Organizace psychiatrické péče a její ekonomické aspekty

MUDr. Ivan David, CSc.

Z nejbolestnějších kapitol lidských běd a utrpení byl odedávna zlý osud ubohých duševně chorých, zvláště těch, u nichž choroba vzrostla na stupně šílenství a zuření. Bývali takoví nešťastní ve velkých i malých obcích, a nebývalo okolí, kde by od obce k obci nebyl bloudil takový ubožák. To byli „tiší blázni“, kteří na svých potulkách bývali jen nezvedenou mládeží znepokojováni a dráždění.

Daleko hůře bylo s těmi, jejichž výbuchy šíleného zuření ohrožován byl majetek a život lidský a o kterých se věřilo, že jsou ďáblem posedlí. S takovými bylo nakládáno necitelně, surově, až ukrutně. Pro ty nebývalo žádného soucitu, bývali zavírání do tmavých děr bez vzduchu a světla, poutáni provazy a řetězy, hynuli v nečistotě, trpěli všelikým nedostatkem a nepřízní povětrnosti, byli pravými mučedníky, jež teprve milostivá smrt uvedla v říši míru a pokoje.

Tak to bylo po dlouhé věky. Až za císaře Josefa II. vznikly první větší ústavy dobročinné k ulevení všelikého druhu bídy lidské.

Za něho založeny byly v Praze r. 1783 ústav sirotčí, r. 1784 všeobecný ústav pro chudé, r. 1786 ústav pro hluchoněmé, r. 1789 obecná porodnice a r. 1790 obecná nemocnice a při ní blázinec.

***Cyrill Kneidl**, řídící primář:*

Příspěvek k dějinám péče o choromyslné v Čechách od r. 1790- 1890

ze sborníku- A. Heveroch, F.S.Frabša: Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách, vydal Zemský správní výbor v Čechách, 1926

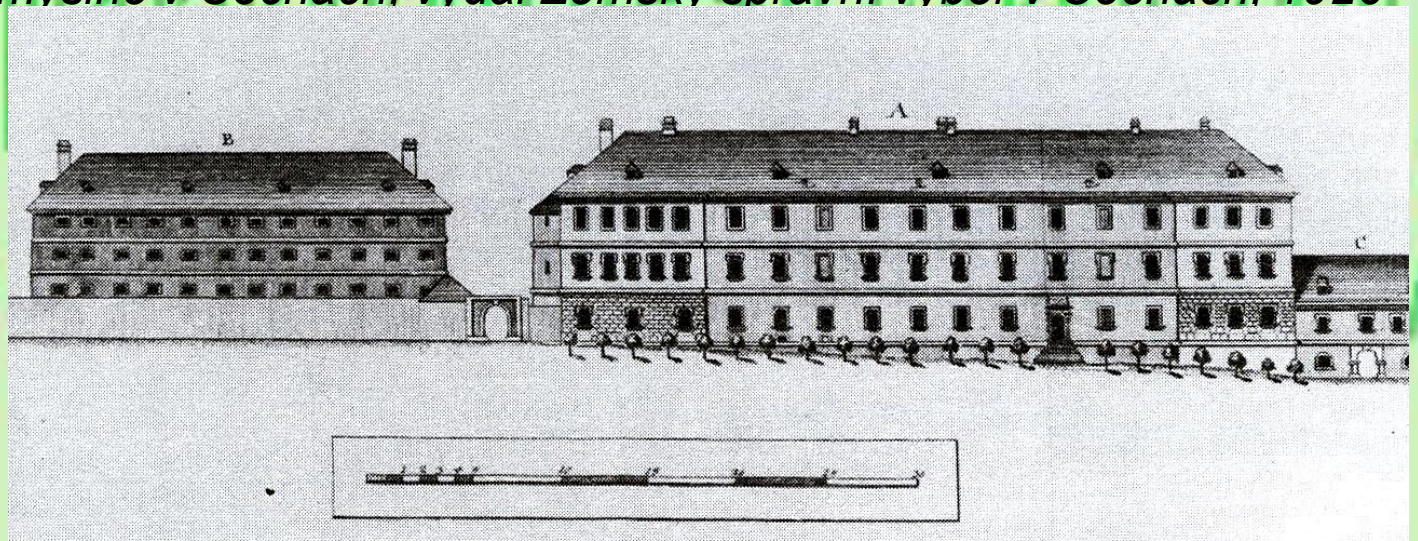
Asyly a ústavy vězeňského typu

Ústav byl pouhým útulkem a nemocní byli hodni politování, jsouce na milost a nemilost vydáni svým strážcům. Žilať zde obě pohlaví pohromadě, klidní a nadějní trpěli nesmírně nemocnými hlučícími a zchátralými, nečistými, takže i vyléčitelné formy psychóz nalézaly zde rozhodně všechny podmínky, aby přešly ve formy trvalé a povážlivé.

Ústav mohl pojmout 57 nemocných. V roce 1791 bylo v ústavu ošetřováno 93 nemocných, z nichž 35% údajně odešlo uzdravených, 20% polepšených a 27% zemřelo.

I například v Nizozemi v té době trávili nemocní bědný svůj život na hromadě slámy, nazí, váleli se ve svých výkalech v morovém puchu. Kárným utěšovacím prostředkem byly hůl, řetěz a hlad.

***Cyrill Kneidl**, řídící primář: Příspěvek k dějinám péče o choromyslné v Čechách od r. 1790- 1890 ze sborníku- A. Heveroch, F.S.Frabša: Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách, vydal Zemský správní výbor v Čechách, 1926*



Stručný historický přehled

- **Pravěk- nálezy trepanace lebek, posedlost**
- **Starověk- klid, hudba, pokusy o racionální výklad**
- **Středověk (evropský)- organizovaná dobročinná péče- církevní špitály, dogmatický přístup**
- **Novověk- izolace agresivních a obtížných jedinců**
- **XVIII. století- organizace veřejné péče, první novodobá specializovaná zařízení, drastická tlumení neklidu**
- **První pol. XIX. století- opouštění drastických metod- vznik psychiatrie jako lékařského oboru**
- **Druhá pol. XIX. století- léčení klidem a zaměstnáváním, vědecký přístup, rozvoj ústavů**
- **První pol. XX. století- ambulantní péče**
- **Od druhé pol. XX. století- rozvoj ambulantní péče, renesance rehabilitace, psychoretapie, psychofarmaka**

Osoby, jimž se nedostává péče

- Degradované sociální postavení v rodině nebo závislost na sociální pomoci, případně instituci. Jestliže se jim nedostane institucionální pomoci:

  Bezdomovci- odkázáni na milodary, žebrání s plátěnými mošnami, asociální chování, alkohol, vzbuzují odpor a strach

Bezdomovci dnes

- (30- 60% duševně nemocných psychózami, 70-80% závislostí)
- přibyly závislosti na nealkoholových návykových látkách,
- plátěné mošny nahrazeny igelitovými taškami

Laická Identifikace duševně nemocných osob

- **V životní historii nově se vyskytující změny chování (myšlení, emotivity)**
- **Neadaptivní nebo bizardní s předpokladem:**
  - **Nebezpečí**
  - **Nepředvídatelnost**
- **Kde**
  - **V rodině, partnerských a přátelských vztazích**
  - **V zaměstnání, součinnost v domácnosti, rekreační aktivity**
- **Možnosti reakce**
  - **Racionalizace**
  - **Negligace**
  - **Negace**

  Nejčastěji vyhýbání

Snaha o pomoc

- Překážky
  - Chybí informace o výskytu poruchy
  - Často snaha rodiny zakrýt skutečnost, kolegové se většinou neangažují
  - Nedostatečný náhled
  - Nedostatečná kooperace s pacientem
  - Nedostatečná kooperace s jeho blízkými a kolegy
  - Pomoc vždy spojena s nějakým omezením nebo povinností
    - Při nedostatku náhledu nikdo nechce překonávat odpor

Vyhledání odborné pomoci

- Základní překážkou je stigmatizace (závažnost deklarace onemocnění) a míra omezení
- Praktický lékař
- Neurolog
- Psycholog
- Psychiatr ambulantní
- Psychiatrický ústav

Psychiatrická péče obecně

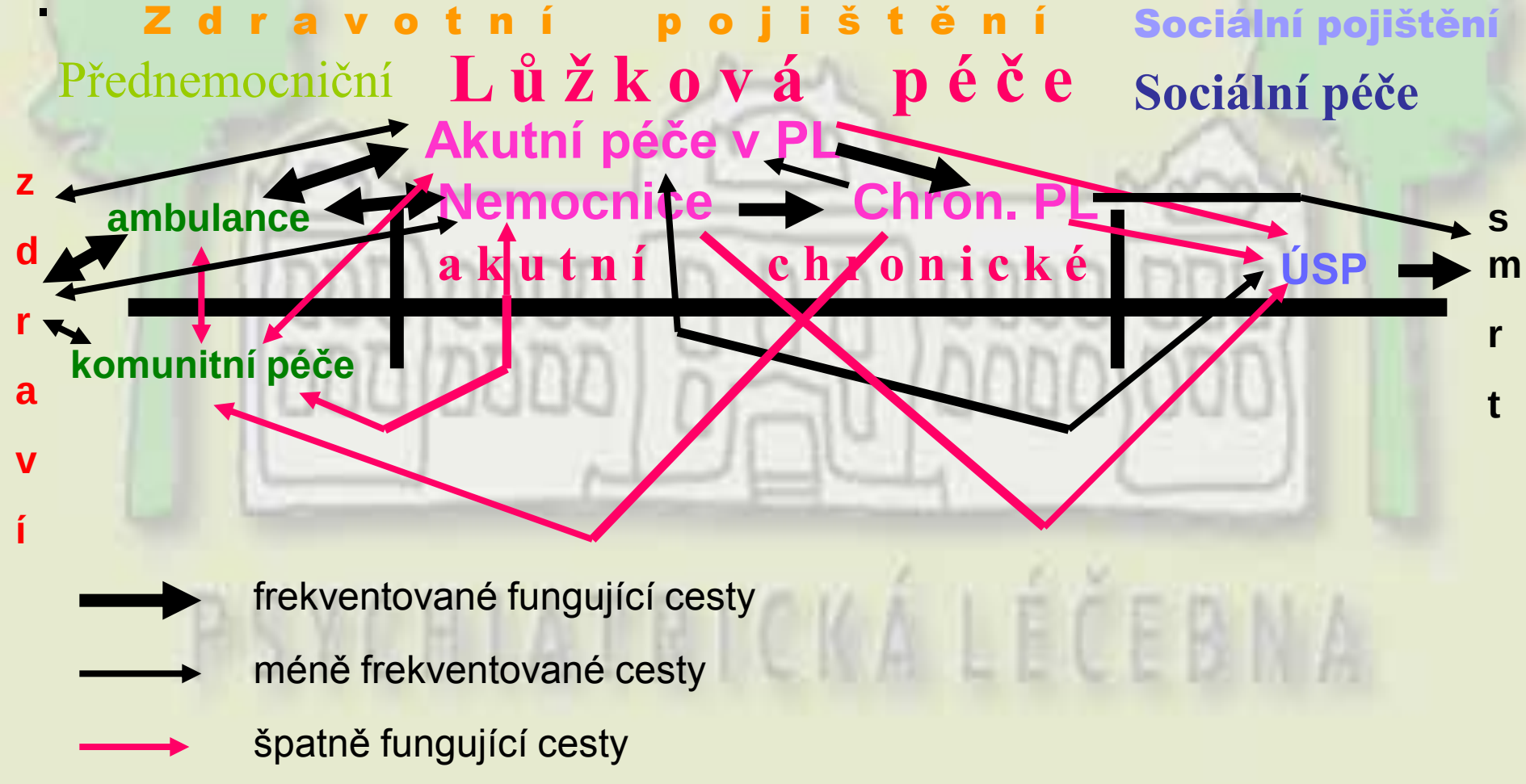
- Péče má být přiměřená potřebám
- cíl organizované péče
- indikace k péči
- o jaké objektivní a subjektivní stránky péče jde a ve prospěch koho se organizuje
- péče má být účinná, kontinuální a komplexní (stále a o všechny potřeby), má mít program a cíl
- Poměr personálu k počtu lůžek

Organizace péče v psychiatrii

Druhy psychiatrické péče

* Ambulantní péče (praktický lékař, specialista)
* Ústavní péče („léčebny“, oddělení nemocnic)
* Rehabilitační a resocializační
  - péče v průběhu hospitalizace
    - ambulantní
    - pobytová
  - a bez naléhavé potřeby hospitalizace -„komunitní“
    - ambulantní
    - pobytová

Koloběh pacientů v přírodě



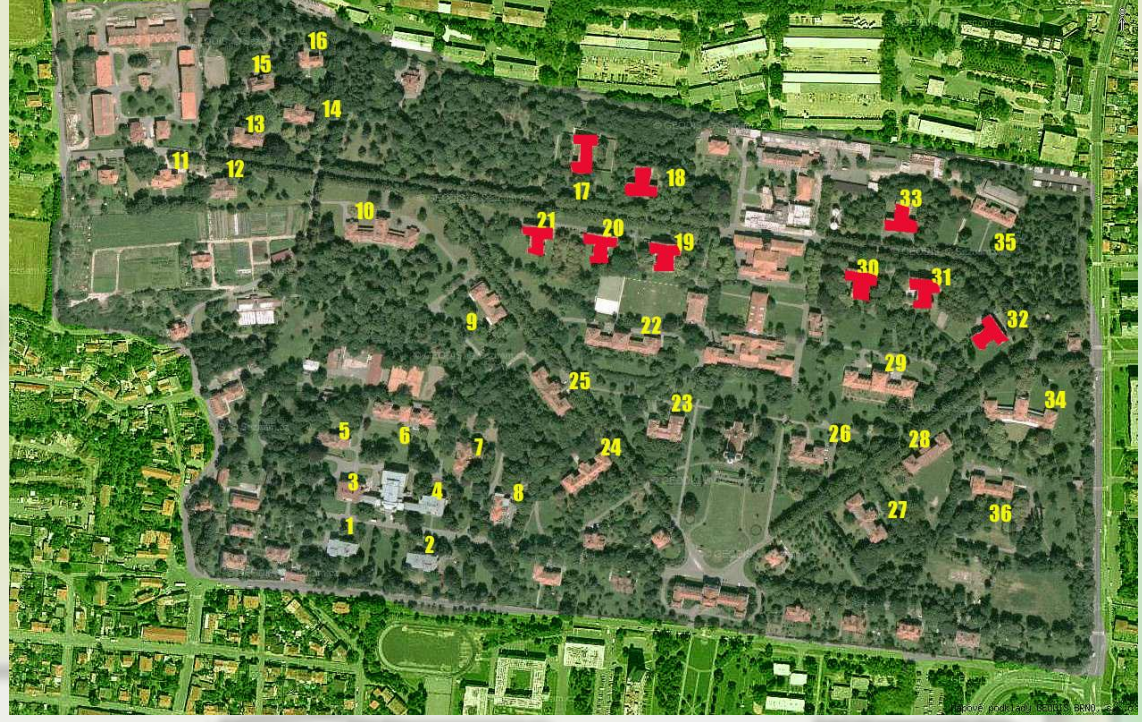
frekventované fungující cesty

méně frekventované cesty

špatně fungující cesty

1910

Bohnice-
pavilóny
pro
neklidné
pacienty



2007

Ambulantní psychiatrická péče

- Historicky stav vždy odrážel poptávku a způsob úhrady.
- Soukromé ambulance od poloviny 19. století až do šedesátých let 20. století (ČSSR).
- V rámci koncepce psychiatrické péče od padesátých let snaha o jednotnou celostátní síť psychiatrických ambulancí v rámci OÚNZ s psychiatry- ordináři. V sedmdesátých letech nebyli ještě ve všech okresech. Vedle toho síť PAP (protialkoholní poradny) obvykle na zlomkové úvazky podle počtu obyvatel.
- Ambulantní péče v osmdesátých letech (psychiatr, protialkoholní odd., psycholog, psychiatrická sestra, geriatrická sestra, adm. pracovnice), někdy prováděli návštěvní službu.
- Dnes neexistuje jednotný systém, jednotlivé ambulance mají právní subjektivitu, polovina ambulantních psychiatrů nemá zdravotní sestru, někdy sdruženi s klinickým psychologem s vlastní smlouvou, nemají sociální pracovnici, o návykové nemoci téměř nikdo nemá zájem. Síť je velmi nerovnoměrná, více než poptávka po ní. Síť pokrytá pojišťovnou je nedostatečná, někteří neberou nové pacienty, dlouhé čekací doby.

Ústavní psychiatrická péče

Jestliže se pacienta nedaří léčit ambulantně + lze ho dopravit a souhlasí s léčbou nebo splňuje podmínky pro nedobrovolnou nebo má soudem uloženou ochrannou léčbu ústavní…

Psychiatrické léčebny: právní subjektivita, nevybírají si pacienty,, vyrovnané hospodaření, vysoká obložnost 91- 96%, odpovědnost za spádovou oblast.

Psychiatrická oddělení: většinou si vybírají pacienty, nemají právní subjektivitu, hospodaří většinou ve ztrátě, obložnost 80- 85%, chroniky posílají do léčeben

Léčebny a nemocnice mají rozdílné úhrady.

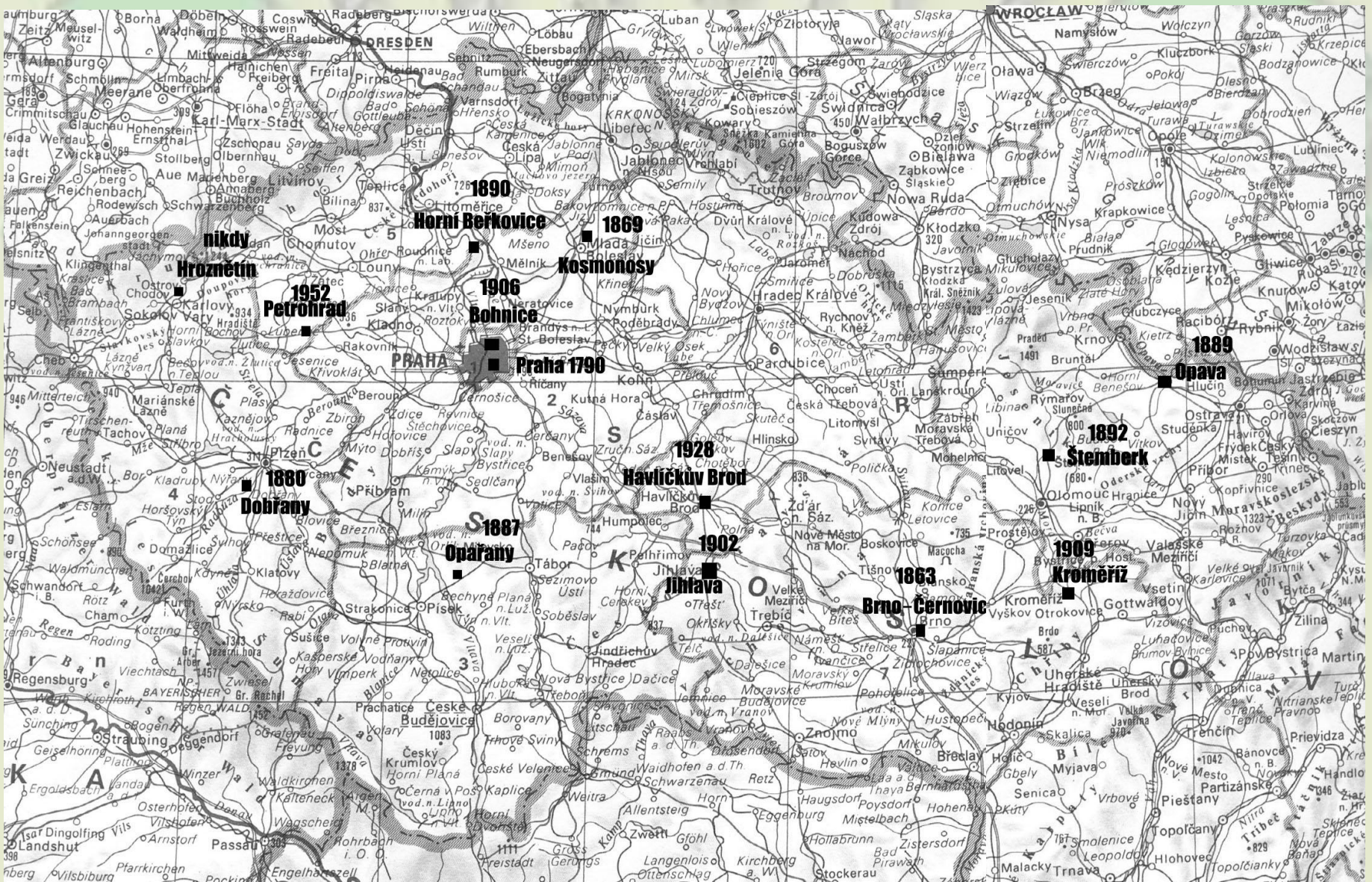
Ústavní péče: léčebny a odd. nemocnic

Psychiatrické léčebny

v padesátých letech koncipovány jako doléčovací zařízení- jako OLÚ plicní a rehabilitační nebo LDN, některé tak po určitou dobu také fungovaly- jednak před získáním právní subjektivity a vlastní spádové oblasti, jednak v padesátých a šedesátých letech.

