti sester. Cílem všech těchto programů je přispívat k tomu, aby sestra mohla s pacientem pracovat samostatněji a využívat širší spektrum činností.

2.3 Kompetence psychiatrických sester

Pojmem kompetence bývá běžně označována schopnost zvládat určité činnosti nebo funkce, schopnost poradit si s určitou situací. V některých oborech (např. pedagogika, personalistika) je významový důraz kladen na schopnosti, dovednosti a znalosti, v oblasti práva je kompetencí míněn souhrn svěřených pravomocí a povinností. Kompetence sestry tak můžeme nahlížet jednak jako odborné znalosti a dovednosti, získané absolvováním příslušného vzdělání a rozvíjené praxí, jednak jako oprávnění k výkonu určitých činností vymezené právní normou.

2.3.1 Legislativní vymezení kompetencí

Současná česká legislativa rozlišuje u nelékařských zdravotnických pracovníků odbornou způsobilost (např. všeobecná sestra, praktická sestra, psycholog ve zdravotnictví) a specializovanou způsobilost (např. sestra pro péči v psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, klinický psycholog), kterou je možné získat absolvováním specializačního vzdělávání.