



Péče o duševně nemocné

Komparativní studie právní úpravy v oblasti péče o duševně nemocné (ochrany duševního zdraví) ve vybraných státech (EU + Norsko, Švýcarsko)



Obsah:

ÚVOD A VÝCHODISKA PRÁCE.....	6
SITUACE VE VYBRANÝCH STÁTECH ...	7
NĚMECKO	7
POLSKO	9
RAKOUSKO	10
SLOVENSKO.....	10
ESTONSKO.....	12
FINSKO	15
FRANCIE	16
ITÁLIE	18
LITVA.....	19
LOTYŠSKO.....	21
MAĎARSKO	22
NIZOZEMSKO	23
PORTUGALSKO	25
RUMUNSKO	26
ŘECKO	27
SLOVINSKO.....	28
SPOJENÉ KRÁLOVSTVÍ.....	31
ŠPANĚLSKO	34
ŠVÉDSKO	34
NORSKO	36
ŠVÝCARSKO	39
MEZINÁRODNÍ A EVROPSKÉ PŘEDPISY A DOKUMENTY.....	42
EXISTUJÍCÍ STUDIE	42

Srovnávací studie č. 5.381

květen 2018

autoři: Eva Balounová, Jana Francová, Michal Pohl

AKTUÁLNÍ VYDÁNÍ:	EDICE: STUDIE
Název: Péče o duševně nemocné	Typ edice: online, ISSN 2533-4131
Autoři: Balounová, E., Pohl M., Francová, J.	URL: http://www.psp.cz/sqw/ppi.sqw?d=1
Číslo: Srovnávací studie č. 5.381	První vydání edice: červenec 1991
Datum: květen 2018	Frekvence vydání edice: nepravidelná
Klíčová slova:	Zaměření: srovnávací a analytické studie zpracované pro členy Parlamentu České republiky
Duševně nemocní, psychiatrická péče, psychologická péče, komunitní péče	Jazyk: CZ
	Vydavatel: Kancelář Poslanecké sněmovny, Sněmovní 4, 118 26 Praha 1

PARLAMENTNÍ INSTITUT plní úkoly vědeckého, informačního a vzdělávacího střediska pro Poslaneckou sněmovnu, její orgány, poslance a Kancelář Poslanecké sněmovny, pro Senát, jeho orgány, senátory a Kancelář Senátu. Naše činnosti a produkty uvádíme níže.

Oddělení všeobecných studií	STUDIE Srovnávací studie Analytické studie	ODPOVĚDI NA DOTAZ Stručné odpovědi na dotazy členů Parlamentu	VYBRANÁ TÉMATA Studie zpracované k aktuálním problematikám	MONITORING Vybrané hospodářské měnové a sociální ukazatele	MIGRACE Přehled aktualit v oblasti migrace za vybrané období
	PŘEHLED SZBP Společná zahraniční a bezpečnostní politika EU	EUROZÓNA+ Přehled ekonomických událostí v EU	PODKLADY pro zahraničně politická jednání	PŘEDNÁŠKY pro zahraniční delegace, PS, Senát	
Oddělení pro evropské záležitosti	STANOVISKA kompatibility nevládních návrhů zákonů s právem EU	KONZULTACE k předkládaným vládním návrhům zákonů	DOKUMENTY EU Výběr z aktů a dokumentů EU zaslaných PS	ZPRÁVY Aktuální agenda v Bruselu	PODKLADY pro jednání výboru na mezinárodní úrovni
	INFORMAČNÍ STŘEDISKO Informace o činnosti Poslanecké sněmovny a prohlídky budov	ECPRD Spolupráce s Evropským centrem pro parlamentní výzkum a dokumentaci	PŘEDNÁŠKY pro Poslaneckou sněmovnu, pro školy, veřejnost	INFORMAČNÍ MATERIÁLY o fungování Poslanecké sněmovny, o legislativním procesu	ZÁPISY ze schůzí, seminářů, přednášek, kulatých stolů

Shrnutí

Práce Parlamentního institutu analyzuje právní úpravu péče o duševně nemocné ve vybraných evropských zemích. Vzhledem k tomu, že se jedná o obsáhlou problematiku, zaměřuje se práce zejména na poslední trendy. Je zkoumáno, zda ve vybraných zemích proběhla v poslední době určitá reforma či rozsáhlá novela v této oblasti a pokud ano, jaké jsou aktuální trendy a směry těchto změn. Je také analyzován systém právní úpravy péče o duševně nemocné, tedy zda existuje zvláštní legislativa týkající se této problematiky (př. zvláštní zákon). Konečně byl kladen důraz na opatření prováděná směrem k lepší dostupnosti péče, deinstitutionalizaci péče, poskytování komunitní péče, integraci nemocných do společnosti, péči o duševně nemocné na pracovišti a ve školách, atp. Byly také analyzovány snahy o zlepšení a posílení práv pacientů a o zlepšení postavení osob starajících se o osoby s duševní poruchou. Práce rovněž závěrem obsahuje odkazy na další relevantní studie.

Obsah

ÚVOD A VÝCHODISKA PRÁCE	6
SITUACE VE VYBRANÝCH STÁTECH	7
NĚMECKO	7
LÉKAŘSKÁ PODPORA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH.....	7
POMOC PŘI INTEGRACI DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH OSOB DO SPOLEČNOSTI A PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ	8
POLSKO	9
PRÁVNÍ ÚPRAVA	9
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	9
RAKOUSKO	10
PRÁVNÍ ÚPRAVA	10
NOVINKY V LEGISLATIVĚ	10
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	10
SLOVENSKO	10
PRÁVNÍ ÚPRAVA	10
NOVINKY V LEGISLATIVĚ	10
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	10
ESTONSKO	12
PRÁVNÍ ÚPRAVA	12
NOVINKY V LEGISLATIVĚ	12
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	13
FINSKO.....	15
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ	15
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	15
FRANCIE.....	16
PRÁVNÍ ÚPRAVA	16
NOVINKY V LEGISLATIVĚ	16
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	17
ITÁLIE.....	18
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ, VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	18
LITVA	19
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ	19
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	20
LOTYŠSKO	21
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ	21
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	21
MAĎARSKO.....	22
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ	22
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	22
DALŠÍ INFORMACE.....	23
NIZOZEMSKO	23
PRÁVNÍ ÚPRAVA	23
DALŠÍ INFORMACE.....	24