- Fungují jako psychiatrické nemocnice (kliniky) v západní Evropě.
- V zahraničí
- mají buď
  - akutní i chronické pacienty
  - jen akutní (chroničtí jsou ve specializovaných léčebnách nebo v „komunitě“)
  - jen chronické
- Mají právní subjektivitu, některé mají ambulantní složku, výuku, vzdělávání, výzkum…

Ústavy pro choromyslné v Čechách na na Moravě 1918



Přeplněnost ústavů

Dr. Jan Hraše (1916):

„Velmi závažného činitele v otázce progressivního dodávání choromyslných do ústavů možno především hledati v tlaku sociálních poměrů…

Nikde to tak silně nevyniká jako v životě velkoměsta a průmyslových center…

Nedá se proto ani dobře mysleti, že by choromyslný za tohoto stavu věcí mohl mimo ústav býti ošetřován, obzvláště, když zvláštní ráz novodobých směrů, egoismem charakterisovaných, příčí se tomu, aby životní zvyky byly uvedeny v soulad s obtížným ošetřováním duševně onemocnělého člena rodiny….“

“ Takto Hraše v roce <u>1916</u> charakterizuje dobu:

„Umořující boj o existenci, nechť se boj ten odehrává v oboru materielním či duševním, zvýšené požadavky na jednotlivce kladené, parforsní honba za výdělkem, vyčerpávající konkurence, který plnými hrstmi plýtvá nervovým kapitálem… ... stále větší komplikovanost podmínek životních, komplikovanost moderní společnosti a obtíže přizpůsobiti se jejich potřebám…. …Sledujeme-li vývin péče o choromyslné, seznáme že podobně jako v jiných lékařských disciplínách spočívá její vývin ve specialisování.“

Ústavní péče: léčebny a odd. nemocnic

Oddělení nemocnic

(v některých fakultních nemocnicích „kliniky“)

Psychiatrické oddělení je buď specializované (dětské, dorostové, protilakoholní), nebo pro akutní péči, ale velmi neklidné pacienty někdy posílají do léčeben. Oddělení s jednou, nebo malý počtem stanic neumožňují diferenciaci péče.

Psychiatrická odd. (i v zahraničí) obvykle sídlí v méně kvalitních budovách, nejsou preferována, jsou odkladišti…

Kliniky provádějí výuku mediků (v zahraničí probíhá někdy výuka mediků v psychiatrických nemocnicích, někde v nich sídlí i zdravotní školy).

Velikost a dispozice

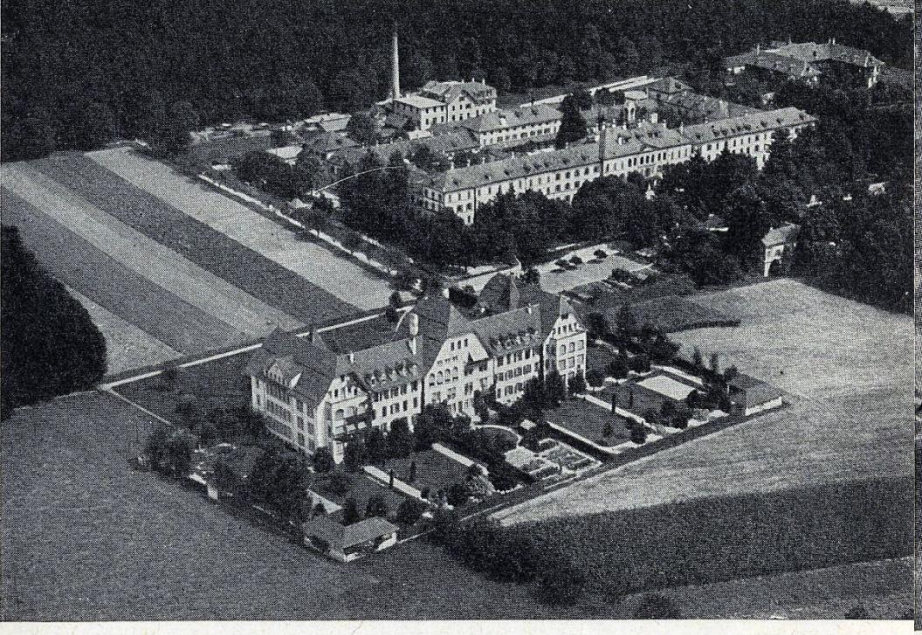
Vídeň „Narrenturm“ 1784

Praha 1790

Praha 1844

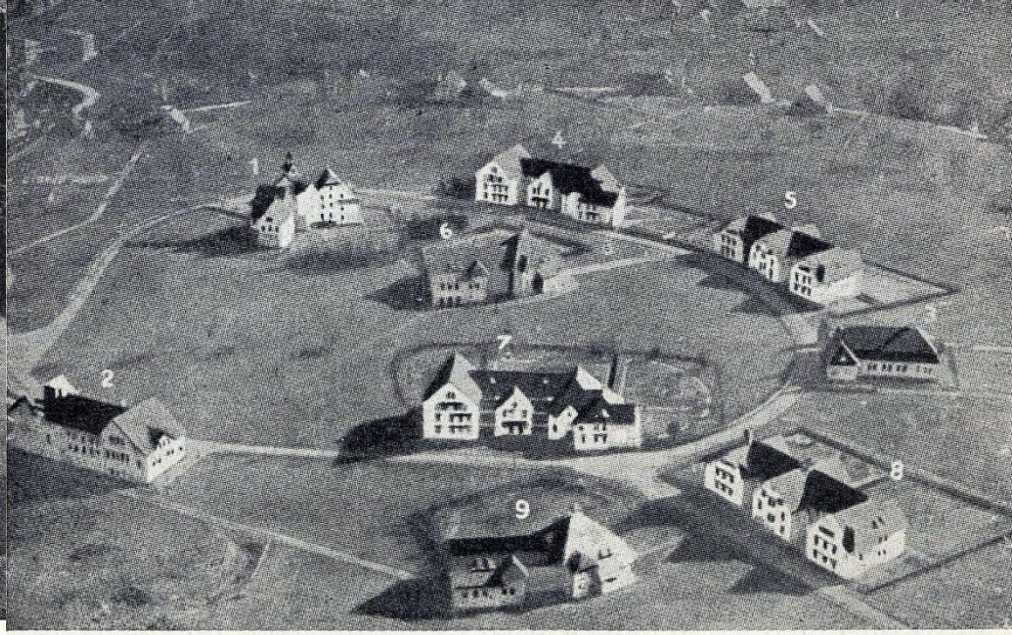
Bohnice 1916

Sanatorium: Pavilon E pro nesociální muže.



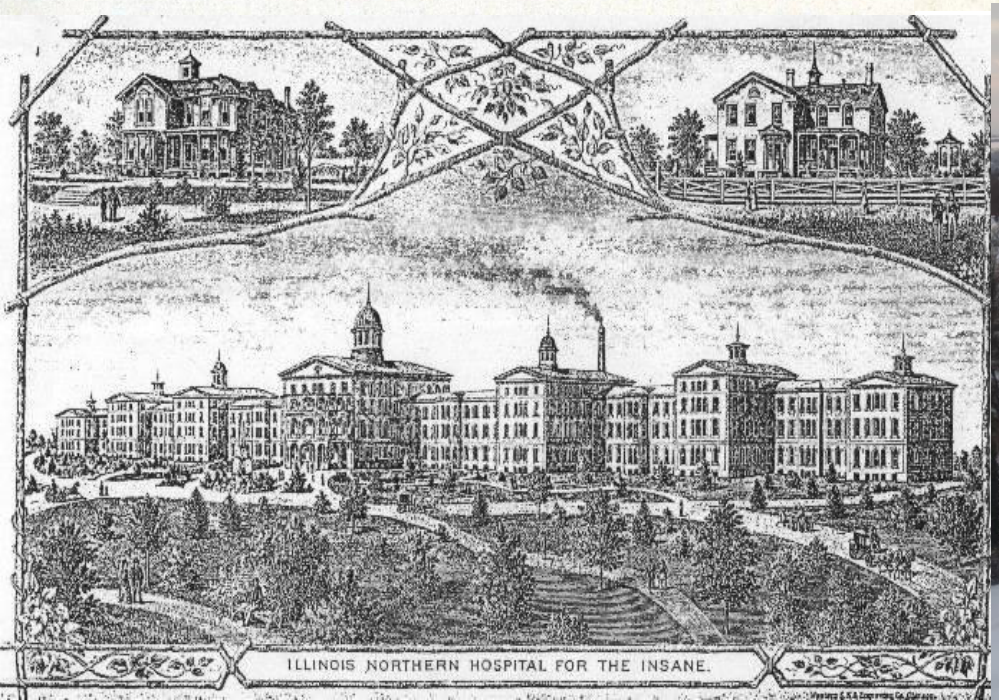
a) Ältere Anstalt: Blockbau

Waldau-Bern, eröffnet 1855 (Text siehe nebenstehende Seite)



b) Neuere Anstalt: Pavillonsystem

Herisau, eröffnet 1908 (Text siehe nebenstehende Seite)



Dr. J. Hraše k tomu poznamenal (1916):

„Vedle stavebního vývinu ústavnictví byla však i lékařské organisaci ústavů věnována náležitá pozornost. Ještě při převzetí ústavů do zemské správy *(pozn. šedesátá léta 19. stol.)* ***měly ústavy ráz detenční a sequestrační. Zevnějškem podobaly se kasárnám, ne-li ústavům kárným a vnitřek jejich byl pustý a prázdný. Ošetřování nemocných rovnalo se pouhému hlídání a osamocování v celách bylo jeho charakteristickou značkou. Volnější pohyb byl nemocným jen výjimečně dopřán a se zaměstnáváním nemocných bylo teprve málo let před odevzdáním ústavů do zemské správy započato. Místo kasárnicky ponurých budov povstaly krásné, vzdušné ústavy s příjemným vnitřkem a s pavillonovým seskupením. Nemocní ošetřováni jsou z příčiny nemoci za stálého dozoru na lůžku podobně jako v nemocnicích, aneb se pohybují volně ve přikázaných místnostech a zahradách. Donucovací prostředky jsou neznámy. Osamocování v celách děje se výjimečně a jen za stálého dozoru opatrovnictví. Vlastní ošetřování má čistě klinickou základnu a využije se při něm všech vědeckých vymožeností. Plná pozornost věnuje se s hlediska léčebného nejen vhodnému zaměstnání, nýbrž i dřívějším společenským zvyklostem nemocných.“***

Slupy 1860

Slupy byla pracovní, hospodářská kolonie pražského ústavu a určena pro takové nemocné, kteří pro zaměstnání v kolonii svým tělesným a duševním stavem byli způsobilí. Pracovníci zaměstnávali se zelinářstvím, rolnictvím, květinářstvím, štěpařstvím, ošetřovali dobytek a včely. Průměrně bylo z nich 30 mužů a 15 žen. Ostatní pracovníci vykonávali domácí práce nebo provozovali různá řemesla: tkalcovství, krejčovství, obuvnictví, rukavičkářství, šili, pletli, atd.

- Podnik byl vždy aktivní. Tak např. r. 1872 obnášela celková režie 3.505 z. 51 a ½ kr., příjem 7.381 zl. 8 kr.
- Škoda věčná, že tolik vzácného úsilí přišlo r. 1895 nazmar, když se Sněm království českého usnesl prodati celý komplex slupský za 600.000 zl. ku stavbě universitních budov.

Dr. Jan Hraše **napsal v době, kdy byl 3 roky ředitelem pražského ústavu a po tom, kdy byl 4 roky ředitelem bohnického ústavu *:***

„Ústav pražský (dnešní Psych. klinika 1. LF), který budován byl na hygienických a ústavotechnických názorech dnes naprosto falešných, nehodí se v nynějším svém složení k časově správnému ošetřování choromyslných.“

Naproti tomu Prof. Heveroch píše o 10 let později:

„Hlavní budova pro nemocné psychiatrického ústavu , Nový dům, byla vystavěna v roce 1844. Byla tehdy tak výborná, že byla vzorem pro budování ústavu vídeňského. Za 80 let se změnily způsoby staveb ústavů, přirozeně Nový dům už dávno není moderní, ale zdá se, že přichází a přijde do mody. Upouští se od nákladných pavilónových staveb a vracíme se ke stavbám velkých budov, v nichž místnosti nemocných spojuje dlouhá chodba- koridor.“

Nutno ovšem konstatovat, že od dob napsání těchto řádků žádná taková budova u nás postavena nebyla a i v zahraničí se dál staví pavilony. Dnes nám ze 173 let staré budovy „Nový dům“ opět vzkazují, že léčebny pavilónového typu jsou přežitkem.

Z vězení do nemocnic

Reverend **Louis Dwight** (1793-1854) kázal ve vězení a ve vězeňské nemocnici pro duševně nemocné

Založil v roce 1825 Boston Prison Discipline Society.

Jeho aktivita vedla ke zřízení komise, která podala zprávu

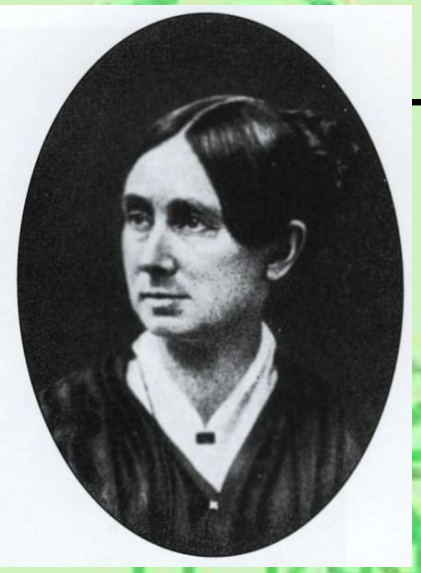
Nejvyššímu soudu státu Massachusetts,

že **duševně nemocní vězňové jsou drženi v ponižujících podmínkách**: „ Jeden z mužů je 9 let přivázaný kolem těla a krku v cele bez lůžka lavice nebo židle na kupce slámy jako v podestýlce pro prasata…. **Ve větší čistotě a pohodlí jsou držena divoká zvířata v klecích.“**

Na základě následujícího rozhodnutí bylo zakázáno posílat do vězení duševně nemocné a vězeňská nemocnice byla přestěhována roku 1833 z vězeňského areálu.

Byl vybudován „Státní asyl pro šílence ve Worcesteru“ pro 120 nemocných.

Z vězení do nemocnic



Dorothea Linde Dix, (1802- 1887) učitelka, nejslavnější reformátorka v dějinách americké psychiatrie.

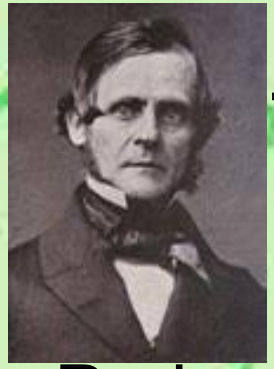
V roce 1841 učila ve vězeňské nedělní škole.

Dozorce jí vysvětlil, že šílenci nepotřebují teplo, ale bití. Za 6 let navštívila 318 vězení a 500 chudobinců. ..Také královnu Viktorii a papeže…

Prosazovala budování státních psychiatrických nemocnic.

- Do roku 1880 jich bylo postaveno 75 (na 50 mil. obyvatel).
  1880: důkladný census duševně nemocných v USA.
  Bylo napočítáno (zaokrouhleně) celkem
  92 000 duševně nemocných osob:
  41 000 žilo doma, 41 000 v nemocnicích a asylech,
  9 300 v chudobincích a pouhých 400 ve vězeních (0,7%).

Kirkbride a jeho nemocnice



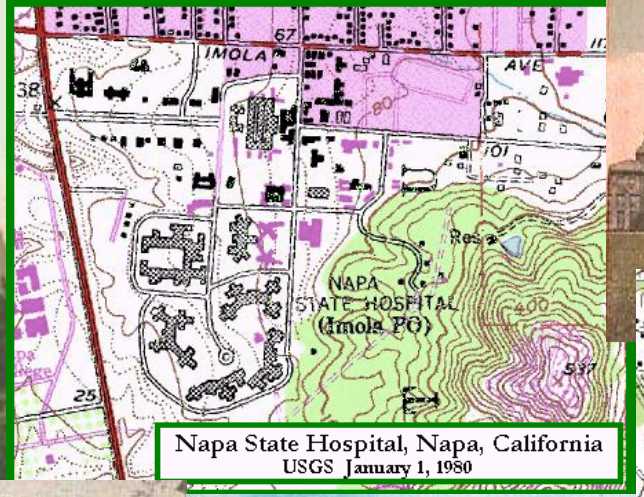
Dr. Thomas Story Kirkbride (*1809- 1883)

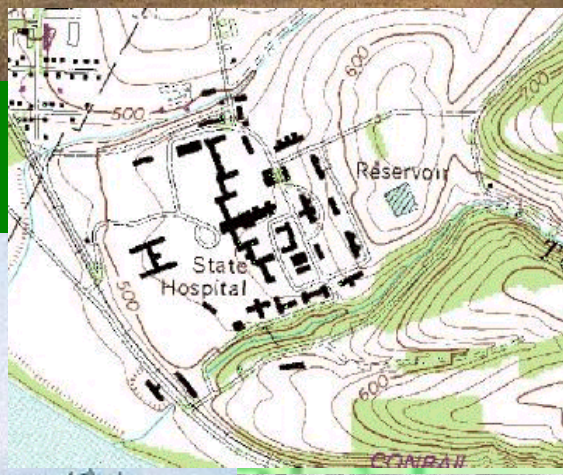
podobně jako Dix bojoval za humánní ošetřování nemocných, nastoupil 1833 a 1840 přijal místo superntendanta nem. pro šílence ve Philadephii.

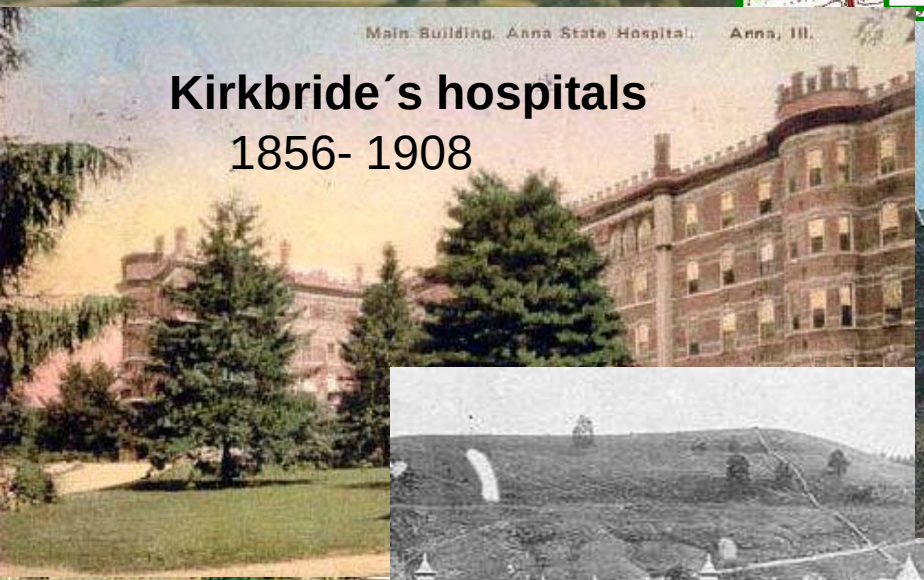
Podporoval zaměstnání a kulturní vyžití nemocných a 1856 navrhl „**Kirkbrideův základní plán**“, „*On the Construction, Organization, and General Arrangements of Hospitals For the Insane With Some Remarks on Insanity and Its Treatment*.“ „O stavbě, organizaci a všeobecném uspořádání nemocnic pro šílence s poznámkami o šílenství a jeho léčení“, který postupně přijímaly jednotlivé státy, 1859- nová nemocnice ve Philadelphii.

Podle tohoto vzoru i v Kanadě a Austrálii.

Kirkbride zdůrazňoval, že budovy nejsou nejdůležitější, ale duch, který v nich vládne- stálé zlepšování kvality péče.

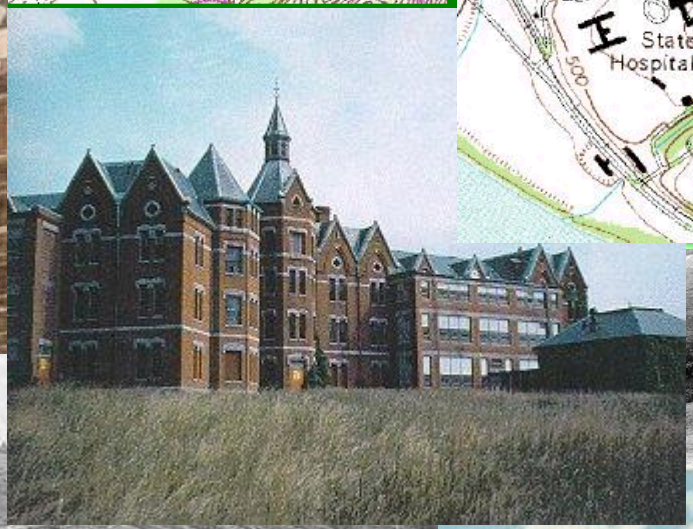


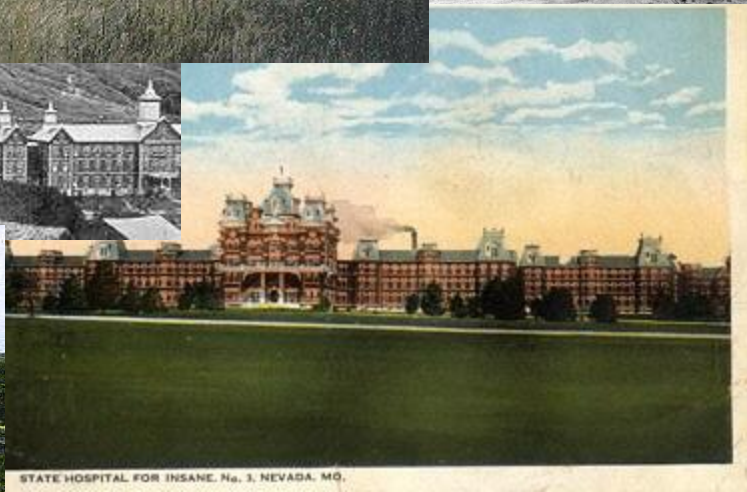




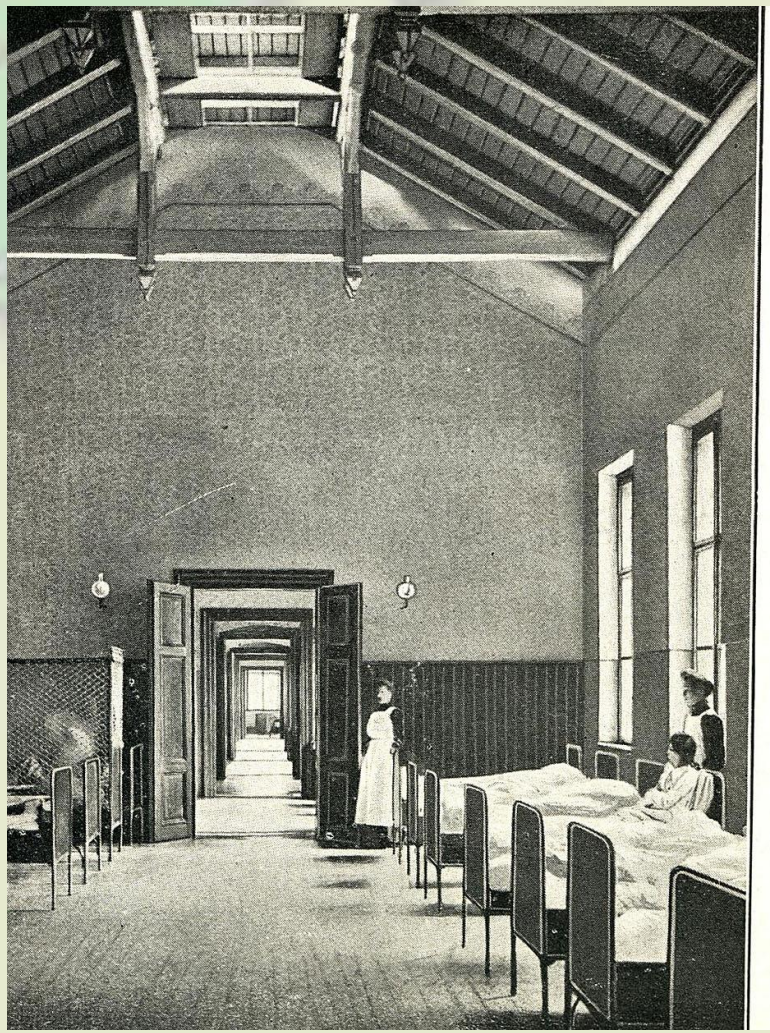
Kirkbride´s hospitals

1856- 1908





Dobřany 1880



Zwiefalten, Německo, kol roku 1900

Wachsaal Haus 1 in Haar, 1912

Přeplněnost ústavů

Dr. Jan Hraše (1916):

„Velmi závažného činitele v otázce progressivního dodávání choromyslných do ústavů možno především hledati v tlaku sociálních poměrů…

Nikde to tak silně nevyniká jako v životě velkoměsta a průmyslových center…

Nedá se proto ani dobře mysleti, že by choromyslný za tohoto stavu věcí mohl mimo ústav býti ošetřován, obzvláště, když zvláštní ráz novodobých směrů, egoismem charakterisovaných, příčí se tomu, aby životní zvyky byly uvedeny v soulad s obtížným ošetřováním duševně onemocnělého člena rodiny….“

“ Takto Hraše v roce 1916 charakterizuje dobu:

„Umořující boj o existenci, nechť se boj ten odehrává v oboru materielním či duševním, zvýšené požadavky na jednotlivce kladené, parforsní honba za výdělkem, vyčerpávající konkurence, který plnými hrstmi plýtvá nervovým kapitálem… ... stále větší komplikovanost podmínek životních, komplikovanost moderní společnosti a obtíže přizpůsobiti se jejich potřebám…. …Sledujeme-li vývin péče o choromyslné, seznáme že podobně jako v jiných lékařských disciplínách spočívá její vývin ve specialisování.“

Hlavní problémy psychiatrických ústavů (historicky)

1) **přeplněnost**, která zneklidňuje pacienty a ztěžuje práci
2) **omezená možnost třídění** nemocných- pro efektivnější péči
3) **značné šíření infekcí** (před 100 lety však bylo bráno jako nevyhnutelnost)
4) **špatné podmínky pro návrat** byť již klidných pacientů do společnosti
5) **léčebná bezmocnost** (až do doby „šokových“ metod a psychofarmak)

Vzestup a pád Kirkbride´s hospitals

Podle **Dr. Kirkbride** bylo v nemocnicích nejdůležitější **zaměstnávání** pacientů a to zejména mimo zdi nemocnice, na a zahradách, dále v nejrůznějších dílnách, měli možnost se věnovat svým zálibám, byly zřízeny knihovny, divadla, konaly se koncerty. **Zdálo se to být nákladné.**

Na konci 19. století se státní nemocnice staly skladišti rostoucího počtu osob, které byly pokládány za **společensky nežádoucí** včetně kriminálníků, chudiny, homosexuálů, neortodoxních věřících, nechtěných dětí, starých lidí, syfilitiků, alkoholiků a dalších typů osob, které se nepřizpůsobily tehdejším společenským nárokům.

Tehdy nebylo příliš těžké dostat do ústavu manželku, která nevyhovovala nárokům, špatně se chovající děti, staré rodiče…

Soumrak amerických státních nemocnic

Nemocnice za to nemohly…

Vzhledem k **přeplnění** asylů a **diverzitě** populace v nich bylo léčení nemožné.

Krácení státních dotací během války a hospodářské deprese donutilo pacienty spát na chodbách a v halách.

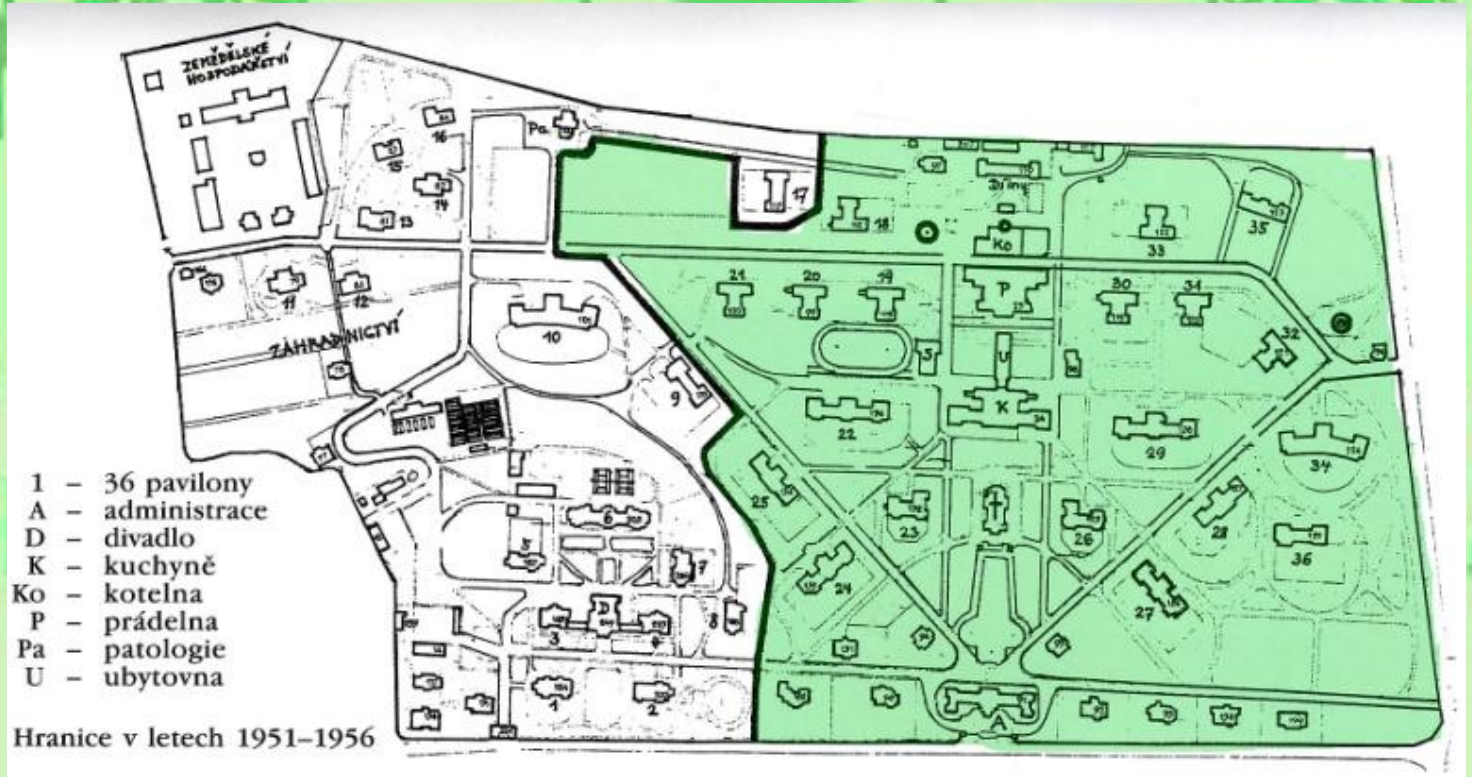
Kritického stavu bylo dosaženo **během II. světové války** v důsledku krácení dotací a **většina schopného personálu** byla podrobena vojenským povinnostem.

Náležitá péče o nemocné se stala nemožnou „noční můrou“: oddělení byla plná podvyživených, nahých a znečištěných pacientů nucených jíst shnilou potravu, spát namačkaní, vystavení infekcím. **Počty personálu** klesly na nemyslitelnou úroveň (1 ošetřovatel na 200 pacientů), zařízení byla dvojnásobně přeplněna.

Pacienti byli **zneužíváni personálem**, těžce biti, znásilňováni…

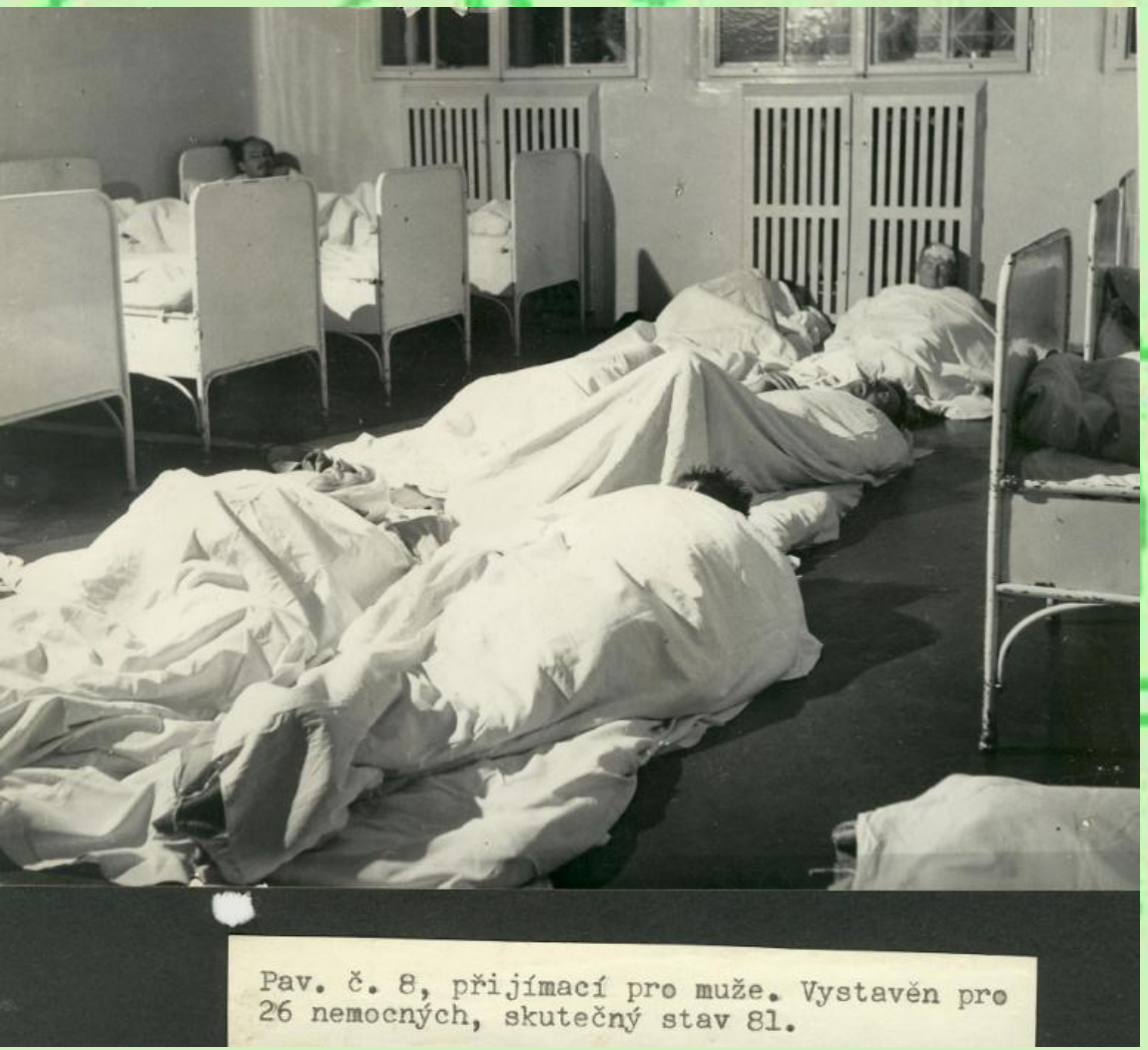
Rozhodnutím Předsednictva vlády ČSR z 19. 12. 1950 PL Bohnice určena k likvidaci a měla sloužit jako kasárna protivzdušné obrany.

Pacienti měli být transportováni do jiných léčeben, pražští pacienti do bývalého internačního tábora v Terezíně. Od počátku roku 1951 byla určená pro Prahu jako spádová léčebna v Kosmonosech. Přeplnění této léčebny a další komplikace vedlo k revokaci usnesení.



Bylo ponecháno 980 lůžek v 17 pavilonech (původní kapacita 640 lůžek).

Léčebna zbavena také technického a organizačního zázemí.



Vojenská správa si na léčebně vynutila vybudování nových technických provozů kuchyně, kotelna, trafostanice), administrativa se přestěhovala do ústavního divadla, jehož sál byl rozdělen na kanceláře. Nakonec umožnila vojenská správa v původních objektech pouze praní prádla. Původní počet 773 zaměstnanců z roku 1950 byl snížen na 352 (z toho 250 zdravotnických).

In numerous public institutions, especially in the 1950s, the sleeping arrangements for patients with mental illness or mental retardation lacked any semblance of privacy or dignity. (The photo is from the June 1961 issue of *Mental Hospitals*.)

Patients' inactivity and sense of hopelessness were epitomized in a 1959 scene at St. Elizabeths Hospital in Washington, D.C. The photo was published in this journal about a year after *Action for Mental Health*, a manifesto on behalf of the mentally ill, was released by the Joint Commission on Mental Illness and Health. (From the February 1962 *Mental Hospitals*; photographer, Robert Lautman)

Women patients prepared vegetables, probably grown on the hospital farm, in a form of industrial or occupational therapy at Eastern State Hospital in Williamsburg, Virginia. (From the October 1955 *Mental Hospitals*)

One of numerous creative and industrial activities available in the new occupational therapy building at Norwich (Conn.) State Hospital in 1958 was weaving, in which patients produced rugs and mats for the hospital. Seventeen hundred of the hospital's 3,000 patients used the building. Volunteers played a major part in the programs. (From the November 1958 *Mental Hospitals*)

Descriptions and photos—here, a dayroom—of a new hospital and training school for "mental defectives" in Moose Jaw, Saskatchewan, were published as one of the journal's frequent architectural features. The facility's planned capacity was 1,500. (From the December 1955 *Mental Hospitals*)

In numerous public institutions, especially in the 1950s, the sleeping arrangements for patients with mental illness or mental retardation lacked any semblance of privacy or dignity. (The photo is from the June 1961 issue of *Mental Hospitals*.)

Patients' inactivity and sense of hopelessness were epitomized in a 1959 scene at St. Elizabeths Hospital in Washington, D.C. The photo was published in this journal about a year after *Action for Mental Health*, a manifesto on behalf of the mentally ill, was released by the Joint Commission on Mental Illness and Health. (From the February 1962 *Mental Hospitals*; photographer, Robert Lautman)

Women patients prepared vegetables, probably grown on the hospital farm, in a form of industrial or occupational therapy at Eastern State Hospital in Williamsburg, Virginia. (From the October 1955 *Mental Hospitals*)

One of numerous creative and industrial activities available in the new occupational therapy building at Norwich (Conn.) State Hospital in 1958 was weaving, in which patients produced rugs and mats for the hospital. Seventeen hundred of the hospital's 3,000 patients used the building. Volunteers played a major part in the programs. (From the November 1958 *Mental Hospitals*)

Descriptions and photos—here, a dayroom—of a new hospital and training school for "mental defectives" in Moose Jaw, Saskatchewan, were published as one of the journal's frequent architectural features. The facility's planned capacity was 1,500. (From the December 1955 *Mental Hospitals*)

J.F.Kennedy a jeho „dream“

V roce 1955 byl přijat zákon o výzkumu duševního zdraví.

Příslušná komise vypracovala do roku 1961 zprávu o stavu péče o duševní zdraví v USA. Podle zprávy byly nemocnice přeplněné a velmi zanedbané. **Komise navrhla** zřízení malých léčebných center pro 50 000 obyvatel a kladla důraz na prevenci.