PORTUGALSKO.....	25
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ.....	25
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	25
RUMUNSKO	26
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ.....	26
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	26
ŘECKO.....	27
PRÁVNÍ ÚPRAVA	27
NOVINKY V LEGISLATIVĚ	28
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	28
SLOVINSKO	28
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ.....	28
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	29
SPOJENÉ KRÁLOVSTVÍ	31
ANGLIE.....	31
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ.....	31
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	31
ŠPANĚLSKO.....	34
PRÁVNÍ ÚPRAVA	34
ŠVÉDSKO.....	34
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ.....	34
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	36
NORSKO.....	36
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ.....	36
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	37
ŠVÝCARSKO.....	39
PRÁVNÍ ÚPRAVA A NOVINKY V LEGISLATIVĚ.....	39
VŠEOBECNÉ SMĚRY A TRENDY	40
MEZINÁRODNÍ A EVROPSKÉ PŘEDPISY A DOKUMENTY	42
EXISTUJÍCÍ STUDIE.....	42
EXISTUJÍCÍ ČESKÉ KOMPARATIVNÍ STUDIE	42
EVROPSKÉ A CELOSVĚTOVÉ STUDIE	43
LITERATURA	44
DALŠÍ STUDIE A INFORMACE	44
INFORMACE KE KOMUNITNÍM SLUŽBÁM	44
INFORMACE K FINANCOVÁNÍ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V EVROPĚ.....	44

Úvod a východiska práce

Práce Parlamentního institutu má za cíl poskytnout informace týkající se právní úpravy péče o duševně nemocné pacienty, respektive ochrany duševního zdraví.

Práce obsahuje několik částí. První část práce se snaží představit aktuální trendy a aktuální směřování legislativy ve vybraných evropských zemích (nejprve země sousední, poté další země EU, poté země mimo EU). Tato část byla zpracována tak, že byl vznesen dotaz na jednotlivé evropské země prostřednictvím systému ECPRD (European Centre for Parliamentary Research and Documentation). Tento dotaz obsahoval následující otázky:

1. Zda byla v dané zemi v poslední době (cca 8 let) přijata nová legislativa/reforma v oblasti péče o duševně nemocné.
2. Pokud ano, jaké byly hlavní směry a trendy těchto změn.
3. Zda je v dané zemi zvláštní legislativa týkající se péče o duševně nemocné, či zda je toto obsaženo ve všeobecné legislativě zdravotní péče.
4. Jaká byla podniknuta opatření s cílem lepší dostupnosti péče o duševně nemocné, deinstitucionalizace péče o duševně nemocné, poskytování komunitní péče, integrace nemocných do společnosti, péče o duševně nemocné na pracovišti a ve školách, zlepšení práv pacientů, zlepšení postavení osob starajících se o osoby s duševní poruchou.

Odpovědi byly získány z většiny dotazovaných zemí. Tyto odpovědi byly přeloženy a upraveny. Domníváme se, že odpovědi od jednotlivých zemí nejlépe vystihují, co považují v dané zemi za poslední trend, směr, problém, apod.

V některých případech státy samy odkázaly na další relevantní informace dostupné online, ty uvádíme. Další požadované informace je možno získat ze studií, na které práce odkazuje v závěru.

Druhá část práce shrnuje mezinárodní a evropské právní předpisy, iniciativy a dokumenty, které byly v této oblasti vydány.

Třetí část obsahuje odkazy na existující komparativní studie v této oblasti, a to nejprve v českém jazyce a poté i v jazyce anglickém.

Situace ve vybraných státech

Německo

Lékařská podpora duševně nemocných

Právní předpisy pro lékařskou péči o duševně nemocné v zákonném zdravotním pojištění (GKV), ve kterém je asi 90 procent populace pojištěno, jsou součástí páté knihy zákoníku sociálního zabezpečení (SGB V)¹. Takže jako právo na nezbytnou lékařskou péči má každý pojištěný podle § 27 odst. 1 SGB V právo také na psychoterapie jako součást lékařské a psychologické péče. Kromě toho by měly být při léčbě pacientů zohledněny zvláštní potřeby duševně nemocných. To se týká zejména poskytování léků a léčebné rehabilitace. Psychoterapeutická léčba choroby se provádí podle § 28 odst. 3 SGB V licencovanými psychoterapeuty a smluvními lékaři. Detaily k povaze a rozsahu, jakož i kvalifikaci osob poskytujících psychoterapeutické služby, se řídí tzv. psychoterapeutickou směrnicí² Společného federálního výboru (GBA).

Na počátku roku 2017 byla do směrnice o psychoterapii přidána různá ustanovení, která mají zlepšit přístup pojištěnců k psychoterapeutickým službám. Nejdůležitější změny, které vstoupily v platnost dne 1. dubna 2017, jsou:

- Lékaři a psychoterapeuti, kteří mají povolení za psychoterapii pobírat odměnu podle směrnice o psychoterapii GBA, musí poskytnout konzultace nejméně 100 minut týdně. Psychoterapeutická konzultace, která musí trvat nejméně 25 minut, má poskytnout nízkoprahový přístup k psychoterapii a slouží k včasnému diagnostickému objasnění. Během konzultací by mělo být objasněno, zda pacient potřebuje psychoterapii nebo jiné podpůrné a poradenské služby. Od 1. dubna 2018 je konzultace s konzultační hodinou nezbytným předpokladem pro další ambulantní psychoterapeutickou péči.
- Vedle konzultačních hodin musejí terapeuti mimo jiné zajistit, aby mohli po telefonu pořádat konzultace/aby mohli být po telefonu zastiženi v rozsahu 200 minut týdně.
- Akutní léčbu lze využít ke zlepšení akutních psychologických krizí. To může být provedeno jako jediná terapie až 24krát až 25 minut v případě nemoci a nepodléhá schválení. Zdravotní pojišťovna musí být informována o provedení akutní léčby.
- Po dlouhodobé léčbě je možná profylaxe opakování, která by měla umožnit rychlejší přístup k terapeutovi v případě bezprostředního relapsu. Pro tento účel se používají hodiny schváleného kontingentu dlouhodobé léčby.

Pokud pojištěné osoby nemají nárok na zdravotníkem předepsané dávky v důsledku těžkých duševních chorob, za určitých okolností mají nárok na socioterapii (§ 37a SGB V). Právo na socioterapii existuje, jestliže je možné zabránit nebo zkrátit nemocniční léčbu.

Od 1. ledna 2017 mají být psychiatrické nemocnice a obecné nemocnice s nezávislými odbornými psychiatrickými odděleními schopny zajistit psychiatrické léčení v domácím prostředí v lékařsky vhodných případech místo hospitalizace (§ 115d SGB V). Zavedení tohoto ustanovení by mělo posílit meziodvětvovou péči.

Za účelem zlepšení kvality a ziskovosti péče mohou zdravotní pojišťovny a jejich sdružení provádět tzv. modelové projekty (§ 63 SGB V). Předmětem těchto pilotních projektů od 1. srpna 2012 podle § 64b odst. 1 SGB V může být také další rozvoj péče o duševně nemocné osoby, přičemž alespoň

¹ Dostupné zde: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html.

² Dostupné zde: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf.

jeden takový modelový projekt má být proveden v každém federálním státě. Zavedení tohoto nařízení také zlepší péči o duševní choroby mezi sektory a zohlední specifika psychiatrické a psychosomatické péče.

V oblasti prevence obsahuje SGB V také explicitní ustanovení týkající se duševních chorob. Podle § 20 SGB V musí tedy stanovy zdravotních pojišťoven poskytovat přínosy pro prevenci a snižování rizik nemoci (primární prevenci), jakož i pro podporu sebeurčujícího zdravotního chování pojištěných osob (podpora zdraví). Od vstupu zákona o prevenci v platnost dne 25. července 2015 je třeba brát v úvahu konkrétní zdravotní cíle včetně prevence, včasného odhalení a trvale udržitelného léčení depresivních chorob.

Pomoc při integraci duševně nemocných osob do společnosti a pracovního prostředí

Duševně nemocné osoby, které jsou podle zákonné definice považovány za osoby se zdravotním postižením nebo osoby ohrožené zdravotním postižením, mohou získat dávky na sociální inkluzi. Vzhledem k individuálním specifikům onemocnění jsou podpůrné služby posuzovány v jednotlivých případech.

Dávky/plnění k sociální inkluzi mohou v závislosti na individuálních potřebách zahrnovat:

- Sociální psychiatrické služby pro soběstačnost ve vlastním bytě;
- Asistenční služby (např. pro denní organizaci, vytváření osobních vztahů, atp.);
- Léčebné služby;
- Pomoc k dosažení a získávání praktických znalostí a dovedností (osobní hygiena, výživa, správa financí, atp.);
- Příspěvek na mobilitu;
- V případě potřeby další pomoc (např. pomoc při plánování léčby).

Při výběru pomoci k začlenění se do pracovního prostředí by se měla náležitě zohlednit vhodnost, náklonnost, předchozí zkušenosti, vývoj na trhu práce, atp.

Zákonem upravená plnění pro začlenění se do pracovního života zahrnují například:

- Pomoc při získání nebo udržení zaměstnání;
- Odborná příprava, včetně základního vzdělání odpovídajícímu postižení;
- Profesionální adaptace a další vzdělávání, včetně certifikátů, dokončení maturity, apod.;
- Odborné vzdělávání.

V praxi mohou být zvažováni různí poskytovatelé služeb:

- Integrovaní projekty: Podniky, kde podíl znevýhodněných zaměstnanců je mezi 25 a 50 procenty. Společnosti jsou součástí všeobecného trhu práce a nabízejí zaměstnání podléhající příspěvkům na sociální zabezpečení a platovým tarifům.
- Podporované zaměstnání: Příjemci se speciálními potřebami podpory by měli mít možnost udržovat si odpovídající, vhodné a sociálně pojištěné zaměstnání. Zahrnuje individuální kvalifikaci společnosti a v případě potřeby kariérní podporu.
- Centra odborného vzdělávání: Jedná se o regionální, ambulantní zařízení pro odbornou rehabilitaci. Zajišťují podporu po duševních onemocněních během profesionálního založení nebo profesionální orientace. Doprovod zajišťují odborníci, psychologové atd. až do návratu do práce.
- Workshopy pro zdravotně postižené osoby (zejména pro duševně nemocné).

Služby pro účast v pracovním životě mohou být také poskytovány zaměstnavatelům, zejména ve formě:

- granty na odbornou přípravu pro provozní provádění vzdělávacích služeb,
- granty na pracovní pomůcky,
- částečná nebo úplná náhrada za dočasný proces,
- dotace na plat (až do dosažení plné kapacity).

Zákon o sociálním zabezpečení (SGB) obsahuje zvláštní pravidla pro podporu dětí s mentálním postižením v oblasti péče o děti a mládež (SGB VIII). § 35 SGB VIII tedy nabízí zvláštní podporu a péči jako výhody "integrační pomoci pro děti a dospívající s mentálním postižením", včetně podpory vhodného školního vzdělávání. V jednotlivých federálních státech, které jsou zodpovědné za školní politiku, existují také různé nabídky školního psychologického poradenství a podpory.

Polsko

Právní úprava

Základním právním předpisem, který upravuje nejdůležitější činnosti v oblasti ochrany duševního zdraví, je zákon o ochraně duševního zdraví z 19. srpna 1994.

Všeobecné směry a trendy

Od 3. března 2017 je v platnosti nařízení Rady ministrů o novém národním programu ochrany duševního zdraví pro roky 2017-2022.

Program byl vytvořen ve spolupráci s odbornou komunitou. Cílem programu je:

- poskytovat osobám s duševními poruchami mnohostrannou a veřejně dostupnou zdravotní péči a jiné formy péče a pomoci, které jsou nezbytné pro život v rodinném a sociálním prostředí,
- utvářet vhodné sociální postoje vůči lidem s duševními poruchami - zejména porozumění, toleranci, laskavost - a potlačovat jejich diskriminaci,
- popularizovat environmentální model psychiatrické zdravotní péče.

To je zvláště důležitý prvek programu. Model péče o životní prostředí bude realizován postupně. Za prvé budou vytvořeny podmínky pro rozvoj center pro duševní zdraví. Dále bude "azylový" model, který je založen na izolaci lidí s poruchami duševního zdraví ve velkých nemocnicích, nahrazen ekologickým modelem - v souladu se směry psychiatrické reformy ve vyspělých zemích.

Preventivní opatření v oblasti ochrany duševního zdraví jsou zaměřena především na děti, dospívající, starší osoby a osoby, které jsou v situacích, které ohrožují jejich duševní zdraví. K těmto činnostem patří mimo jiné i vytváření zařízení pro rozvoj preventivních aktivit, především psychologického poradenství a specializovaných zařízení.

Zdravotní péče pro osoby s duševními poruchami se provádí jako součást základní a specializované zdravotní péče, zejména psychiatrické zdravotní péče - ve formě nouzové, ambulantní či denní péče, nemocniční a komunitní pomoci a péče v sociálních zařízeních.

Osoby využívající zdravotní péči poskytovanou psychiatrickou nemocnicí mají právo pomáhat při ochraně svých práv. Ochrana práv těchto osob patří veřejnému ochránci práv pacientů v psychiatrických léčebnách.