Do úřadu nastoupil **J.F. Kennedy**, jehož sestra Rosemarie trpěla mentální retardací a psychózou. Věřil, že pomocí **primární prevence a komunitních center …při zrušení státních psychiatrických nemocnic** se **dosáhne pozitivního obratu**.

V projevu „The dream“ prohlásil: ***„Unce prevence má větší váhu než libra léčení… Prevence je mnohem úspornější a nadějnější.“***

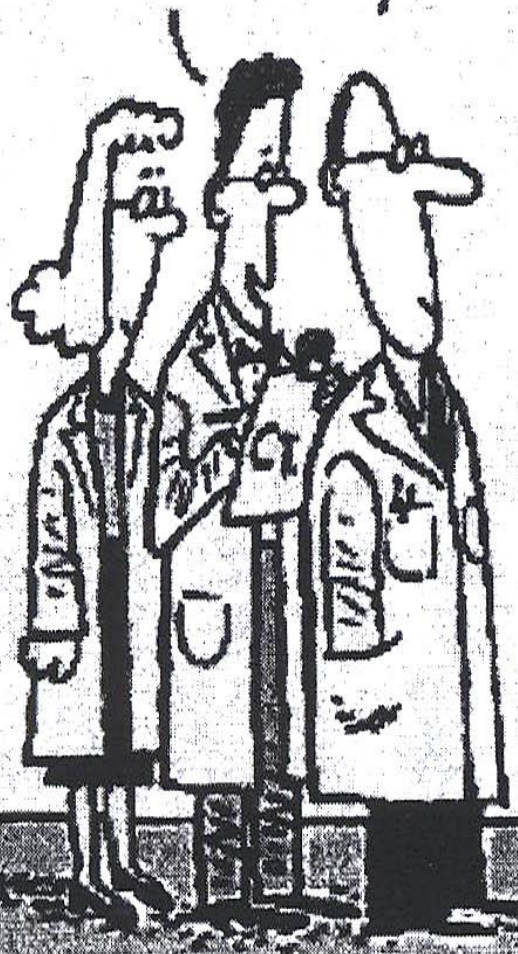
J.F.Kennedy a jeho „dream“

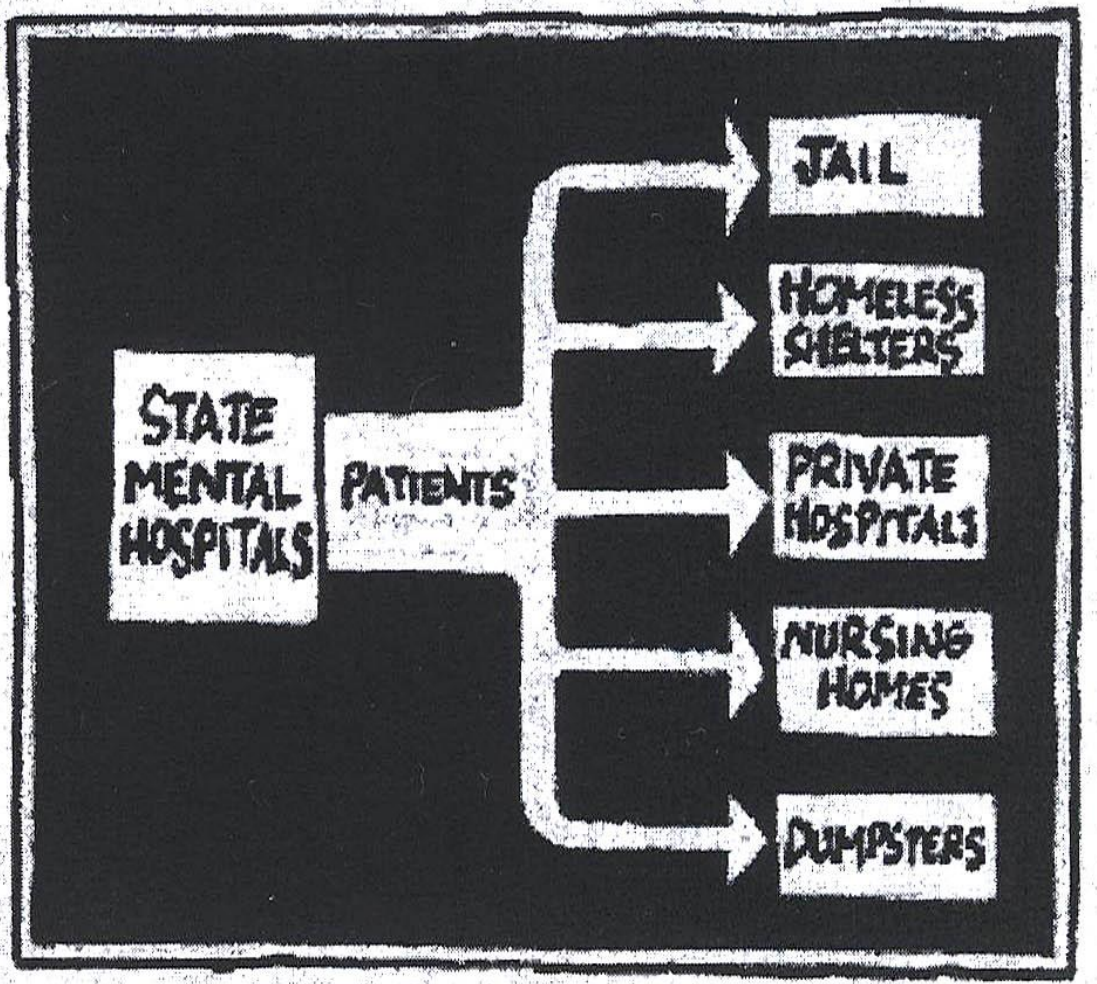
- Začalo tažení proti nemocnicím prostřednictvím **drastického omezování finanční podpory** při současném zvyšování nároků na počty personálu.
- Ředitelé nemocnic byli hodnoceni podle rychlosti rušení lůžek. **Pacienti byli propouštěni na ulici.** V roce **1975** však Národní institut pro duševní zdraví zjistil, že **komunitní centra pro mentální zdraví nemají potřebné materiální a personální vybavení a zabývají se především poradenstvím v „předvídatelných životních událostech“**. V roce **1987** byl schválen zákon na pomoc bezdomovcům „Stewart B. McKinney **Homeless** Assistance Act“, který zahrnoval péči i o duševně nemocné bezdomovce… V tomto roce bylo zjištěno, že ve **věz**eních je **6,7%** (!!) vážně duševně nemocných.

Místo nedobrovolné hospitalizace: dobrovolné vězení

- Počet lůžek v psychiatrických nemocnicích dále klesal. V roce **1969** byl v Kalifornii implementován
- **Lauterman-Petris-Short Act**, který téměř znemožnil nedobrovolnou hospitalizaci.
- **To vede k cestě duševně nemocných do vězení, kde si s dobrovolností nikdo neláme hlavu.**
- V roce 1955 bylo v psychiatrických nemocnicích 558 000 lůžek na 164 mil. obyvatel.
- V roce 1994 by tomu při 260 mil. obyvatel odpovídalo 885 000 lůžek.
- Jenže jejich počet byl 71 000.
- V polovině padesátých let se začal masivně používat první účinný lék proti schizofrenii **chlorpromazin (Thorazine).**

WE HAVE A PLAN THAT WILL SAVE EVEN MORE MONEY!





Balonová teorie

- Již v roce **1939** přišel **Lionel Penrose** při studiu vztahů mezi duševní chorobou a kriminálním jednáním v Evropských zemích s tzv. „balonovou teorií“. ***„Zmáčknete-li balon na jednom místě, na jiném se vyboulí.“***
- **Studium vývoje populace psychiatrických nemocnic a vězení v USA v letech 1904- 1987 přineslo potvrzení této teorie.**

Z ulice do vězení (USA)

- Duševně nemocní (hlavně bezdomovci) se dostávají do vězení daleko častěji než ostatní vězňové **pro bagatelní trestné činy**, jako jsou „rušení veřejného pořádku“, drobné krádeže atd.
- Typické je obtěžování lidí na ulici, opilství, močení na ulici, rušení hlasitou samomluvou, pojídání potravin v obchodě nebo restauraci bez zaplacení atd. Jeden z publikovaných případů bylo proskočení výlohou obchodního domu (zevnitř). Zatčený a později uvězněný se domníval, že ho pronásleduje dinosaurus.
- Běžné je **uvěznění z milosti**, protože léčení v nemocnici je nedostupné.
- Policejní úředník v Los Angeles k jednomu případu řekl: ***„Byl podvyživený pokrytý špinavým škraloupem,krvácel z rány. Potkáváte lidi, kteří halucinují, jsou špinaví, nejedli několik dní. Potřebují střechu nad hlavou, jídlo, léky. Tak je uvězníme. Je to krizová intervence.“***

Uvěznění jako krizová intervence

- Uvěznění z milosti **žádají i příbuzní** nemocných. Volají na ně policii v naději, že ve vězení dostanou léky. **I sami duševně** nemocní chtějí do vězení: *„Udělal jsem to blízko policejní stanice, chtěl jsem dostat práci ve vězení při vytírání podlahy.“*
- **Péče** o duševně nemocné vězně je v různých vězeních **velmi různá**. v některých dostává potřebné léky jen **6%** duševně nemocných. V jiných vězeních dostává psychofarmaka až **20%** všech vězňů. Souvislost vězení s uzavřením psychiatrických nemocnic je nepochybná. Například **po zavření Columbus State Hospital v Ohio** v roce 1985 se **32% těžce duševně nemocných dostalo do 6 měsíců do vězení**. Některé studie analyzují násilí ve vězení proti duševně nemocným ze strany ostatních vězňů i naopak. Vraždy nejsou vzácností.

Z psychiatrických nemocnic do útulků pro bezdomovce

Old State Hospital:
At least the sleeping mats had legs

SPMI:
Severe and persistent mental illness

Sto let psychiatrických nemocnic 1850- 1950

To co se kolem roku 1830- 1850 jevilo jako **pokrok** vědy a kultury,

se na přelomu XIX. a XX. století někdy jevilo jako **únosný standard** ještě zánovních budov,

se kolem roku 1930 jevilo jako **zanedbané**

a kolem roku 1950 jako **zastaralé a zchátralé**. Současně rostla **přeplněnost a zanedbanost**.

Připravoval se proces „vylití dítěte i s vaničkou“- **deinstitucionalizace**,

původně jako humanitární akce.

„Housing First !“

NYC Fort Washington Shelter 1990's

Dostupnost „mental health“

"In the future, everybody will have fifteen minutes of health-care coverage."

"Sorry, Sylvia, but your mother's long-term care has been going on just a little bit too long."

Soukromé platby při invaliditě a chybějícím náhledu tvoří bariéru pro přístup k lékaři. Podíl léčených je různý u různých společenských vrstev, rozdíly jsou mezi rasami.

Komunitní péče (USA)

Snaha o komunitní péči v

„**individuálních roztroušených bytech**“ selhává, protože klienti nejsou schopni udržovat domácnost, chybí jim dovednosti i motivace a mají „problems with their brains“.

Péče vyžaduje armádu pracovníků, kteří by měli chodit do bytů pomáhat: **case-manažerů**, **Assertive Community Treatment teams** a agentury domácí péče, na ně má šanci jen malé procento klientů.

„Naši klienti jsou dysfunkční, jestliže by se ukázalo, že jsou schopni větší nezávislosti, mohli by ztratit veškerou podporu.“

Komunitní péče (USA)

- Komunitní agentury mají trvalý nedostatek zaměstnanců. Na počátku 21. století jsou pomalu privatizovány jako „non-profit“, jejich zaměstnanci mají nízké mzdy a proto jejich **zaměstnanci často nemají ani elementární školení o duševních nemocech**.
- Žadatelé o péči jsou na dlouhých čekacích seznamech.
- Privatizovaná nemocniční oddělení bývají zavírána pro nedostatek personálu a nevýnosnost.

Efektivní financování „mental health“

"These projected figures are a figment of our imagination. We hope you like them."

Komunitní psychiatrie sama o sobě - vědecké základy

„Komunitní psychiatrie je od počátku více ideologií než vědeckým úsilím.“

…Chybí jakýkoli přijatelný důkaz, že programy obhajované komunitními psychiatry by mohly předcházet jakékoli vážné duševní poruše…“

(David Mechanic, Textbook of Community Psychiatry, Oxford 2007)

Komunitní psychiatrie sama o sobě - vědecké základy

„…Mnoho dobrých inovativních přístupů bylo zavedeno podle chybného konceptu. Například, že duševní nemoc není reálná, ale výsledkem nálepkování (labeling) a duševní nemoc je jen kontinuum pocitů utrpení a neštěstí a klinická diagnóza je bezcenná, protože poruchy jsou založeny v osobnostním rozvoji, často způsobeny rodiči a pomůže jen dlouhodobá psychoanalýza.

…Podobně zjednodušené a chybné myšlenky nepochybně převládají dodnes.“

(Mechanic 2007)

Komunita jako terapeutický prostředek

1971 „**Hospital Services for Mentaly Ill**“

- zrušení psychiatrických nemocnic

1975 Labour **Barbara Castle** stejný směr jako

1981 Conservativ **Patric Jenkin**

„**odstranění stigmatu**, **léčení praktiky** a **vzdělávání GP**, **časná diagnóza**, **chráněné bydlení**, **domácí služby**, **potlačení hospitalizací**, **proti monopolizaci lékařských profesí**, **dobrovolné léčení**, **kontinuita péče**, **bohatství forem** institucionálního zajištění péče, **dobrovolníci** a **svépomocné organizace**, formy léčení od psychoanalýzy po farmakoterapii…

Kritika komunitní péče podle ní samé

(podle ní neodůvodněná, proti níž se ohrazuje)

Od osmdesátých let sílí kritika komunitní péče „ze všech stran“ *(N.Rose, 1998)*

Ignorování růstu bezdomovectví a degradace

Nerealistická politika minimalizace hospitalizací

Neadekvátní financování

Nekompetentní řízení

Rivalita mezi službami

Mediální pozornost tuláctví, bezdomovectví, sebevražd pacientů a jejich násilné činy

Diskontinuita péče

Hlavní účinek kom. péče je prý depotní medikace…

Kritika kritiky komunitní péče

Tendence k **„ochraně společnosti“**
- bezpečnost veřejnosti

Odmítnutí rozšíření nedobrovolného léčení a detence

Nová diskuse v anglofonní oblasti…

Nový prostor pro uplatnění psychiatrů na „ochranu společnosti“ vzniká „**souostroví speciálních nemocnic**“, znovuuzamčení oddělení, volání po preventivní detenci sexuálních agresorů

Obvinění z „šílenství“ se znovu stává **nástrojem marginalizace a vyloučení…**

Jinakost jako nebezpečí… V době kdy „survivors“ psychiatrie mají dostat podíl na rozhodování jako výzva komunitní psychiatrii **trvá politický tlak na „ochranu veřejnosti“.**

Hlavní principy komunitní péče a jejich využití

„5 hlavních **praktických použití principů**“:

1) **Mohou být použity při absenci důkazů**
   (V Itálii při rozhodnutí o deinstitucionalizaci)
2) **K nahrazení důkazů (jsou-li sporné)**
   (při politickém prosazení nového KC)
3) **Ve spojení s dostupnými důkazy**
   (k prosazení atypik, ač nejsou účinnější)
4) **K vytvoření nových měřítek vyústění choroby**
5) **Mohou vést k rozhodnutí ve směru podpory výzkumu**

(„grantové komise nejsou imunní proti politické a sociální atmosféře a musejí brát v úvahu fundamentální hodnoty“)

(Tansella and Thornicroft, 2007)

Náklady na komunitní péči

Evaluation of a complete community service

Table 4.1 *Current staffing for the centre*

Social services staff (FTE)[a]	Health service staff (FTE)
Manager (1)	Deputy manager (1)
Instructors (2)	Occupational therapist (1)
Receptionist (1)	Psychologist (0.6)
Community worker (1)	Psychology technician (0.4)
Social worker (2)	Medical secretary (1)
Social work assistant (0.2)	Community psychiatric nurses (3)
Domestic (0.7)	Home treatment nurses (2)
	Nursing auxiliaries (2)
	For nurse on-call (1.2)
	Consultant (0.6)
	Registrar (1)

[a] Full-time equivalent.

21,6

. **Komunitní tým pro město Sparbrook**
25 725 obyvatel, nezaměstnanost 30%
450 duševně nemocných, z toho 150 těžce
Denně pečují asi o 30 lidí
(Isaac Marks in Community Psychiatry in Action, Cambridge, 2007)

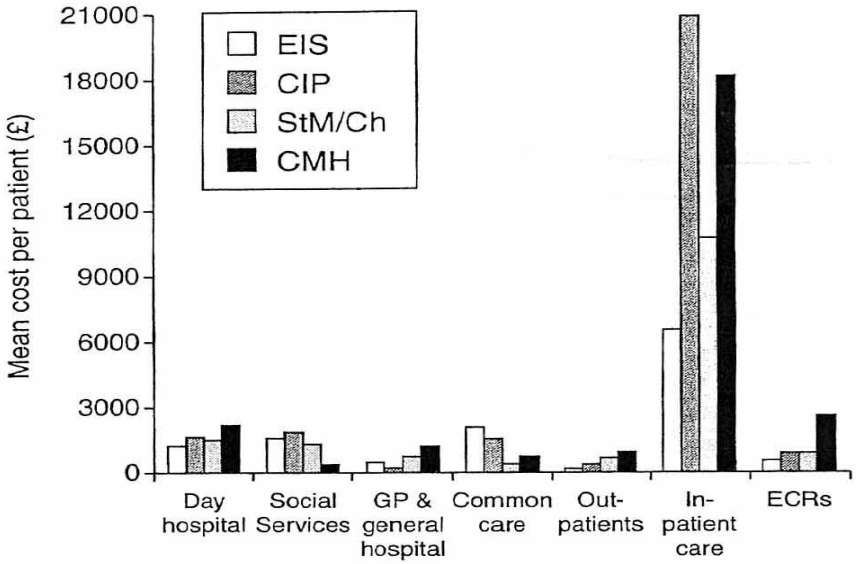
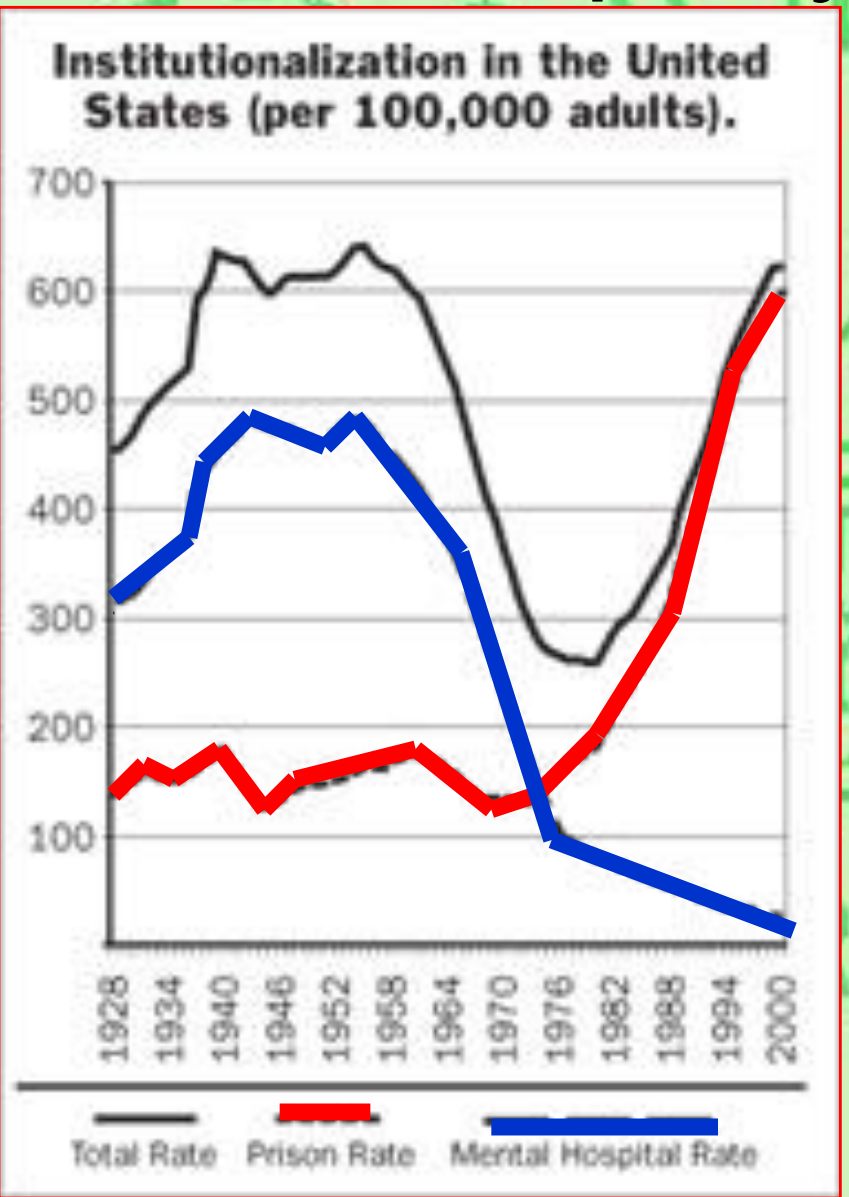