Rakousko

Právní úprava

Součástí legislativy v oblasti péče o duševní zdraví v Rakousku je „zákon nedobrovolného závazku“ z roku 1990, který byl novelizován v letech 1997, 2010 a 2017. S odkazem na tento zákon se pacienti s duševním onemocněním mohou dostavit na psychiatrické oddělení nebo budou umístěni nedobrovolně, pokud pacient trpí duševním onemocněním, které ohrožuje jeho život nebo zdraví, nebo život nebo zdraví ostatních.

V případě nedobrovolných závazků musí být pacient podroben vyšetření zvláštním lékařským personálem předtím, než je umístěn na psychiatrických odděleních. Pokud nejsou požadavky splněny, je zakázáno umístit osobu na psychiatrické oddělení.

Novinky v legislativě

Relevantní právní úprava – zákon o ochraně dospělých osob (Erwachsenenschutz-Gesetz) byla podstatně novelizována v roce 2017, s účinností od 1. července 2018.³

Všeobecné směry a trendy

Cílem nového zákona o ochraně dospělých je posílit sebeurčení osob, jejichž rozhodovací schopnost je ovlivněna duševním onemocněním. Autonomie osob, které nejsou schopny zvládat své osobní záležitosti, bude rozšířena, aby se mohly samy rozhodnout o svých osobních právech - co nejdéle, jak jen to bude možné. Pomoc budou poskytovat sociální organizace a organizace, které pracují s osobami se zdravotním postižením.

Slovensko

Právní úprava

Právní úprava péče o duševně nemocné je součástí všeobecné právní úpravy lékařské péče.

Novinky v legislativě

V posledních osmi letech nebyla na Slovensku přijata nová právní úprava nebo zásadní novela v oblasti péče o duševně nemocné.

Všeobecné směry a trendy

Co se týče hlavních změn v oblasti duševního zdraví, problematika týkající se dětské psychiatrie představuje vysokou prioritu ze strany vlády SR, také Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny SR (dále jen "MPSVaR SR"). Resort zdravotnictví by měl zajistit lůžka především pro potřeby poskytování dětské psychiatrické péče před umisťováním do resocializačního zařízení. Důvodem zřízení dětských psychiatrických lůžek je jejich nedostatek v rámci Slovenska. Podle zákona MPSVaR SR (zákon č. 305/2005 Z.z.) a vyjádření odborníků z oblasti psychiatrie a adiktologie hospitalizace pacientů na psychiatrickém pracovišti před umístěním v resocializačním zařízení by měla představovat nejméně 4 týdny. Další změnu v této oblasti bude představovat zřízení zvláštních oddělení s bezpečnostním režimem pro agresivní psychiatrické pacienty, protože v SR neexistuje oddělení s tímto statusem. Politika duševního zdraví na Slovensku je založena na třech základních strategických pilířích, kterými jsou: zlepšení zdraví obyvatelstva, zohledňování očekávání lidí, zajištění reálného financování. Cílem posledního pilíře je zajistit rovnost distribuce

³ Dostupné zde: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/l/2017/59/20170425?ResultFunctionToken=64b9764e-5679-4715-ad4d-9e904fc32ce7&Position=1&Abfrage=BgblAuth&Titel=ErwSchG&Bgblnummer=&SucheNachGesetzen=False&SucheNachKundmachungen=False&SucheNachVerordnungen=False&SucheNachSonstiges=False&SucheNachTeil1=False&SucheNachTeil2=False&SucheNachTeil3=False&VonDatum=01.01.2004&BisDatum=29.01.2018&ImRisSeitVonDatum=01.01.2004&ImRisSeitBisDatum=29.01.2018&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=>.

finančních zdrojů v různých geografických lokalitách, dostupnost základní medicíny a určení příslušného % pro duševní zdraví z celkového rozpočtu na zdravotnictví. Služby mají být pro všechny lidi dostupné bez ohledu na geografickou lokalitu, ekonomické postavení, rasové nebo sociální podmínky. SR se snaží o zajištění rovnocennosti služeb v oblasti duševního zdraví (nemocí) s ostatními službami zdravotnictví.

V rámci podpory nezávislého života a začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti vláda SR schválila dne 30. listopadu 2011 "Strategii deinstitucionalizace systému sociálních služeb a náhradní péče v SR" (dále jen "Strategie DI"), která představuje oficiální přihlášení se k celosvětovému trendu náhrady institucionální izolace a segregace lidí vyžadujících dlouhodobou pomoc a péči ve specializovaných zařízeních alternativním modelem sítě spolupracujících a vzájemně propojených sociálních služeb poskytovaných v integrovaných podmínkách místních komunit. Jde o potřebu zajištění sociálních služeb, které zajišťují jednotlivci nezávislý život, aktivitu a sociální participaci. Mezi hlavní úkoly Strategie DI patří:

- vytvoření právních podmínek pro podporu deinstitucionalizace v sociálních službách,
- příprava Národního akčního plánu přechodu z institucionální na komunitní péči v systému sociálních služeb,
- příprava Národního projektu podpory deinstitucionalizace služeb péče.

Dne 14. prosince 2011 schválilo MPSVaR SR „Národní akční plán přechodu z institucionální na komunitní péči v systému sociálních služeb na období 2011 – 2015“, který představuje základní plánovací a realizační dokument v oblasti transformace a deinstitucionalizace systému sociálních služeb. Národní akční plán přechodu z institucionální na komunitní péči v systému sociálních služeb na období 2016 - 2020 schválilo MPSVaR SR dne 24. listopadu 2016. V oblasti náhradní péče je hlavním strategickým dokumentem Koncepte zabezpečování výkonu soudních rozhodnutí v zařízeních sociálněprávní ochrany dětí a sociální kuratelou na roky 2016 - 2020, Plán transformace a deinstitucionalizace náhradní péče, kterou schválilo MPSVaR SR dne 29. května 2017.

V roce 2018 byla vládou schválena Aktualizace Národního programu podpory zdraví (NPPZ) a z něj vycházející Plán realizace úloh na roky 2017 - 2018 (pod gescí MZ SR), ve kterém jedna z definovaných úloh zní:

- Při poskytování sociálních služeb fyzickým osobám s duševními poruchami a poruchami chování utvářet podmínky pro rozvoj komunitní péče. Přijmout účinná opatření k zajištění začlenění do společnosti s největší možnou nezávislostí pro osoby s duševní nemocí a poruchami chování. Modelovat jednotný postup podpory orientace na komunitní služby.

Záměrem NPPZ je vytvořit takový systém péče o duševní zdraví, který na jedné straně umožní účinně posílit duševní zdraví, a tak předcházet duševním poruchám, a na straně druhé vede k osvobození lidí s duševní poruchou od izolace a paternalismu, ať už formou sociálního vyloučení z komunity nebo prohlubování závislosti od institucí. Tím se vytvoří předpoklady k tomu, aby lidé s duševními poruchami žili důstojně a kvalitním životem tak, jako ostatní populace v komunitě.

Do Plánu realizace úloh na roky 2017 - 2018 byly zahrnuty následující úkoly ohledně duševního zdraví ve školách a na pracovištích:

- Vytvořit legislativní i nelegislativní předpoklady pro zajištění zdravotní péče (medicínské diagnostiky, ambulantní a ústavní léčby) o děti, mladistvé osoby a zletilé fyzické osoby závislé na alkoholu, drogách nebo patologickém hráčství a o děti s poruchou chování v důsledku užívání alkoholu, drog nebo patologického hráčství, a to i v případě jejího

odmítnutí ze strany dětí a mladistvých, resp. nesouhlasu ze strany jejich zákonných zástupců.

- Uskutečnit preventivně - edukační kampaně se zaměřením na problematiku duševního zdraví a boj s duševními chorobami a prevenci sebevražd u dětí a dospělých s důrazem na rizika postabortivního syndromu.
- Realizovat projekt "Póla radí dětem":
Projekt zahrnuje workshopy s dětmi předškolních zařízení s cílem prevence úrazů a poskytnutí informací o škodlivosti nebezpečného chování a užívání škodlivých látek.
- Realizovat preventivní program "Chovej se normálně":
Preventivní program Policejního sboru pro cílovou skupinu žáků pátých ročníků základních škol, který plní nejen informační funkci (poskytuje informace např. o policejním sboru, jeho úkolech, o různých formách závislostí, předsudcích a rasismu, z dopravní problematiky, o lince důvěry atd.), ale zejména preventivní funkci (např. poskytuje konkrétní rady dětem jak se nestát obětí trestného činu, jak zvládnout určité zátěžové situace, kam se obrátit o pomoc, apod.).

Ohledně práv pacientů, detailně vypracovaná základní práva pacientů žijících na Slovensku jsou uvedena v Chartě práv pacientů v SR, která byla přijata v roce 2001. Charta práv pacientů vychází z její evropské podoby a je základním východiskem pro práva, o které se může pacient opírat, ale není právně závazná.

Postavení osob, které se starají o osoby s duševním onemocněním, by mělo být ošetřeno v novele zákona o sociálních službách pod gescí MPSVaR SR.

Estonsko

Právní úprava

Existuje zákon o duševním zdraví⁴, který upravuje postup a podmínky poskytování psychiatrické péče a vztahy se zdravotnickými zařízeními vyplývající z poskytování psychiatrické péče, zajišťuje povinnosti státu a místních samospráv v organizaci psychiatrické péče a upravuje práva osob při přijímání psychiatrické péče.

Zákon upravuje pravidla týkající se nedobrovolné psychiatrické péče, např. podle odstavce 2 článku 11 se nedobrovolná psychiatrická léčba uplatní pouze na základě rozhodnutí soudu a podle odstavce 4 čl. 11 bez soudního rozhodnutí nedobrovolná léčba může být poskytována pouze do 48 hodin po zahájení nedobrovolné hospitalizace.

Novinky v legislativě

V Estonsku prochází modernizací speciální systém péče, který je zaměřen na lidi, kteří kvůli své duševní zdravotní situaci potřebují poradenství, pomoc a dohled. Reorganizace speciální péče byla zahájena již v roce 2006, kdy byla zřízena nová ubytovací a servisní místa prostřednictvím podpory strukturálních fondů Evropské unie pro osoby se speciálními duševními potřebami.

V roce 2013 Ministerstvo sociálních věcí začalo připravovat Plán speciální péče a rozvoje dobrých životních podmínek na období 2014-2020, který je strategickým referenčním dokumentem pro rozvoj služeb speciální péče.⁵ Rozvojový plán je zaměřen na jednotlivce, flexibilnější služby a snižování systematického přístupu.

⁴ Zákon je v anglickém překladu dostupný zde: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/501022016017/consolide>.

⁵ V anglickém jazyce dostupné zde:

Obecným cílem plánu rozvoje zvláštní péče je zajištění rovných příležitostí dospělým osobám se zvláštními duševními potřebami pro seberealizaci a vysoce kvalitní služby zvláštní péče a sociální péče, které jsou v souladu se zásadami deinstitucionalizace.

Tři dílčí cíle k dosažení obecného cíle jsou následující:

- 1) zajištění rovných příležitostí pro dospělé se speciálními duševními potřebami k jejich seberealizaci;
- 2) zvláštní péče a sociální služby jsou v souladu se zásadami deinstitucionalizace;
- 3) zvláštní péče a sociální služby jsou vysoce kvalitní a nabízejí je kvalifikovaní a profesionální poskytovatelé služeb.

Zavedená opatření a ukazatele tří dílčích cílů jsou stanoveny v Plánu speciální péče a rozvoje dobrých životních podmínek a lze je nalézt přímo v dokumentu.

Všeobecné směry a trendy

Systém speciálních pečovatelských služeb získal velkou pozornost, aby poskytoval služby, které udržují a rozvíjejí dovednosti uživatelů v oblasti řešení problémů s nezávislým životem a jako zainteresovaný člen komunity, který považuje servisní proces za uživatelsky přívětivý a efektivní. Existuje několik společných evropských pokynů, které jsou dodržovány při přechodu z institucionálního systému na komunitní péči.

Organizace a poskytování služeb zvláštní péče upravuje zákon o sociálním zabezpečení.⁶ Speciální služby péče jsou stanoveny v rámci oddílu 3 zákona a služby zahrnují:

- služba podpory každodenního života (články 87-90);
- služba podpory zaměstnanosti (články 91-93);
- podpora živé služby (články 94-96);
- komunitní služba (články 97-99);
- 24hodinová služba zvláštní péče, a to i na základě rozhodnutí soudu (články 100-107).

Cílem služby každodenního života je nejlepší možné nezávislé zvládnutí a rozvoj člověka prostřednictvím podpory psychosociální péče, rozvíjení zvládnutí každodenních schopností a pracovních dovedností a poradenství lidem, kteří žijí blízko, a lidem žijícím společně s osobou. Existují dvě podkategorie této služby pro lidi, kteří potřebují větší dohled a podporu:

- služby pro dospělé s těžkým a hlubokým postižením s autistickým spektrem po dobu 120 hodin měsíčně (služba je poskytována maximálně šesti osobám v jedné skupině nejméně třemi zaměstnanci s odpovídajícím školením),
- denní péče a týdenní péče o dospělé s těžkou a hlubokou duševní poruchou, kteří nejsou schopni péče o děti (v případě potřeby je možné využít 24 hodin denně).