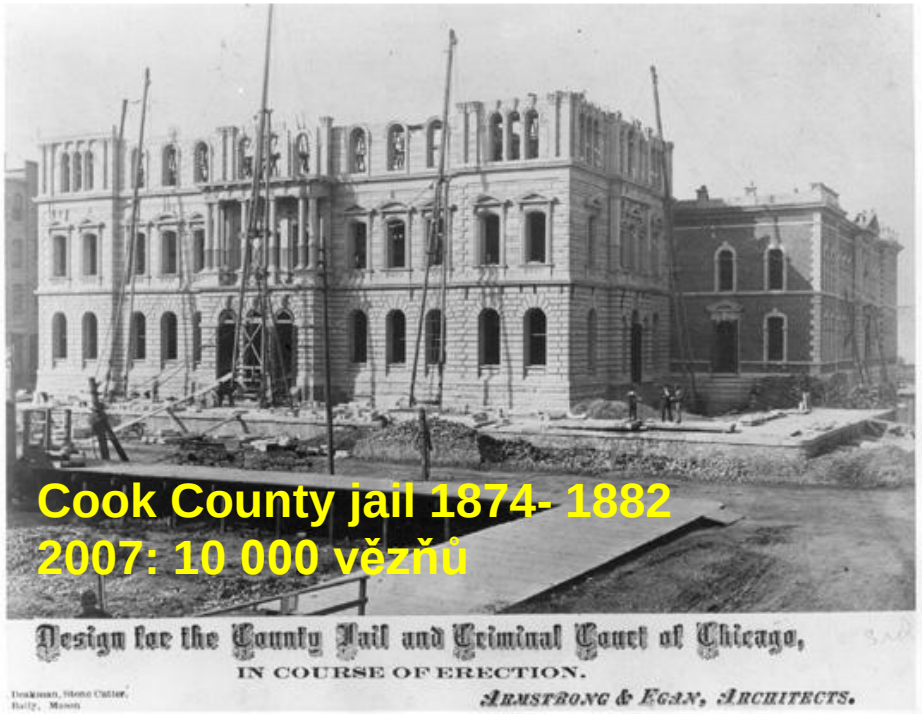
Figure 6.1 *Comparison of costs of randomly allocated community-oriented and hospital-orientated care over 1 year for 144 patients with recurrent psychotic disorder, illustrating the much greater expense of hospital in-patient care compared with community services. (Derived from Tyrer et al., 1998.) EIS = early intervention service (community team); ECR = extra-contractual referral (in-patient care away from parent hospital); CIP = community intervention project (community team); St M/Ch = St Mary's/St Charles Hospital (hospital team); CMH = Central Middlesex Hospital (hospital team).*

Zpátky do vězení



- Po 50 letech stability pod 200 000 vězňů
- Od roku 1970 vzrostl na 1.3 mil. vězňů (prison) a 0.7 mil. vězňů (jail)=2mil.
- % těžce duševně nemocných (sch., bilpol., těžká deprese) se odhaduje na **7- 15%**.
- 90% TS ve vězení jsou duševně nemocní

Největší „psychiatrické ústavy“ v USA



Schlaf – und Krankensaal, bis 1980

Haar 1904- 2007

Zwiefalten 1862- 2007

Göppingen 1866- 2007

Belgie, Kortenberg 1880- 2007

Sto let psychiatrických nemocnic 1850- 1950

To co se kolem roku 1830- 1850 jevilo jako **pokrok** vědy a kultury,

se na přelomu XIX. a XX. století někdy jevilo jako **únosný standard** ještě zánovních budov,

se kolem roku 1930 jevilo jako **zanedbané**

a kolem roku 1950 jako **zastaralé a zchátralé**. Současně rostla **přeplněnost a zanedbanost**.

Připravoval se proces „vylití dítěte i s vaničkou“- **deinstitucionalizace**,

původně jako humanitární akce.

Náklady na komunitní péči

Evaluation of a complete community service

Table 4.1 *Current staffing for the centre*

Social services staff (FTE)[a]	Health service staff (FTE)
Manager (1)	Deputy manager (1)
Instructors (2)	Occupational therapist (1)
Receptionist (1)	Psychologist (0.6)
Community worker (1)	Psychology technician (0.4)
Social worker (2)	Medical secretary (1)
Social work assistant (0.2)	Community psychiatric nurses (3)
Domestic (0.7)	Home treatment nurses (2)
	Nursing auxiliaries (2)
	For nurse on-call (1.2)
	Consultant (0.6)
	Registrar (1)

[a] Full-time equivalent.

21,6

. **Komunitní tým pro město Sparbrook**
25 725 obyvatel, nezaměstnanost 30%
450 duševně nemocných, z toho 150 těžce
Denně pečují asi o 30 lidí
(Isaac Marks in Community Psychiatry in Action, Cambridge, 2007)

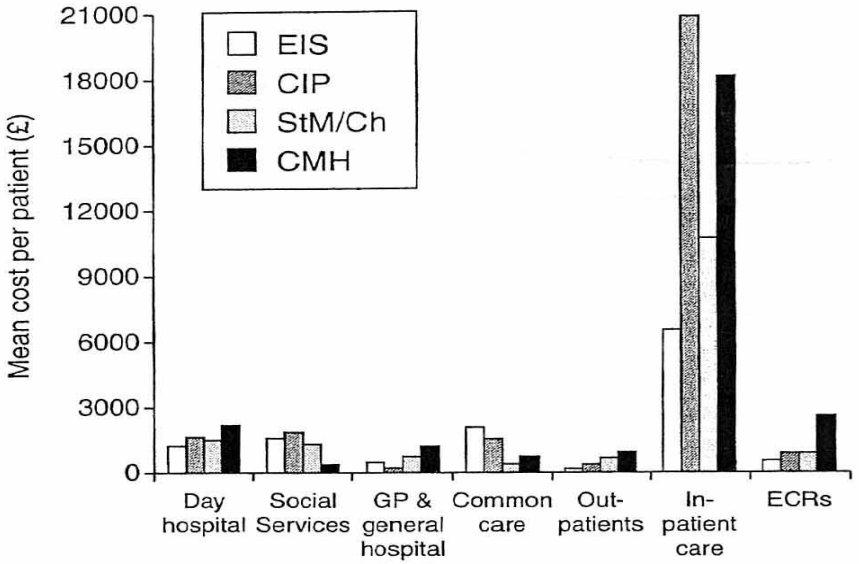
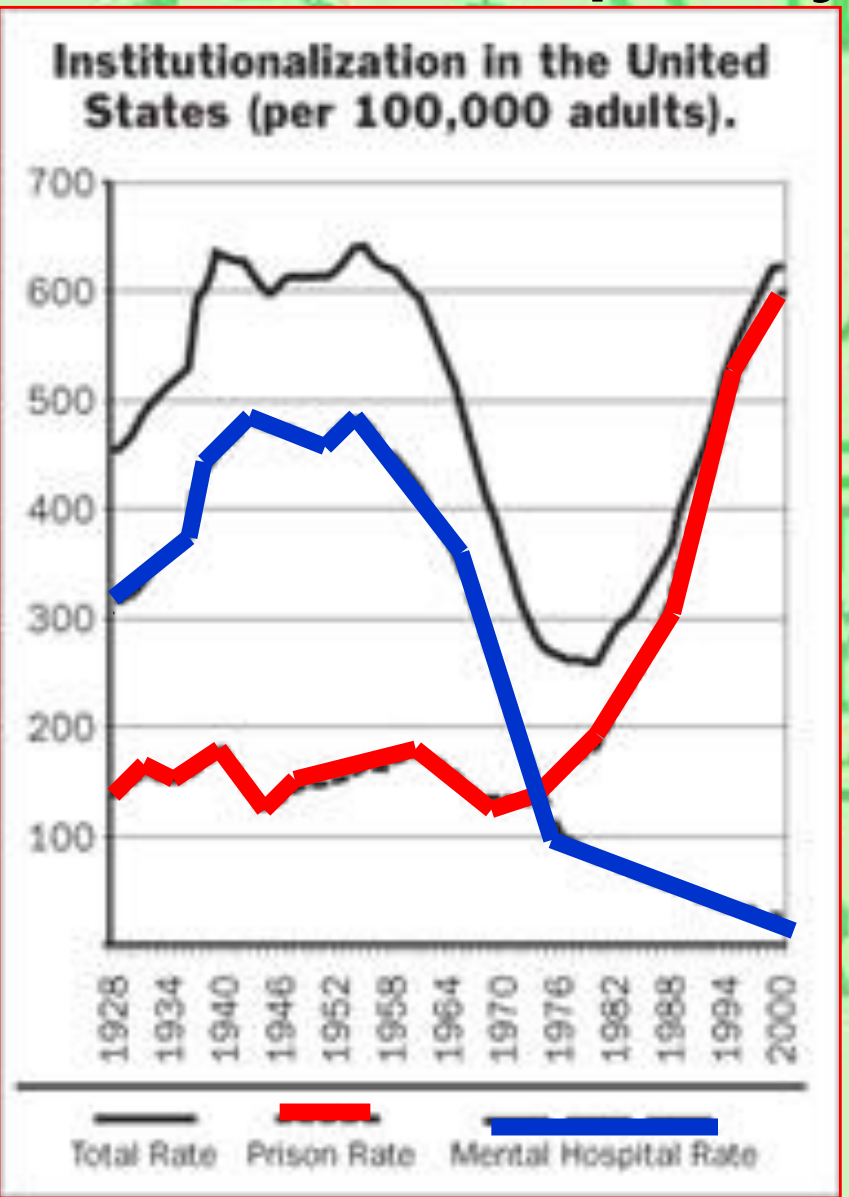


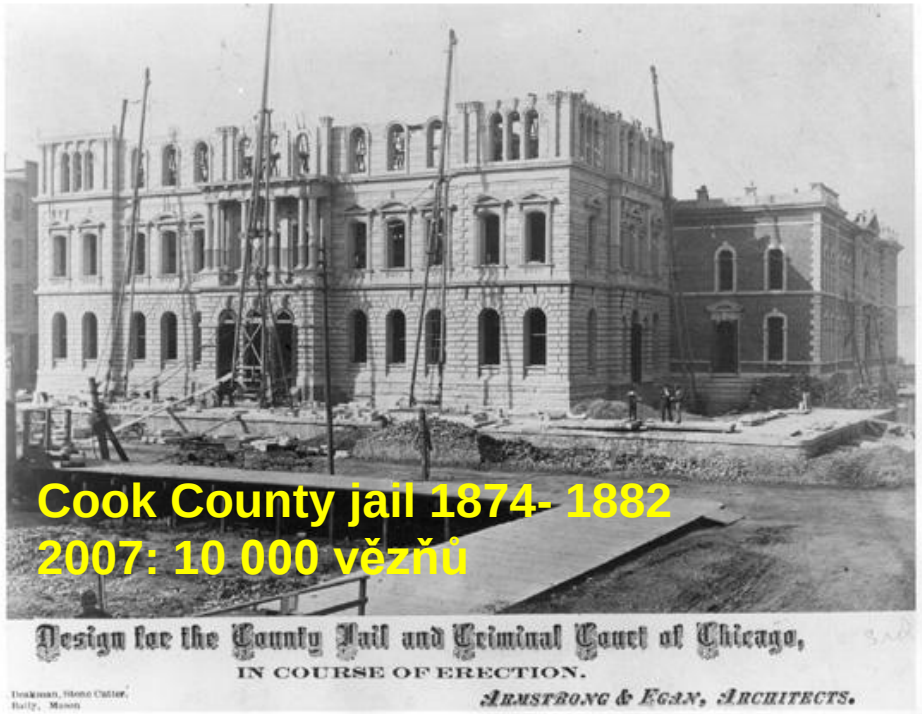
Figure 6.1 *Comparison of costs of randomly allocated community-oriented and hospital-orientated care over 1 year for 144 patients with recurrent psychotic disorder, illustrating the much greater expense of hospital in-patient care compared with community services. (Derived from Tyrer et al., 1998.) EIS = early intervention service (community team); ECR = extra-contractual referral (in-patient care away from parent hospital); CIP = community intervention project (community team); St M/Ch = St Mary's/St Charles Hospital (hospital team); CMH = Central Middlesex Hospital (hospital team).*

Zpátky do vězení



- Po 50 letech stability pod 200 000 vězňů
- Od roku 1970 vzrostl na 1.3 mil. vězňů (prison) a 0.7 mil. vězňů (jail)=2mil.
- % těžce duševně nemocných (sch., bilpol., těžká deprese) se odhaduje na **7- 15%**.
- 90% TS ve vězení jsou duševně nemocní

Největší „psychiatrické ústavy“ v USA



Julian Leff (Social Psychiatry Sec., Inst. of Psych.,London):

Proč je komunitní péče vnímána jako selhávající (BJP, 2001)

1

- **Skoro všichni vnímají komunitní péči jako selhávající**
- **Osoba „v komunitní péči“, je vnímána jako přitroublá („off his head“ resp. „barmy“)**
- **Péče má být neviditelná (v běžných domech bez ústavního oděvu), takže není vidět**
- **V 80-tých letech se zdvojnásobilo bezdomovectví, ale podíl duševně nemocných je stále 25%- 50%- kol 400 000 ve Spojeném království**
- **Představa o násilí psychotiků je dána záměnou s poruchami osobnosti („rozštěp osobnosti“) a zkreslením médii.**

Julian Leff (Social Psychiatry Sec., Inst. of Psych.,London): Proč je komunitní péče vnímána jako selhávající (BJP, 2001)

2

- **Spokojenost není nikde také proto, že nároky rychle stoupají.**
- **Politici se o tyto služby příliš nezajímají, protože novináři věnují pozornost čekacím dobám v jiných oborech.**
- **Mnoho pacientů v komunitní péči vede prázdný a bezcílný život bez zaměstnání a přátel mimo komunitní zařízení**
- **Mladí psychiatři nikdy neviděli psychiatrické nemocnice**

Trevor Turner, Stephen Priebe: Reinstitucionalizace… (2002, 2003)-1

60 let po vzniku komunitní péče se se vrací to, co bylo v 19. století nazýváno „humanita z malty a cihel“ (Wynter, 1859)

Leff ignoruje nové studie- mladší nemocní neprošli asyly, ale procházení jednotkami akutní péče jako otáčejícími se dveřmi, v Londýně tvoří 40- 50% bezdomovců

Další třetina pochází z hostelů, které je dále odmítají přijmout kvůli „risk management, drogám nebo jinak obtížnému chování

Jejich násilné činy neklesají, to se jen zdá pří vzestupu ostatních pachatelů

„Mixed economy of care“- dobrovolnické agentury, privátní hostely, a odd. ochranné léčby se snaží zbavit obtížných nemocných a jsou přeplněné.

Trevor Turner, Stefan Priebe: Reinstitucionalizace… (2002, 2003)-2

Odborní pracovníci tráví stále víc času o samotě i komunikací s jinými články (schůze, dopisy, telefony) oproti času věnovanému pacientům

„24-hour nursing staffed hostel“ nebo „medium secure rehabilitation“ = asyl.

Deinstitucionalizace nastala všude v západním světě byť za různých okolností (Law 180 Itálie, Kennedy 1963 USA Psychiatry-Enquete- Německo…)

Trevor Turner, Stephen Priebe: Reinstitucionalizace… (2002, 2003)-3

Reinstirucionalizace

má po celém světě podobné příznaky:

růst počtu ochranných léčeb (forensic beds)

instituce nového stylu- podporovaného bydlení

růst počtu nedobrovolných léčeb

Rozšiřuje se propast mezi bohatými a chudými

Pacienti aktivně hledající léčbu

musí stále více platit

Trevor Turner, Stephen Priebe: Reinstitucionalizace… (2002, 2003)-4

V UK dramaticky roste privátní sektor,

„secure units“ (extrémně chráněná odd. ochr. léčby od 1980) jsou extrémně drahá, s pochybnou efektivitou, jsou často privátní jako podporované bydlení = soukromé asyly

Rozdíly v podílu nedobrovolné léčby napříč Evropu jsou 1:20

Sociální kontrola x terapeutické aspirace

„Assetive outreach teams“ pro pacienty bez zájmu o služby jsou instituce nucené léčby bez souhlasu- nutně s etickým dilematem- jsou projevem reinstitucionalizace

Náklady na komunitní péči

Evaluation of a complete community service

Table 4.1 *Current staffing for the centre*

Social services staff (FTE)[a]	Health service staff (FTE)
Manager (1)	Deputy manager (1)
Instructors (2)	Occupational therapist (1)
Receptionist (1)	Psychologist (0.6)
Community worker (1)	Psychology technician (0.4)
Social worker (2)	Medical secretary (1)
Social work assistant (0.2)	Community psychiatric nurses (3)
Domestic (0.7)	Home treatment nurses (2)
	Nursing auxiliaries (2)
	For nurse on-call (1.2)
	Consultant (0.6)
	Registrar (1)

[a] Full-time equivalent.