Cílem služby podpory zaměstnanosti je dohlížet a poradit osobě, aby podpořila její schopnost samostatně se vypořádat a zlepšovat kvalitu života při hledání zaměstnání odpovídající jejím schopnostem a během zaměstnání. Poskytovatel služeb podpory zaměstnanosti musí najít vhodnou práci pro osobu během jednoho roku od zahájení služby. Pokud daná osoba nepřijala žádnou práci, služba je ukončena.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/special_care_2014-2020.pdf.

⁶ V anglickém jazyce dostupné zde: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/516012018001/consolide>.

Podporovaná služba živobytí znamená podporovat sociální zvládnutí a integraci osoby spolu s dohledem v organizaci domácnosti a každodenního života, aby byla zajištěna nezávislost osoby, pokud žije samostatně.

Komunitní služba znamená vytvoření způsobu života podobného rodině, která je příznivá pro uspokojení základních potřeb a pro rozvoj člověka spolu s ubytováním a stravováním, aby se zvýšila schopnost člověka samostatně zvládnout a rozvíjet dovednosti organizování každodenních činností prostřednictvím účasti na společných činnostech. Služba je poskytována v ubytování nabízeném poskytovatelem služeb. Osoba žijící v komunitě musí platit za ubytování a stravu na vlastní náklady.

Pro osoby, které potřebují zvláštní péči, musí být připraven plán rehabilitace nebo posouzení psychiatra, který vysvětluje potřebu zvláštní péče. Žádosti o přijetí do služby zvláštní péče přezkoumává Rada sociálního pojištění.⁷

S cílem zlepšit dostupnost speciální péče je poskytování služeb průběžně analyzováno. Pokud není k dispozici volné místo u požadovaného poskytovatele služeb nebo není k dispozici dostatek zdrojů ve státním rozpočtu k tomu, aby osoba směřovala ke službě, případný manažer Sociální pojišťovny uvede osobu do fronty služeb. Informace o této službě lze získat od regionálního správce případů a tabulky speciální péče, aktualizované měsíčně. S cílem zlepšit dostupnost služeb předpovídá Sociální pojišťovna potřebu dodatečných zdrojů založených na skutečných potřebách služby, o které mají informace, a navíc berou v úvahu nově diagnostikované osoby s duševní poruchou. Je zkoumáno, ve kterých oblastech je nutné vytvořit servisní místa. Také se posuzuje, zda lidé, kteří v současné době využívají 24 hodinovou službu zvláštní péče, nezbytně potřebují tuto službu. V některých případech je možné zajistit živobytí s jinými sociálními službami, včetně služeb všeobecné péče.

Ústředním bodem deinstitucionalizace a komunitních služeb je zřizování a přizpůsobení menších jednotek poskytování služeb s až třiceti servisními místy v blízkosti centrálních sídel.

Cílem služby podpory zaměstnanosti, podporované služby živobytí a komunitních služeb je integrace lidí s duševními chorobami do společnosti.

V případě problémů souvisejících se školou (šikana, problémy s výkonem žáků, problémy s učiteli nebo žáky, atd.) je možné se obrátit na školního psychologa nebo sociálního pracovníka školy, jehož práce je podporovat rozvoj žáků ve škole, ve spolupráci s rodiči a pedagogy. Školní psycholog nebo sociální pracovník se může sám vypořádat s problémem nebo doporučit obrátit se na konzultaci s jiným specialistou (lékařem, psychologem, psychiatrem apod.).

Neexistuje žádný zvláštní psychiatrický ombudsman. Kancléř spravedlnosti dohlíží na několik institucí, včetně institucí sociální péče a zdravotnických zařízení (např. pečovatelské domy, dětské domovy, psychiatrické nemocnice), péče o děti a vzdělávací instituce (např. specializované školy pro děti se speciálními disciplinárními nebo zdravotními potřebami), další zařízení, jež neumožňují osobě, aby je opustila dle své svobodné vůle. Oddělení inspekcí kancléře spravedlnosti provádí inspekční návštěvy v psychiatrických léčebnách a domovech péče. Pokud osoba zjistí špatné zacházení, může se obrátit na kancléře spravedlnosti s žádostí o kontrolu činnosti této instituce nebo úředníka.

Stávající služby zvláštní péče pomáhají snižovat zátěž pečovatelů. Nové služby, například od počátku roku 2018 služby denní péče a týdenní péče pro dospělé s těžkou a hlubokou duševní

⁷ Stránky jsou dostupné v anglickém jazyce zde: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/en>.

poruchou, kteří nejsou schopni péče o děti (celodenní služba může být využita až 21 dní v měsíci, v případě potřeby). Existuje dávka pro opatrovníky, kterou poskytuje místní samospráva.

Finsko

Právní úprava a novinky v legislativě

Péče o duševní zdraví je ve Finsku upravena zákonem o zdravotní péči (*Terveydenhuoltolaki 1326/2010*)⁸ a zákonem o duševním zdraví (*Mielenterveyslaki 1116/1990*)⁹. Kromě toho několik dalších zákonů obsahuje relevantní ustanovení. Těmito zákony jsou zákon o postavení a právech pacientů (*Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992*)¹⁰, zákon o sociálním zabezpečení pro osoby se závislostí na návykových látkách (*Päihdehuoltolaki 41/1986*), zákon o příspěvku na rehabilitaci (*Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 566/2005*) a zákon o sociálním zabezpečení (*Sosiaalihuoltolaki 1301/2014*). Tyto zákony byly v poslední době měněny, ale neproběhla zásadní ucelená reforma nebo novela týkající se péče o duševní zdraví. Zákon o zdravotní péči nabyl účinnosti v roce 2011. Účelem zákona bylo zvýšit spolupráci mezi primární a speciální zdravotní péčí a posílit práva pacientů. Od roku 2014 mají podle zákona o zdravotní péči pacienti právo vybrat si jednotku zdravotnického střediska a specializovanou zdravotnickou jednotku mezi všemi veřejnými zdravotnickými středisky a nemocnicemi ve Finsku. Kromě toho byl zlepšen přístup k péči o duševní zdraví pro mladistvé a mladé dospělé. Hodnocení léčby a odborné posouzení u mladistvých a mladých osob (do věku 23 let) musí být provedeno do šesti týdnů od jejího předepsání. Léčba musí být poskytnuta během tří měsíců od předepsání. Od roku 2011 je rehabilitační psychoterapie zákonným právem, když jsou splněna určitá kritéria. Právo je upraveno v zákoně o příspěvku na rehabilitaci.