21,6

. **Komunitní tým pro město Sparbrook**
25 725 obyvatel, nezaměstnanost 30%
450 duševně nemocných, z toho 150 těžce
Denně pečují asi o 30 lidí
(Isaac Marks in Community Psychiatry in Action, Cambridge, 2007)

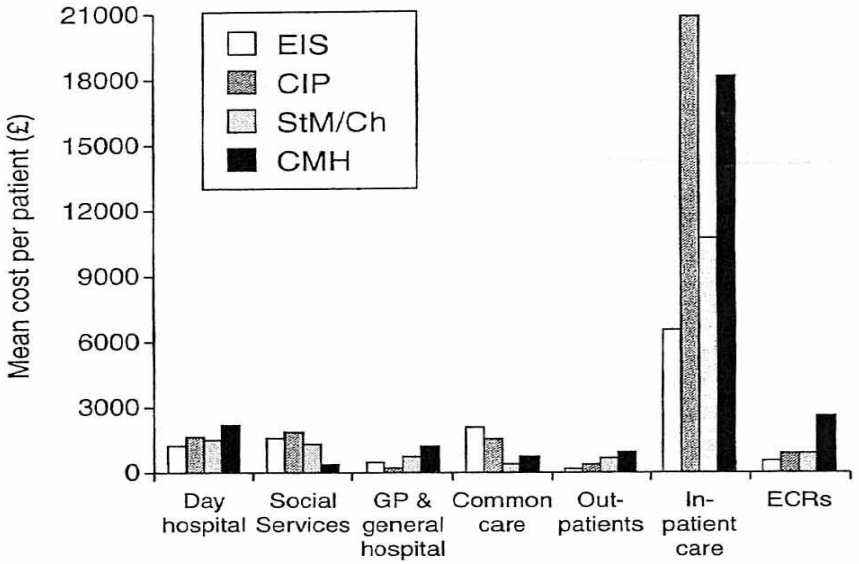
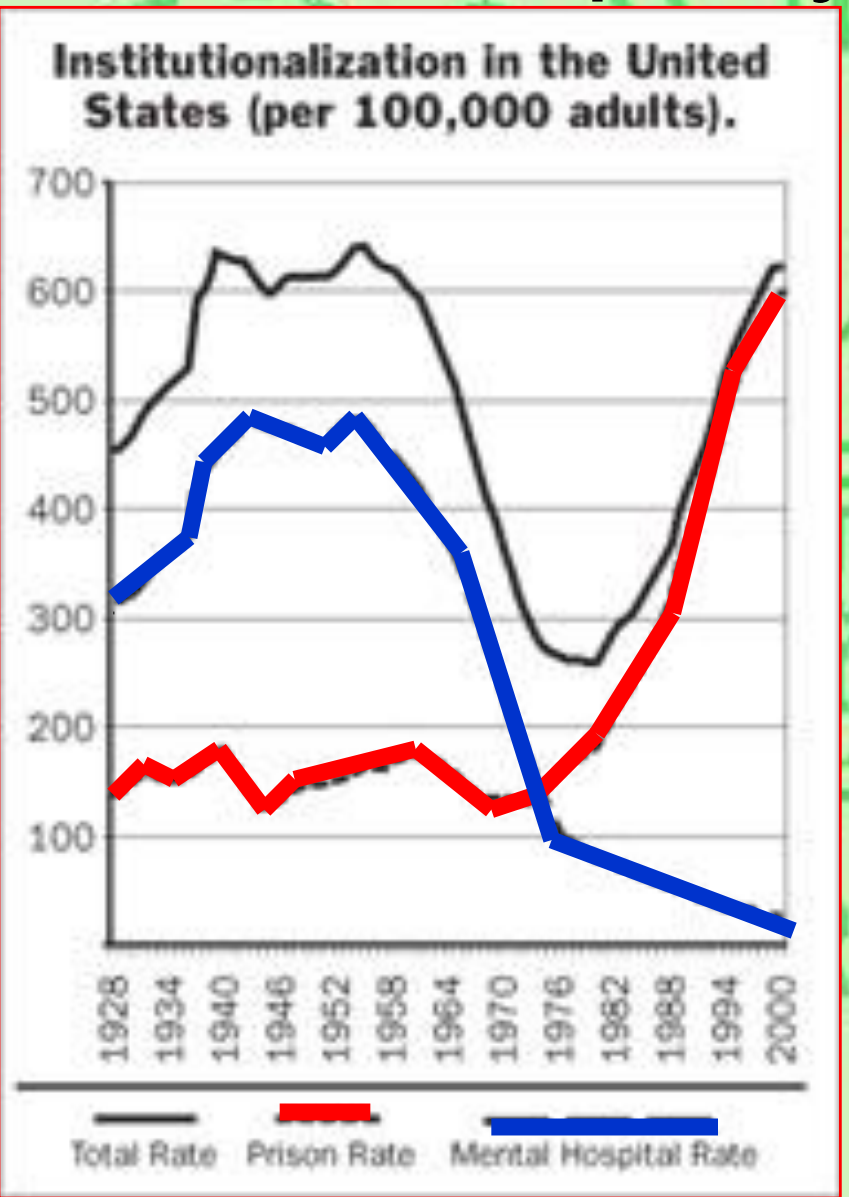


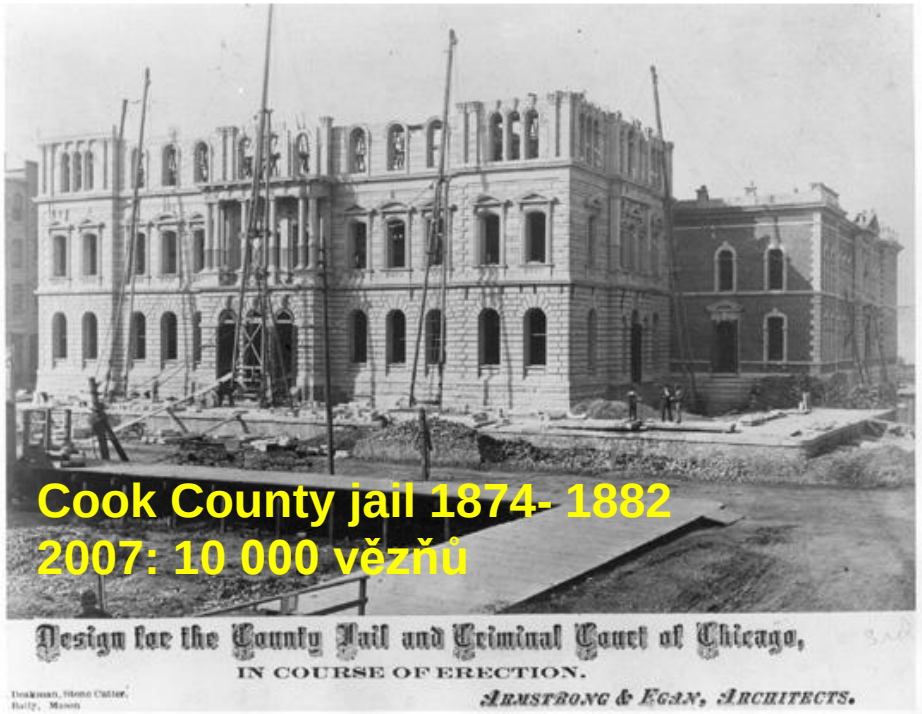
Figure 6.1 *Comparison of costs of randomly allocated community-oriented and hospital-orientated care over 1 year for 144 patients with recurrent psychotic disorder, illustrating the much greater expense of hospital in-patient care compared with community services. (Derived from Tyrer et al., 1998.) EIS = early intervention service (community team); ECR = extra-contractual referral (in-patient care away from parent hospital); CIP = community intervention project (community team); St M/Ch = St Mary's/St Charles Hospital (hospital team); CMH = Central Middlesex Hospital (hospital team).*

Zpátky do vězení



- Po 50 letech stability pod 200 000 vězňů
- Od roku 1970 vzrostl na 1.3 mil. vězňů (prison) a 0.7 mil. vězňů (jail)=2mil.
- % těžce duševně nemocných (sch., bilpol., těžká deprese) se odhaduje na **7- 15%**.
- 90% TS ve vězení jsou duševně nemocní

Největší „psychiatrické ústavy“ v USA



Julian Leff (Social Psychiatry Sec., Inst. of Psych.,London):

Proč je komunitní péče vnímána jako selhávající (BJP, 2001)

1

- **Skoro všichni vnímají komunitní péči jako selhávající**
- **Osoba „v komunitní péči“, je vnímána jako přitroublá („off his head“ resp. „barmy“)**
- **Péče má být neviditelná (v běžných domech bez ústavního oděvu), takže není vidět**
- **V 80-tých letech se zdvojnásobilo bezdomovectví, ale podíl duševně nemocných je stále 25%- 50%- kol 400 000 ve Spojeném království**
- **Představa o násilí psychotiků je dána záměnou s poruchami osobnosti („rozštěp osobnosti“) a zkreslením médii.**

Julian Leff (Social Psychiatry Sec., Inst. of Psych.,London): Proč je komunitní péče vnímána jako selhávající (BJP, 2001)

2

- **Spokojenost není nikde také proto, že nároky rychle stoupají.**
- **Politici se o tyto služby příliš nezajímají, protože novináři věnují pozornost čekacím dobám v jiných oborech.**
- **Mnoho pacientů v komunitní péči vede prázdný a bezcílný život bez zaměstnání a přátel mimo komunitní zařízení**
- **Mladí psychiatři nikdy neviděli psychiatrické nemocnice**

Trevor Turner, Stephen Priebe: Reinstitucionalizace… (2002, 2003)-1

60 let po vzniku komunitní péče se se vrací to, co bylo v 19. století nazýváno „humanita z malty a cihel“ (Wynter, 1859)

Leff ignoruje nové studie- mladší nemocní neprošli asyly, ale procházení jednotkami akutní péče jako otáčejícími se dveřmi, v Londýně tvoří 40- 50% bezdomovců

Další třetina pochází z hostelů, které je dále odmítají přijmout kvůli „risk management, drogám nebo jinak obtížnému chování

Jejich násilné činy neklesají, to se jen zdá pří vzestupu ostatních pachatelů

„Mixed economy of care“- dobrovolnické agentury, privátní hostely, a odd. ochranné léčby se snaží zbavit obtížných nemocných a jsou přeplněné.

Trevor Turner, Stefan Priebe: Reinstitucionalizace… (2002, 2003)-2

Odborní pracovníci tráví stále víc času o samotě i komunikací s jinými články (schůze, dopisy, telefony) oproti času věnovanému pacientům

„24-hour nursing staffed hostel“ nebo „medium secure rehabilitation“ = asyl.

Deinstitucionalizace nastala všude v západním světě byť za různých okolností (Law 180 Itálie, Kennedy 1963 USA Psychiatry-Enquete- Německo…)

Trevor Turner, Stephen Priebe: Reinstitucionalizace… (2002, 2003)-3

Reinstirucionalizace

má po celém světě podobné příznaky:

růst počtu ochranných léčeb (forensic beds)

instituce nového stylu- podporovaného bydlení

růst počtu nedobrovolných léčeb

Rozšiřuje se propast mezi bohatými a chudými

Pacienti aktivně hledající léčbu

musí stále více platit

Trevor Turner, Stephen Priebe: Reinstitucionalizace… (2002, 2003)-4

V UK dramaticky roste privátní sektor,

„secure units“ (extrémně chráněná odd. ochr. léčby od 1980) jsou extrémně drahá, s pochybnou efektivitou, jsou často privátní jako podporované bydlení = soukromé asyly

Rozdíly v podílu nedobrovolné léčby napříč Evropu jsou 1:20

Sociální kontrola x terapeutické aspirace

„Assetive outreach teams“ pro pacienty bez zájmu o služby jsou instituce nucené léčby bez souhlasu- nutně s etickým dilematem- jsou projevem reinstitucionalizace

Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries

Stefan Priebe, Alli Badesconyi, Angelo Fioritti, Lars Hansson, Reinhold Kilian, Francisco Torres-Gonzales, Trevor Turner, Durk Wiersma

% 1990- 2001	VB	SRN	Nizoz.	Švéd.	Itálie	Špaň.
Nedobr.př.	+24 ↑	+ 67 ↑	+ 16 ↑	-17 ↓	- 12 ↓	- 6 ↓
Ochr.léč.	+38 ↑	+ 70 ↑	+143 ↑	+46 ↑	+ 10 ↑	+ 25 ↑
Počet vězňů	+57 ↑	+ 38 ↑	+104 ↑	+16 ↑	+ 23 ↑	+ 51 ↑
Psych. lůžek	- 52 ↓	- 10 ↓	- 15 ↓	- 65 ↓	+ 18 ↑	- 28 ↓
Chr.bydlení	+40 ↑	+101 ↑	+ 77 ↑	+15 ↑	+259 ↑	+149 ↑

Hadamar 2007

Haar 2007

Deinstitucionalizace + nedostatečná a neadekvátní jiná léčba

Bezdomovectví + sociální degradace

Závislosti (alkohol, drogy)

Další degradace

Trestná činnost

Neadekvátní reinstitucionalizace

(vězení, ochranná léčba, detenční ústav…)

Blaksted

Haifa

Bohnice 15, 14

Bohnice, 26

Bohnice, pavilon 10, rekonstrukce 2006

.

Co je třeba udělat

- **Analýza poskytované péče**

  Nejen statistické údaje o nemocnosti, počtech lůžek a vyšetření, počtech zdravotníků

  X sociální potřebnost a sociální závislost
- **Reálná dostupnost a kvalita péče**
- **Stanovení cíle- koncepce péče**
- **Stanovení odpovědnosti (právní normy)**
- **Projekt péče a plánování realizace**
- **Kontrola dosahované kvality**

Analýza
Koncepce
Projekt
Určení odpovědnosti
Plány
Realizace
Kontrola kvality

Největší nedostatky

- Nedostatečný ubytovací standard a technická vybavenost psych. nemocnic
- Nedostatečná personální vybavenost
- Ambulantní péče nedostatečná mimo farmakoterapii
- Nedostatečná resocializace (aktivizace) a sociální péče
  - Ambulantní i
  - Ústavní

Příčiny stavu

Není analýza, koncepce, projekt…

Není určena odpovědnost

- kdo to zaplatí a v jakém rozsahu

Neexistuje kvalifikovaná kontrola kvality

Pozitiva ve srovnání s jinými

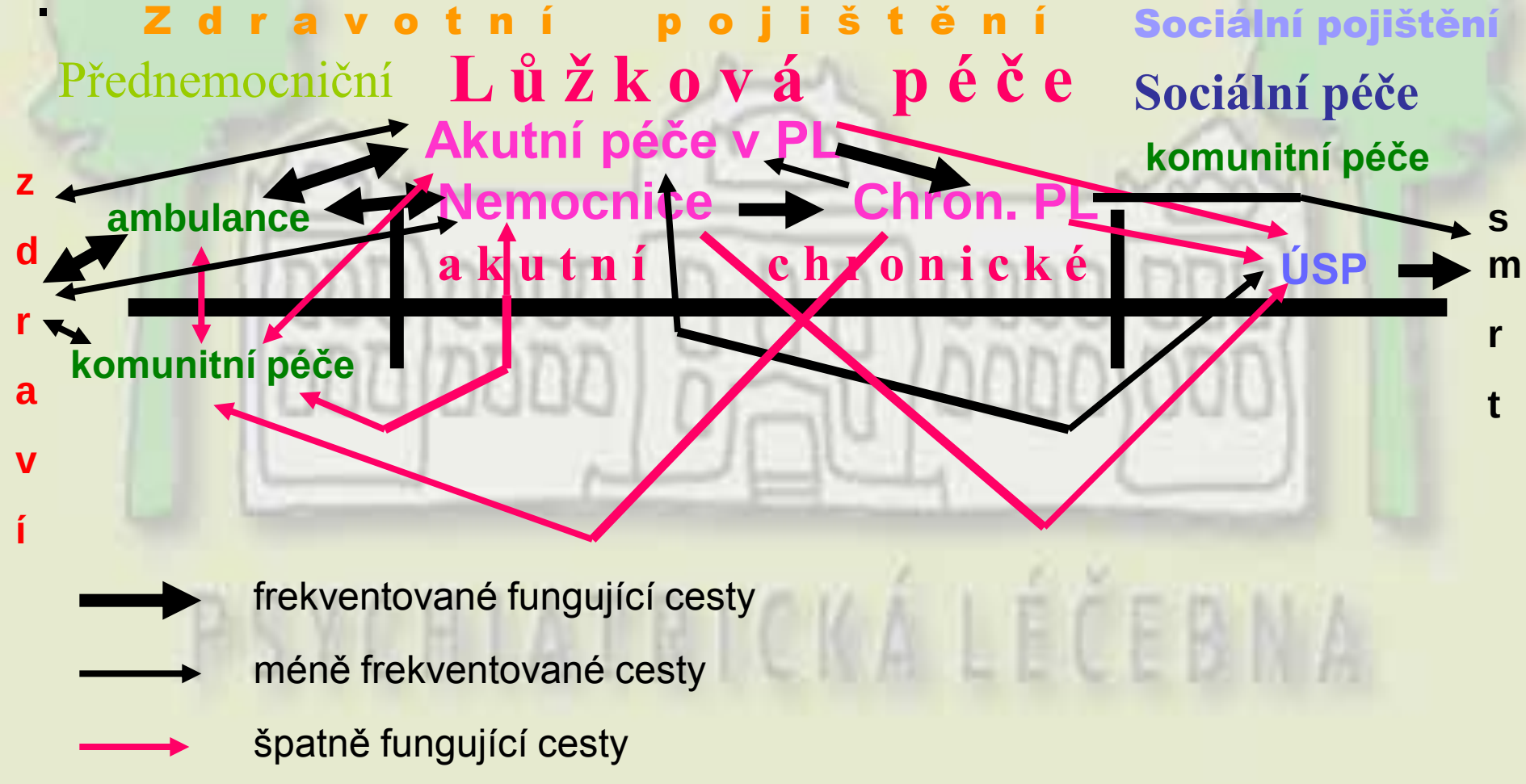
- Relativně dobrá dostupnost (časová, místní, ekonomická)
- Dobrá diagnostika
- Dobrá kvalita terapie

Maďarsko

CVI
NEURODIAGNOSZTIKAI
ÉS INVAZÍV CENTRUM

CVI
NEURODIAGNOSZTIKAI
ÉS INVAZÍV CENTRUM

Koloběh pacientů v přírodě



frekventované fungující cesty

méně frekventované cesty

špatně fungující cesty

Rehabilitační a resocializační péče

v průběhu hospitalizace (obvykle před propuštěním)

- **ambulantní** – stacionáře (prakticky nelze provozovat z ekonomických důvodů, jen jako „vycházku“- smyslem je reintegrace pacienta do jeho sociálního prostředí
- **pobytová –** příprava na propuštění domů - případně i do ústavu sociální péče
- Otevřená odd. s volným režimem
- Ošetřovatelská lůžka „nursing unit“ (sociální lůžka)
- Speciální oddělení pro získání dovedností pro udržování domácnosti a sebeobsluze
- Chráněné dílny, socioterapeutická farma

(Legislativní překážky: pacienti nemohou pracovat, terapeuti neexistují)

O znamenitých výsledcích této tzv. volné léčby v ústavě na Slupi (1860- 1895) píše Dr. Fischel r. 1875 v „Corespondenzblatt der deutschen Gesellschaft für psych.-gerichtliche Psychologie“ takto:

„Nejlépe svědčí o účinku volné léčby samo vzezření nemocných; lidé s typickou nemocniční pletí a nespavostí přemístěni do Slup, kde prací tu konanou záhy se zotaví, tělesné funkce jejich se zlepšují a spánek jejich jest klidný. Pocit malomoci a skleslost sebevědomí pomíjejí, když nemocný byv ještě pochválen vidí, že zmůže kus práce; nedůvěra ve vlastní síly, obavy před životem po propuštění z ústavu se mírní a sebedůvěra se posiluje. Nestálost a váhavost podléhají železnému příkazu povinnosti vykonati určitou práci, a vytrvalost, stálost předsevzetí se prací samotnou utužuje. Při společné práci mnohem lehčeji uhlazují se hrany a ostny v chování churavce nespolečenského, jenž navyká trpělivosti a shovívavosti s druhy méně statečnými, společný pracovní zájem je sbližuje a dává podněty k citům přátelským. Také neslyšíme tu stálé dotíravé prosby za propuštění, ani pokus o útěk není tu tak častý jako v ústavu zavřeném. Nepřihodila se tu po celou dobu žádná sebevražda, ba ani pokus o ni.“

Rehabilitační a resocializační péče

„komunitní“ (bez naléhavé potřeby hospitalizace)

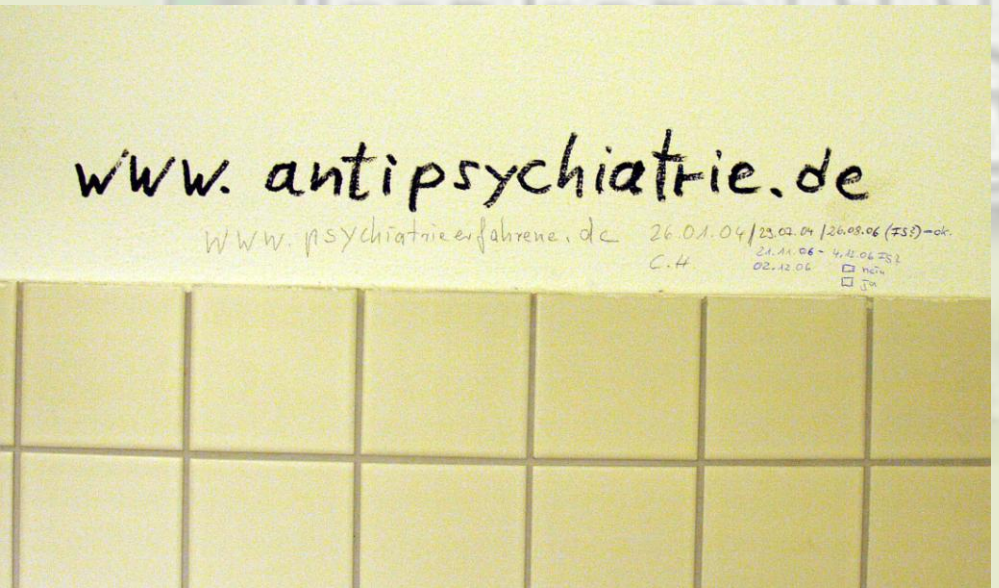
- **ambulantní**
- Stacionáře
- Krizová intervence
- **pobytová**
- Chráněné bydlení (s různou mírou samostatnosti)
- Chráněné dílny
- Kluby, kavárny

- Jde z významné části o sociální péči a pojišťovna ji téměř nehradí.
- Nenahrazuje a nemůže nahradit hospitalizaci !

Antipsychiatrie

Hnutí začalo na přelomu padesátých a šedesátých let částečně oprávněným poukazováním na špatné podmínky v přeplněných psychiatrických ústavech.

Iniciátory aktivisté z bývalých pacientů, scientologická církev (Zbyněk Svadba), k nim se přidávají nekritičtí propagátoři deinstitucionalizace a cynici účelově bojující za „lidská práva“. K nim patří i část oficiálních struktur.



Argumenty antipsychiatrie

Různé od popření existence duševních chorob a vidění psychiatrie jako zločinného spiknutí (stientologové),

až po inteligentní a kultivovanou demagogickou kritiku „zbytečných hospitalizací“ ve „škodlivých léčebnách“ (nekritičtí propagátoři „deinstitucionalizace“).

Rosemary

1955 US Zákon o výzkumu duševního zdraví (Komise pro duševní nemoc a zdraví)-

1961 Zpráva ze studie Akce pro duševní zdraví

Limitace počtu hospitalizací na 1000 v zařízení.

Přeměna státních nemocnic na „Centra“ pro dlouhodobou kombinovanou péči o nemocné chronickými onemocněními včetně duševních

„Komunitní lečebná centra“ 1 na 50 000 obyvatel.

„Koncept prevence“ se ukázal jako chimérický

Rosemary

1961 byl v úřadu J.F. Kennedy, jeho sestra trpěla mentální retardací a psychózou. Nálezy „Zprávy“ převážně ignoroval, až na doporučení zřízení komunitních center. Věřil, že primární prevencí prostřednictvím komunitních center může být dosaženo omezení státních nemocnic.

V projevu „The dream“: „Unce prevence má větší váhu než libra léčení… Prevence je mnohem úspornější a nadějnější.“

Za největší problém pokládal existenci institucionální péče.

Zrod komunitních center

1962 agentura „Pomoc trvale a zcela postiženým“

1963 Zákon o komunitních centrech duševního zdraví

1965 deinstitucionalizace podpořena vznikem programů medicare a medicaid, které nebyly pro pacienty státních nemocnic.

1967 otevřen první CMHC, ředitelé věřili, že přestřednictvím sociálních fondů a důrazu na lidská práva přemohou duševní choroby.

Unie občanských svobod NY se snažila zákazem nedobrovolných hospitalizací přivodit konec státních nemocnic.

Pokračování likvidace státních nemocnic

Byly stanoveny minimální léčebné standardy včetně minimálního personálního vybavení na počet pacientů. Při limitovaných příjmech toho bylo dosaženo propouštěním pacientů.

Byly připraveny školící programy pro výuku psychiatrie. Absolventi však odcházeli do soukromé praxe.

Ředitelé nemocnic nebyli hodnoceni za péči, ale za počet volných postelí. Vytratil se zájem o práci ve veřejném sektoru. Počet psychiatrů ve veřejném sektoru klesl v letech 1970- 1975 o 50%, byli nahrazeni sociálními pracovníky a psychology. Nemocnice přijímali lékaře-cizince bez psychiatrického vzdělání, protože nebyli schopni dosáhnut na státní licenci, zavedly mnohé státy „zvláštní státní povolení“.

O propuštěné ze státních nemocnic a center se nikdo nezajímal.

1975 NIMH zjistil, že málo CMHC je schopno plnit základní funkce, 50% nemělo lůžka a pohotovostní služby, jen 6% mělo stacionáře, téměř všechny byly nedostatečně personálně vybaveny. Zabývaly se „poradenstvím a krizovou intervencí v předvídatelných životních problémech“ Tento fenomén je znám jako léčení „ustaraných“(„worried well“). Práci s těžce duševně nemocnými shledávali jako příliš náročnou. Jak to komentoval jeden senátor: „Kongres a daňoví poplatníci nemají v úmyslu financovat poradenství, ale program k nahrazení státních nemocnic v péči o vážně duševně nemocné.“ Systém věnoval nedostatečnou péči dospělým těžce a a trvale duševně nemocným.

1979 vznikla Národní asociace duševně nemocných s celostátními i regionálními kancelářemi jako důsledek selhání systému péče o duševní zdraví a příslušných orgánů..

1987 byl schválen zákon na pomoc bezdomovcům „Stewart B. McKinney Homeless Assistance Act“, který zahrnoval péči i o duševně nemocné bezdomovce.

Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries

Stefan Priebe, Alli Badesconyi, Angelo Fioritti, Lars Hansson, Reinhold Kilian, Francisco Torres-Gonzales, Trevor Turner, Durk Wiersma

% 1990- 2001	VB	SRN	Nizoz.	Švéd.	Itálie	Španě.
Nedobr.př.	+24 ↑	+ 67 ↑	+ 16 ↑	-17 ↓	- 12 ↓	- 6 ↓
Ochr.léč.	+38 ↑	+ 70 ↑	+143 ↑	+46 ↑	+ 10 ↑	+ 25 ↑
Počet vězňů	+57 ↑	+ 38 ↑	+104 ↑	+16 ↑	+ 23 ↑	+ 51 ↑
Psych. lůžek	- 52 ↓	- 10 ↓	- 15 ↓	- 65 ↓	+ 18 ↑	- 28 ↓
Chr.bydlení	+40 ↑	+101 ↑	+ 77 ↑	+15 ↑	+259 ↑	+149 ↑

Deinstitucionalizace- poučení

- Lidé jsou hospitalizováni, protože jsou nemocní.

obrácená implikace neplatí:

Lidé nejsou nemocní, protože jsou hospitalizováni.

Naivní koncept „krize“ jako klíčového pojmu psychiatrie

ze střlat. ***crisis***, z řec. ***krisis*** od ***krinein***- rozhodovat

Rozhodná chvíle, nebezpečný stav

Představa, že je třeba rychle a krátkodobě zasáhnout v rozhodné chvíli a tím předejít hospitalizaci, protože ta pacientovi velmi škodí

Ti, kteří takto zasahují jsou hrdinové odvracející nebezpečný stav a zachraňující „klienta“.

Koncept ignoruje patogenezi duševní poruchy, zejména duševní nemoci.

Je pravda že u duševně nemocných se krize vyskytují častěji. Mají větší předpoklady pro selhávání.

Koncept ignoruje vývoj nemoci u nemocných,

Koncept „krize“

Koncept krize nerozlišuje (částečně záměrně), zda jde primárně o

1) poruchu osobnosti, jejíž nedostatečná adaptabilita vede ke „krizím“ v situacích běžně zvladatelných, nebo takových, které sama provokuje, zda jde o
2) Normální osobnost, která se náhodně dostala do krizové situace

Ad 1 + 2) lze převážně psychologickými prostředky a řešením věcných problémů pomoci, ale klienta nelze úspěšně „léčit“ a „vyléčit“, nejde tedy o péči v rámci lékařského oboru „psychiatrie“. Neodvrací hospitalizaci, protože ta většinou není indikována (s výjimkou těžké depresivní reakce“, hospitalizace by nahrazovala absenci sociálních služeb.

Koncept „krize“

3) Osobu trpící léčitelnou duševní chorobou, kde společenská adaptabilita je zhoršena vlivem choroby

Ad 3) Duševní chorobu lze léčit medicínskými prostředky, rozhodně nikoli „krizovou intervencí“, ale dlouhodobou farmakoterapií a psychoterapií. „Krizová intervence“ zde nahrazuje selhání ambulantní péče a důrazem na krátkost odrazuje od dlouhodobé hospitalizace, pokud ji „klient“ skutečně potřebuje“. Přínos je pouze v „bezbariérovém“ či „nízkoprahovém“ přístupu ke službě, která jinde není nízkoprahová. „Intervence“ rozhodně neodvrací „škodlivou a nutně dlouhodobou hospitalizaci“, pokud jí brání, tam kde je indikována, je škodlivá.

„Krizové služby“ a anonymita

Protože rozhovor s psychiatrem je „stigmatizující“, musí zasahující odborník tajit své vzdělání (má-li jaké), aby klienta nepoškodil

Protože zásah (intervence) má být co nejkratší, aby klient nebyl vytržen ze svého přirozeného prostředí, dávají přednost anonymitě.

Anonymita předpokládá trvající nedůvěru k poskytovateli služby a obvykle vede k přerušení spolupráce. Neumožňuje obvykle hovořit s blízkými a objektivizovat informace. Tvrzení, že pacientovi je vždy nutno věřit je krajně naivní, nepočítá s patologicky změněnou interpretací skutečnosti ani s účelovostí výpovědi.

Anonymita vylučuje úhradu od pojišťovny. Ve skutečnosti v CKI služby anonymně poskytovány nebyly, zejména ne lůžkové.

Struktura klientů
Centra krizové intervence 2006

Ambulantní	3261		Hospitalizovaní	193	
Organické	1	%	Organické	0,5	%
Závislosti	7	%	Závislosti	0,5	%
Sch. okruh	7	%	Sch. okruh	15,5	%
Afektivní	15,5	%	Afektivní	17	%
Neurot,	15,5	%	Neurot,	9	%
Stresové	39	%	Stresové	43,5	%
Por.chování a osobnosti	11	%	Por.chování a osobnosti	2	%

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA

Jaké činnosti musí zajišťovat nemocnice (psychiatrická péče) – 1 ambulantní

Zajištění:
  - Provoz ve vlastní režii X Zajištění dodavatelsky „outsourcing“
- Příjmová činnost
  - Příjmová ambulance
  - Administrativa, příjmová kancelář
- Specializované ambulance
- Stacionáře (denní a noční)
- Konsiliární péče ve všech oborech
- Laboratorní komplement (biochemie, hematologie, zobrazovací metody, funkční vyšetření (EEG, EMG, spánková laboratoř)
- ECT
- Rehabilitace
  - Fyzioterapie
  - Chráněné dílny
  - Hippoterapie
  - Socioterapie
- Lékárna

Jaké činnosti musí zajišťovat nemocnice (psychiatrická péče) – 2 lůžková

- Nutnost diferencované péče
  - Dělení podle dg. a nebo náročnosti péče X Dělení podle jiných kritérií

Obvykle také dělení na mužská a ženská oddělení

Obvyklá oddělení

- Neklidové odd. příjmové)
- Následná péče
- Návyková onemocnění
- Sexuologie
- Interní oddělení

Akutní psychiatrie (přijímací,

Gerontopsychiatrie

Pedopsychiatrie (dětské, dorostové)

Ochranné léčby

Jiná…

- Neurologické
- Psychosomatické
- Psychiatrická intenzivní péče
- Psychoterapeutická odd.
  - Psychoanalytické
  - Behaviourální
  - Psychogeriatrické

Infekční

PPP

Ošetřovatelné péče

Jaké činnosti musí zajišťovat nemocnice (psychiatrická péče) – 3 administrativa

- ředitel a sekretariát
- podatelna, pošta
- pokladna (pro pacienty)
- ekonomický náměstek
- ekonom
- účtárna
- útvar zdravotního pojištění
- personální úsek
- úsek zdravotní (náměstek pro léčebně preventivní činnost)
- hlavní sestra a sekretariát
- interní auditor
- právník
- řízení kvality
- tiskový mluvčí- styk s veřejností
- útvar krizového řízení
- Divadlo
- knihovna

Jaké činnosti musí zajišťovat nemocnice (psychiatrická péče) – 4 technický úsek

- Informatika
- Ostraha (vrátnice)
- Technický náměstek
- Stavební technik
- Údržba- dílny (truhláři, zámečníci, elektrikáři, čalouníci, sklenáři, zedníci, spojový technik)
- Údržba parku- zahradník (zemědělská výroba)
- Doprava nákladní, sanitka
- Úklid
- Topení
- Odpadové hospodářství (běžný a nebezpečný odpad)
- Voda, kanalizace, rozvod elektřiny
- Prádelna
- Opravy textilu
- Kuchyně
- Kantýna, prodejna, kavárna

Ekonomické aspekty zdravotní péče

- Specifika zdravotnictví
- rozhodování v tísni
- informační asymetrie
- indukce poptávky
- důsledky nečerpání komodity (zdravotní péče)
- Zdravotnictví je a bude politikum- dotýká se veřejného i soukromého zájmu
- Nevyhnutelně se vynakládají veřejné prostředky
- Pocit spokojenosti nebo nespokojenosti
- návyk na standard

Financování zdravotní péče v ČR

- Financování na základě veřejného zdravotního pojištění
- 7,1% HDP, průměr EU asi 8%
- Je více zdravotních pojišťoven, které si však nekonkurují hrazenou péčí, ale výběrem pojištěnců. Při 100% přerozdělení omezený význam
- Asi 8% je úhrada pojištěnce v některých komoditách
- Budou zavedeny paušální úhrady- „regulační“

Financování zdravotní péče

- Způsob rozdělování
- segmenty
- kontrola využití
- kontrola kvality péče – co bylo poskytnuto za vynaložené prostředky
- výkonová
- rozpočtová
- Veřejné nekomerční financování (všeobecné, jen u některých skupin obyvatelstva)
- veřejné pojištění (nekomerční)
- národní zdravotní služba
- Komerční financování
- komerční pojištění
- přímá úhrada

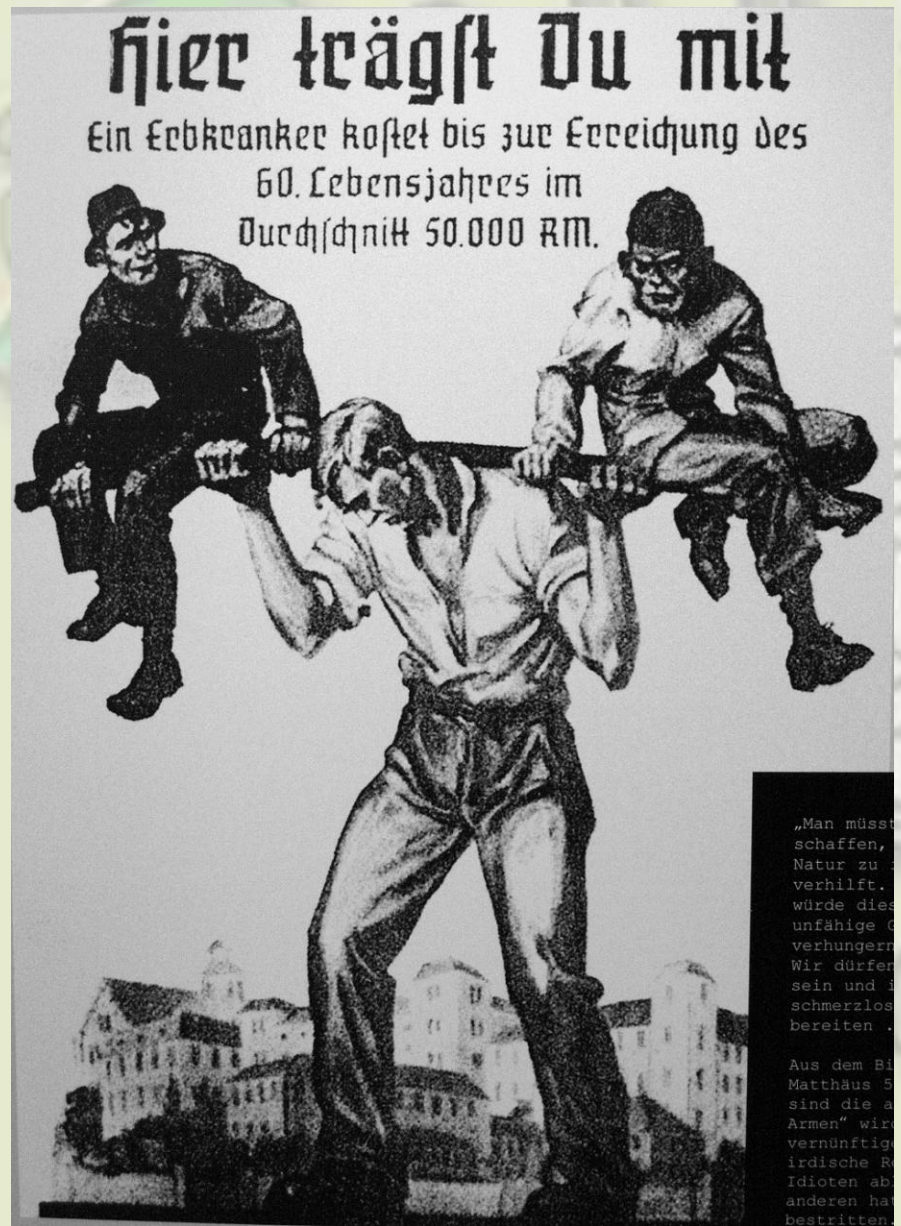
Zdroje pro financování zdravotnictví

- Zvlášť kapitálové (investiční) a nekapitálové (provozní) výdaje
- Fondy zdravotního pojištění jsou odděleny od státního rozpočtu, za mnoho kategorií nevýdělečných osob (asi 55%) je plátcem stát- ze státního rozpočtu- asi 25% z VPS.
- Investice se hradí ze zvláštních podkapitol SR 335- zdravotnictví a z rozpočtů krajů
- -jmenovité položky a fond havárií
- Podkapitola „obnova a rozvoj OLÚ“- 120 mil. Kč (1/4 potřeby)
- Spoluúčast investora obvykle 20%- důsledky
- Je možno a nutno investovat z běžných příjmů- v léčebnách obvykle stačí jen na havárie strojních zařízení a obnovu přístrojů.

Financování psychiatrické péče

- Způsob financování psychiatrické péče v ČR v jednotlivých segmentech a její důsledky.
- Struktura výdajů v jednotlivých segmentech.
- Rozdíly ve financování odd. nemocnic a léčeben.
- Financování stacionářů.
- Personální zabezpečení psychiatrické péče.
- Organizace psychiatrických zařízení
- Technické vybavení.
- Budovy a dispoziční řešení
- Legislativa
- Kontrolní činnost
- Organizace působící v oblasti psychiatrické péče.
- Psychiatrická péče v zahraničí

Ekonomie


Hier trägst Du mit
Ein Erbkranker kostet bis zur Erreichung des
60. Lebensjahres im
Durchschnitt 50.000 RM.