Všeobecné směry a trendy

Organizace zdravotnictví a sociálních služeb je povinností obcí. Městské sociální a zdravotní služby se zabývají prevencí poruch duševního zdraví, včasnou diagnostikou, léčbou a rehabilitací. Léčba využívá především ambulantní a primární sociální a zdravotní služby. Služby duševního zdraví jsou také organizovány v rámci specializované zdravotní péče na psychiatrických klinikách a v odděleních psychiatrické péče v nemocnicích.

Městské sociální služby zajišťují bytové služby, služby domova a rehabilitační pracovní činnosti pro osoby, které podstupují rehabilitaci v oblasti duševního zdraví. Mnoho obcí kombinuje služby duševního zdraví se službami pro uživatele návykových látek. Sociální a zdravotní služby spolupracují v otázce prevence a léčby problémů duševního zdraví a zneužívání návykových látek. Obce koordinují veřejné, nevládní a soukromé služby.

Deinstitucionalizace péče o duševní zdraví začala na konci 70. let minulého století. To vyvrcholilo v průběhu hospodářské recese v 90. letech. Proces deinstitucionalizace byl obecně kritizován, zejména změny, které byly provedeny během recese v 90. letech.

Péče o duševní zdraví ve Finsku byla vyvinuta společně s obecnou zdravotní péčí. V současné době vláda navrhuje rozsáhlou reformu zdravotní péče a sociálních služeb. Cílem této reformy je zvýšit svobodu volby pro pacienty / klienty. V rámci této reformy by povinnost organizovat zdravotní péči

⁸ Anglické znění je dostupné zde: <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2010/en20101326.pdf> (není pravděpodobně aktuální znění).

⁹ Anglická verze je dostupná zde: <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1990/en19901116.pdf> (není pravděpodobně aktuální verze).

¹⁰ Anglická verze je dostupná zde: <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf> (není pravděpodobně aktuální znění).

a sociální služby byla převedena z obcí do větších správních oblastí, nazývaných kraje. V budoucnu by těchto 18 krajů organizovalo zdravotní péči a sociální služby, včetně péče o duševní zdraví.

Více k reformě zdravotní péče a sociálních služeb zde: <http://alueuudistus.fi/en/frontpage>

Studie věnující se politice péče o duševní zdraví je k dispozici zde:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/220946/IMPROVIN.pdf?sequence=1>

Francie

Právní úprava

Existují zvláštní zákony i obecné zákony o veřejném zdraví, které se mohou týkat psychiatrie. V každém případě ve Francii platí zvláštní zákon o právech a ochraně osob, které jsou v psychiatrické péči, a o způsobech péče o ně.

Novinky v legislativě

Touto problematikou se francouzský parlament zabýval velmi obsáhle, zejména ve výboru pro sociální záležitosti Národního shromáždění během XIII. a XIV. volebního období (2007-2012, 2012-2017).

Ve XIII. volebním období parlament přijal zákon č. 2011-803 ze dne 5. července 2011 o právech a ochraně osob, které jsou v psychiatrické péči, a o způsobech péče o ně.¹¹

Nicméně Ústavní rada, na návrh *Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie* (CRPA, v doslovném překladu Kruh reflexe a návrhů opatření v oblasti psychiatrie), shledala protiústavními několik legislativních ustanovení v zákoně o veřejném zdraví upravujících péči o pacienty na oddělení pro obtížně/vážně nemocné (UMD) a hospitalizaci bez souhlasu osob zbavených trestní odpovědnosti na základě rozhodnutí prefekta (rozhodnutí č. 2012-235 QPC ze dne 20. dubna 2012), s účinností od 1. října 2013.

V zájmu dosažení souladu s rozhodnutím Ústavní rady přijal parlament návrh zákona (předloženého Národnímu shromáždění členy - tehdy většinového - poslaneckého klubu Socialistické strany) pozměňujícího některá ustanovení zákona č. 2011-803 ze dne 5. července 2011 o právech a ochraně osob, které jsou v psychiatrické péči, a o způsobech péče o ně.¹²

Navíc v prosinci 2015 přijal parlament zákon č. 2016-41 ze dne 26. ledna 2016 o modernizaci zdravotního systému, který obsahuje ustanovení vztahující se k duševnímu zdraví.¹³

Kromě své legislativní práce na třech výše zmíněných návrzích zákonů ustavil parlament v prosinci 2012 výbor pro sociální záležitosti Národního shromáždění, který je příslušným výborem pro tuto oblast, vyšetřovací komisi pro duševní zdraví a budoucnost psychiatrie. O rok později, v prosinci 2013, ukončila tato vyšetřovací komise svou činnost zveřejněním závěrečné zprávy.¹⁴

V této zprávě dospěla komise k závěru, že ustanovení o psychiatrické péči musí být reformována a za tímto účelem představila 30 návrhů, které shrnula takto: „*Organizace celé oblasti musí být*

¹¹ Dostupný na

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte=20180130> (ve znění platném ke dni 30. 01. 2018), http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/soins_psychiatriques.asp - kde je dostupná rekapitulace legislativního postupu v parlamentu.

¹² Zákon č. 2013-869 ze dne 5. července 2011, dostupný na

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629>

¹³ Dostupný na

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20180201>.

¹⁴ Dostupný na <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>.

přezkoumána a její úkoly definovány zákonem. Zlepšení péče o pacienty vyžaduje zkrácení doby stanovení diagnózy a usnadnění prvního přístupu k péči. Komise také navrhuje zlepšit odbornou přípravu praktických lékařů v oblasti duševních chorob, rozvíjet jejich spolupráci s psychiatry a zlepšit dostupnost zdravotnicko-psychologických center. Konečně musí dojít k vývoji v postavení uživatele, od pacienta k občanovi, posilováním demokracie v oblasti zdraví, což předpokládá zlepšení individuálních práv pacientů a větší účast uživatelů a jejich rodin."

15. února 2017 výbor pro sociální záležitosti publikoval hodnotící zprávu k zákonu přijatému v roce 2013 shrnující tři roky jeho aplikace.¹⁵

Zákon z 27. září 2013: legislativní rámec pro hospitalizaci bez souhlasu pacienta: lepší soudní kontrola opatření psychiatrické péče při detenci a poskytování psychiatrické péče bez souhlasu; vyjasnění a zefektivnění postupů pro psychiatrickou péči bez souhlasu.