Psychiatrické léčebny a následná péče (2005)

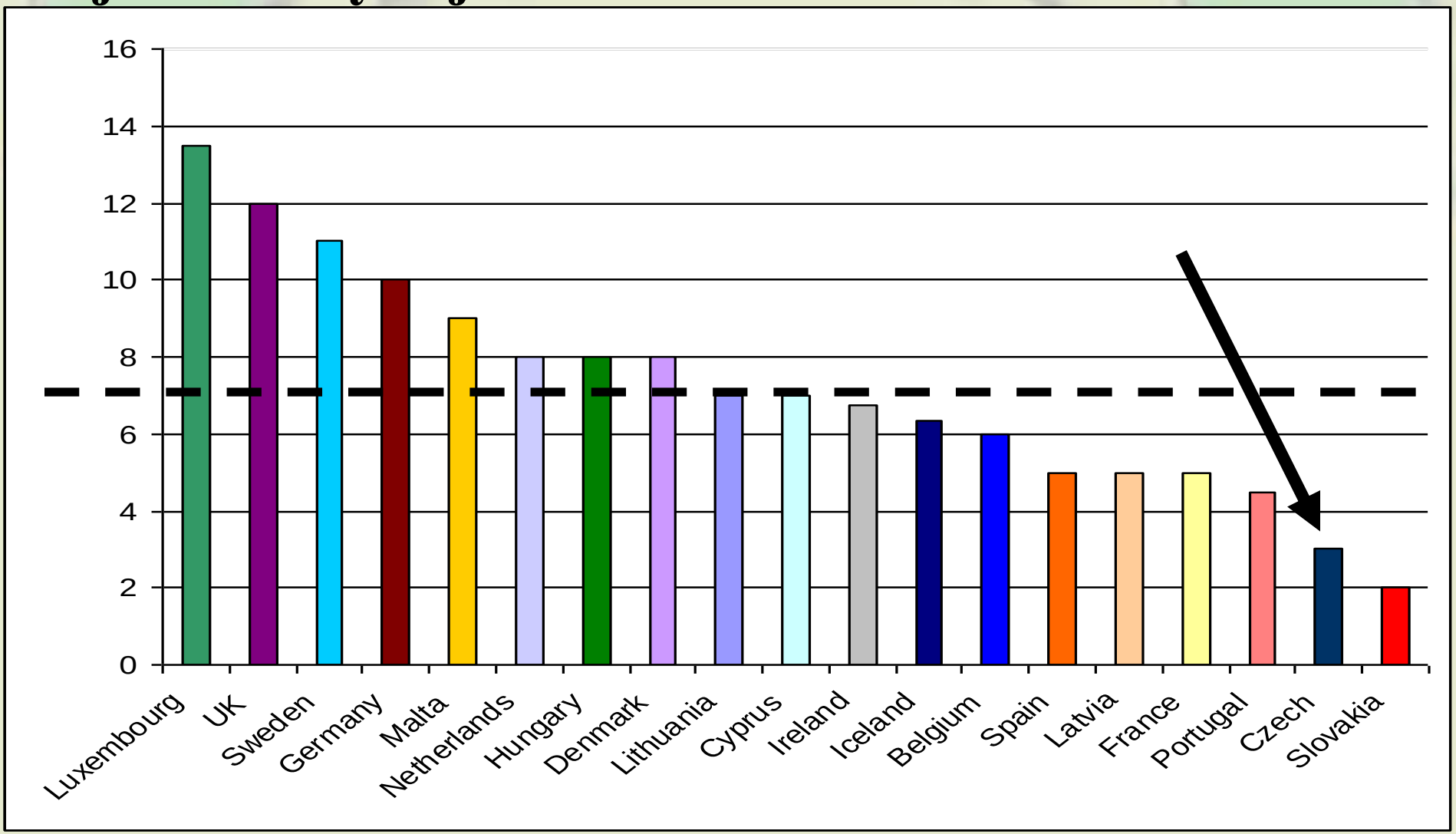
Lůžka následné péče	**23 100**	
Psychiatrické léčebny	9 940	43 %
LDN	7 450	31%
Léčebny TBC a resp.	990	
Rehabilitační ústavy	990	
Ostatní pro dospělé	1 720	
Ostatní pro děti	760	
Ozdravovny	840	
Hospic	290	

Psychiatrické léčebny

- 10 000 lůžek (odd. nemocnic 1 500 lůžek)
- 93% obložnost (odd. nem. 83%)
- PL 40 000 hospitalizací, 1,5% meziroční růst
- PL 2/3 všech psych. hospitalizací
- PL 86 dní ošetř. doba, ale 71% pod průměr
- 21% schizofrenie, 21% záv. na alkoholu
- 48% opakovaná hospitalizace
- 500 lékařů (odd. nemocnic 150 lékařů)

EU Výdaje na psychiatrickou péči

jako % výdajů na zdravotnictví v zemích EU



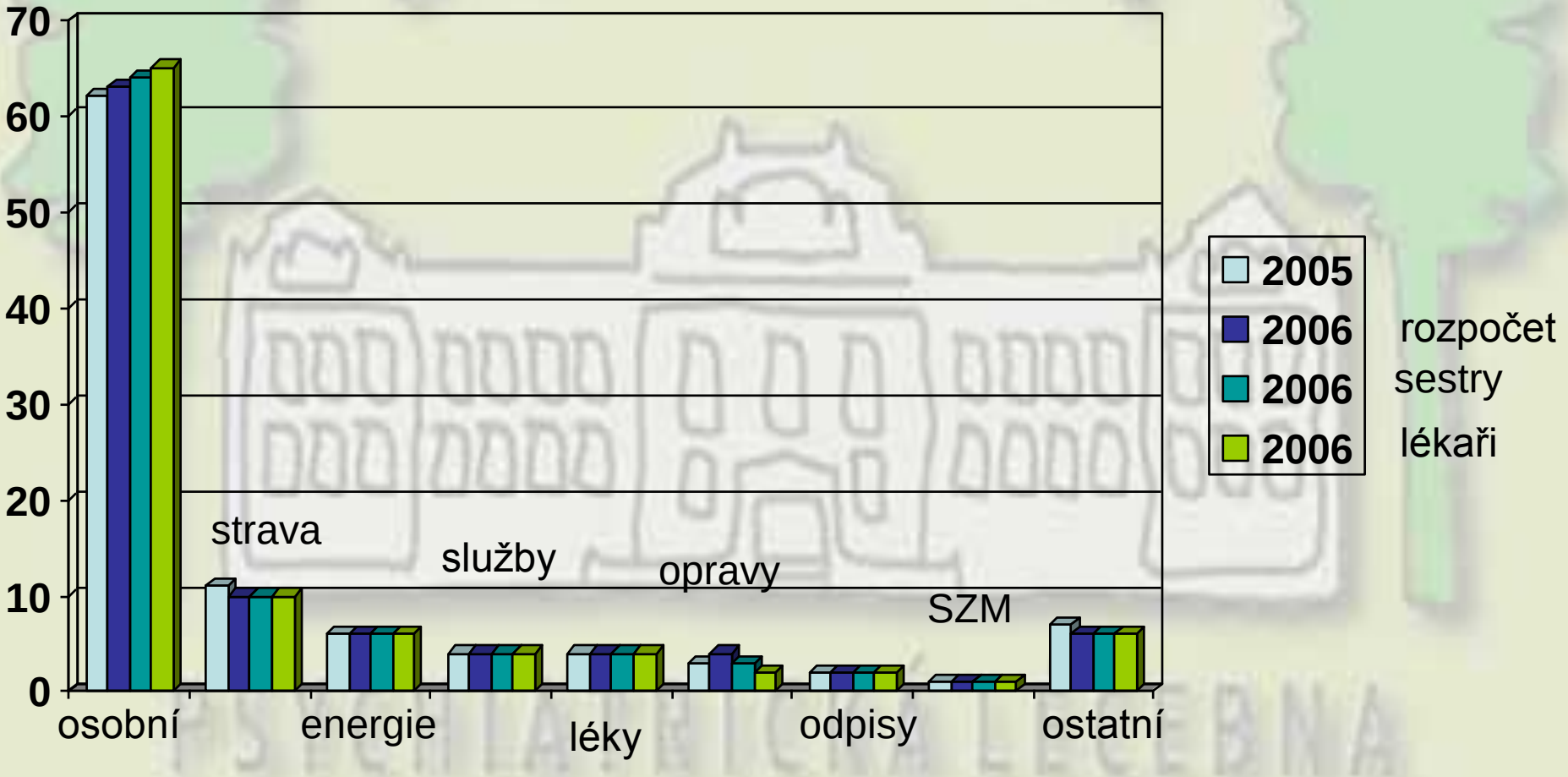
Porovnání skutečných hrubých mezd s úhradou ZP

	M/ hod.	úhrada	M/ měsíc	MZDA v PLB
A2	186,13 Kč	6 hod.!	24 815 Kč	35 420 Kč
A1	94,32 Kč	6,5 hod.!	16 600 Kč	25 900 Kč
SZP	43,37 Kč	6 hod.!	7 633 Kč	20 300 Kč
Psych.	0,00		0	21 200 Kč
Terap.	0,00		0	15 800 Kč

Diferencované náklady péče v psychiatrické péči

- Jsme nuceni si ponechávat levné klidné chroniky abychom mohli dotovat nákladné pacienty
- Nelze provozovat jednotky intenzivní psychiatrické péče

Struktura výdajů v PL Bohnice



Kalkulace úhrady za „ošetřovací den“ (na 30 lůžek **bez režie)**

Lékař A2- 2 atestace	0.66	8 min.	34 Kč	
Lékař A1- 1 atestace	1.00	13 min.	28 Kč	6,5 hod./os
Lékař A0- bez atestace	0.00	0	0 Kč	
Lékař ÚPS- služba	0.16	6 min.	13 Kč	
SZP PSS/1	1.33	17 min.	31 Kč	
SZP/ 1 (2)	0.90	12 min.	15 Kč	
SZP/3	7.00	84 min.	111 Kč	6 hod./os.
NZP, PZP	6.00	77 min.	61 Kč	
Celkem osobní náklady			**294** Kč	
Strava			70 Kč	
Pmat (ZP)			100 Kč	
Celkem			**464** bodů (Kč)	

Chybí: psychologové, terapeuti, sociální pracovnice…

Co se musí změnit…

1) Opravit kalkulaci úhrad !
2) Různé ošetřovací dny podle náročnosti
3) ZP musí platit za reálně odvedenou práci
4) Ministerstvo zdravotnictví musí být účastníkem dohodovacího řízení

Ministerstvo zdravotnictví chápe nutnost změn úhrad za psychiatrickou péči

Léčebnost psychiatrických léčeben

Počet hospitalizací podle délky- PL Bohnice (2005)

do	14 dnů	2241	29 %	
do	30 dnů	1352	17,5%	46,5%
do	**60 dnů**	**1705**	**22 %**	**68,5%**
do	90 dnů	846	10,9%	79,4%
do	180 dnů	719	9,3%	88,7%
do	365 dnů	342	4,4%	
nad	1 rok	536	6,9%	
celkem		**7741**	**100%**	

Délka hospitalizací (2003)

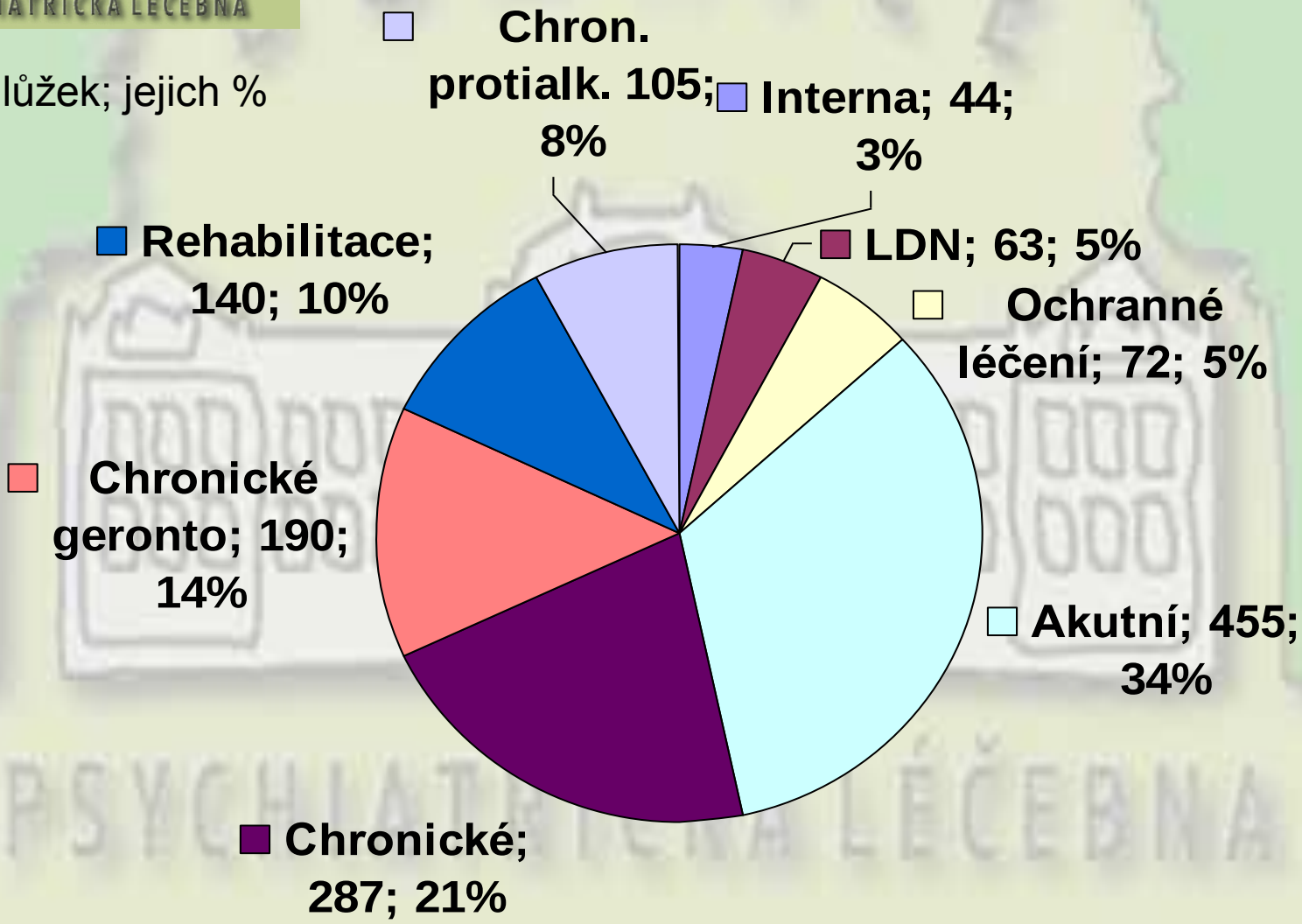
Psychiatrická odd. nemocnic **Psychiatrické „léčebny“**

Délka pobytu ve dnech	Psychiatrická oddělení nemocnic			Psychiatrické léčebny		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
1 - 14	4 441	3 735	8 176	6 668	4 014	10 682
15 - 30	2 735	3 228	5 963	4 164	3 474	7 638
31 - 90	2 113	2 778	4 891	7 930	7 080	15 010
91 - 180	63	66	129	2 834	1 819	4 653
181 - 365	-	1	1	734	558	1 292
366 a více	-	-	-	570	435	1 005
Celkem	**9 352**	**9 808**	**19 160**	**22 900**	**17 380**	**40 280**

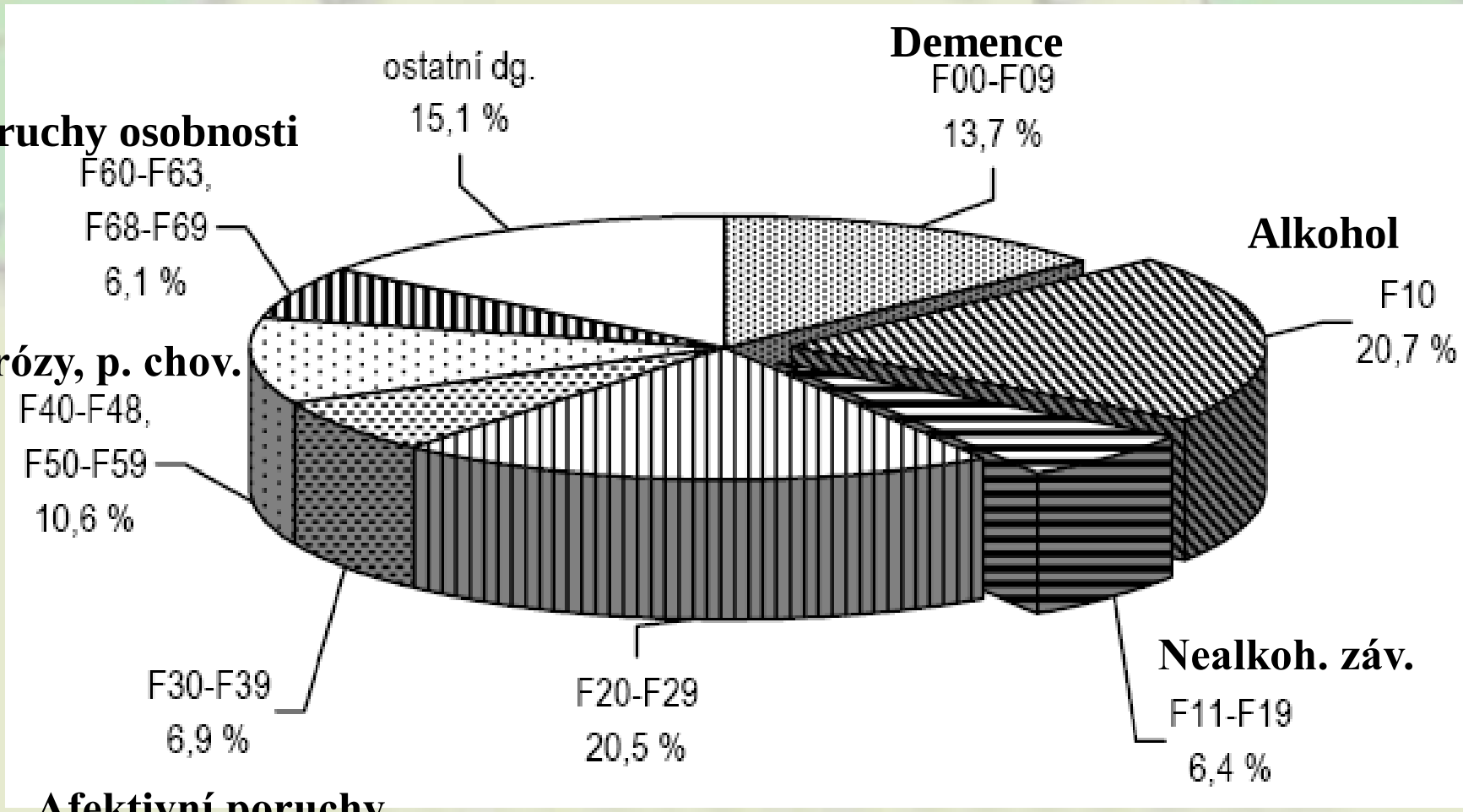
Hospitalizace do 90 dní: 19130 **36 %** 33330 **64 %**

Složení pacientů PL Bohnice

počet lůžek; jejich %



Struktura hospitalizovaných v PL podle dg.



Podmínky pro kvalitní lůžkovou psychiatrickou péči

- Alespoň 60 lůžek, aby byla možná: diferencovaná péče s programem užitečným pro každého pacienta
- personál musí získat a mít potřebnou erudici
- Musí existovat vhodné chráněné, klidné a hezké prostředí pro aktivitu pacientů
- Musí existovat zázemí pro rehabilitaci, arteterapii, pracovní terapii atd.
- Musí být zaměstnáni kvalifikovaní psychologové a sociální pracovnice

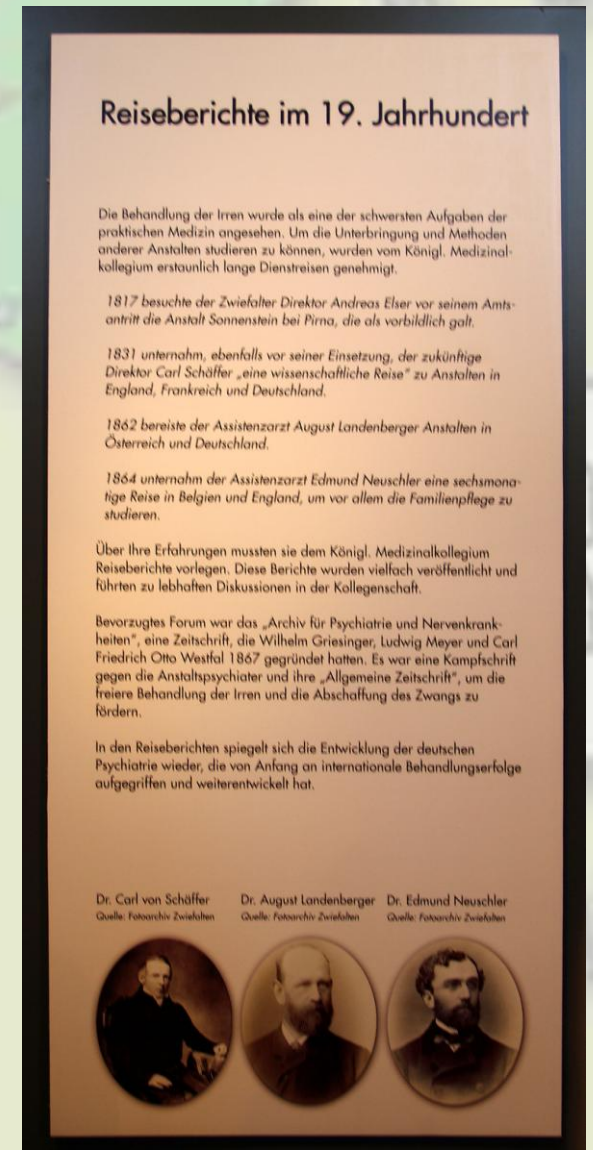
Podmínky pro kvalitní psychiatrickou lůžkovou péči

pokračování

- Spádové území psychiatrického oddělení tedy nemůže být menší než 300 000 obyvatel
- Psychiatrická oddělení **by určitě měla být ve velkých** nemocnicích velkých měst (Liberec, České Budějovice…), nemá smysl tam, kde jsou „léčebny“.
- Každé oddělení **musí přijímat všechny pacienty** ze spádového území, kteří potřebují psychiatrickou hospitalizaci.

Budoucnost PL

- „Léčebny“ pak kromě akutní péče mohou pečovat o chronické pacienty, kteří nejsou propustitelní a vhodní pro DD nebo ÚSP, protože potřebují stálou odbornou psychiatrickou péči.
- Léčebny mohou zřizovat DD a ÚSP
- Léčebny mohou poskytovat intermediální péči

- **Psychiatrická nemocnice s léčebnou a ÚSP**

Cesty prvních 4 ředitelů psychiatrické nemocnice v Zwiefaltenu 1817- 1864