Zákon z 26. ledna 2016: změny ve způsobu péče o osoby v psychiatrické péči bez souhlasu, dopad na práva pacientů - přístup k péči, kontinuita, rovnost pacientů ve zdravotnickém systému; právní rámec izolace a imobilizace; politika duševního zdraví a organizace psychiatrie mezi všemi zdravotními, sociálními a zdravotnicko-sociálními aktéry; zastoupení uživatelů; zdravotní výchova, terapeutické vzdělávání.

Všeobecné směry a trendy

Péče o pacienty s psychiatrickými problémy je organizována na místní úrovni s preferencí ambulantní péče. Od sedmdesátých let léčba duševního zdraví a psychiatrických problémů upřednostňovala integraci pacienta do společenského života, jeho resocializaci, s velkou převahou ambulantní péče – která tvoří podle statistik a studií ministerstva zdravotnictví až 75 % veškeré péče.

Zákon o ochraně veřejného zdraví rozlišuje tři odvětví:

- odvětví obecné psychiatrie, které pečuje o duševní zdraví populace starší šestnácti let,
- psychiatrické odvětví dětské a juvenilní (mladistvých), které řeší potřeby duševního zdraví dětí a dospívajících,
- odvětví psychiatrie ve věznicích, které pečuje o duševní zdraví vězňů v příslušných institucích.

Pouze nejzávažnější patologie jsou léčeny ve schválených psychiatrických zdravotnických zařízeních. Mohou být rozlišeny čtyři typy těchto zařízení: (1) specializovaná zařízení označovaná jako specializovaná nemocniční centra nebo veřejné instituce duševního zdraví, (2) všeobecné nemocnice, které poskytují psychiatrické služby, (3) nevýdělečná (tj. nezaložená za účelem dosahování zisku) soukromá zdravotnická zařízení zřizovaná ve veřejném zájmu („ESPIC“) a (4) soukromá zařízení založená za účelem dosažení zisku.

Kromě hospitalizace a ambulantní péče se lze setkat ještě se dvěma dalšími druhy péče: alternativami k hospitalizaci (např. hospitalizaci doma či v terapeutickém bytě) a pohotovostí.

¹⁵ Dostupná na <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>.

Itálie

Právní úprava a novinky v legislativě, všeobecné směry a trendy

V Itálii byl nedávno schválen Národní akční plán pro duševní zdraví: je to sdílený dokument mezi různými úrovněmi vlády (centrální: italské ministerstvo zdravotnictví a regionální/místní: Interregionální skupina pro duševní zdraví - GISM) ze dne 24. ledna 2013.

Cílem bylo systematicky a společně se vypořádat s mnoha kritickými aspekty tohoto odvětví, přičemž byly vymezeny cíle v oblasti zdraví pro obyvatelstvo, opatření a aktéři nezbytní k jejich dosažení, kritéria a ukazatele ověřování a hodnocení.

Plán identifikuje oblasti, které jsou považovány za prioritní a na které je možné orientovat konkrétní a diferencované projekty regionální a místní úrovně. Tyto oblasti předpokládají realizaci postupů péče schopné zachytit aktuální stav obyvatelstva, také obnovit organizaci a integraci služeb, pracovních metod a nabízených klinických programů. Rozpoznává vznik nových potřeb v měnícím se sociálním a zdravotním scénáři a jasně definuje kritické body, které je třeba řešit v oblasti duševního zdraví, a to jak v dospělosti, tak v dětství a dospívání.

Dokument uvádí některé oblasti potřeb:

- oblast včasného zásahu a začátku nemoci;
- oblast častých onemocnění s vysokým výskytem a prevalencí (deprese, úzkostné poruchy);
- oblast perzistentních a komplexních/těžkých poruch;
- oblast dětských a adolescentních poruch.

Dalšími oblastmi zájmu stanovenými v plánu jsou:

- poruchy nálady;
- prevence sebevraždy;
- poruchy osobnosti a poruchy stravovacího chování;
- poruchy autistického spektra;
- domácí psychiatrické léčby;
- problémy duševního zdraví přistěhovalců.

Zvláštní pozornost je také věnována oblastem integrace mezi službami, která je nezbytná pro zajištění kontinuity péče.

Vzhledem k tomu, že výše uvedený národní plán poskytl monitorovací systém, v prosinci 2016 Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo první zprávu o duševním zdraví¹⁶ na základě analýzy údajů (2015) od Informačního systému pro duševní zdraví (SISM), zvláštní centrální zdroj digitálních dat.¹⁷ Hlášení se řídila pokyny obsaženými v Evropském akčním plánu pro duševní zdraví na období 2013-2020, který vypracovala Světová zdravotnická organizace.

Byl schválen zvláštní zákon (L. 180/78, tzv. Legge Basaglia, odvozeno od navrhovatele) a následně sloučen do obecnějšího zákona o reorganizaci národního zdravotního systému (L. 833/78). Tento zákon poskytuje různé struktury koordinované v modelu oddělení (DSM):

- střediska duševního zdraví (CSM) pro denní zásahy na území;
- psychiatrické diagnostické a léčebné služby (SPDC) a denní služby (DH), které nabízí nemocnice;

¹⁶ Dostupné v italském jazyce zde: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2550_allegato.pdf.

¹⁷ Psychiatrickí uživatelé, kteří využívali odborné služby v roce 2015, dosáhli počtu 777 035 jednotek (poslední údaje, chybí pouze tři regiony) se standardizovanými sazbami od 107,73 na 10 000 dospělých obyvatel. V roce 2015, pacientů, kteří poprvé v průběhu roku přišli do styku s odděleními duševního zdraví (viz dále) bylo 369 569 jednotek, z toho 90,3 % mělo kontakt se službami poprvé v životě. Uživatelé jsou ženy ve 54,4 % případů, zatímco složení podle věku odráží stárnutí s velkým podílem pacientů starších 45 let (66,1 %).

- semi-rezidenční rehabilitační aktivity: tzv. denní centra (CD);
- rezidenční struktury (SR) rozdělené do léčebně rehabilitačních a sociálně rehabilitačních rezidencí.

Nabídka péče je doplněna univerzitními klinikami a soukromými ošetrovatelskými domy.

Dále prostřednictvím dlouho očekávaného dekretu o základních úrovních pomoci (LEA) (DPCM z 12. ledna 2017) byl uznán koncept duševního zdraví jako cesta péče, a to v důsledku složitosti a nutnosti integrace zásahů s úmyslem prostřednictvím propojených fondů národního Systému zdravotní péče zlepšit dostupnost péče a její kontinuitu. Trendem je směřovat k personalizaci péče a zajištění různých úrovní péče. Dále je snaha nabízet flexibilní služby orientované na potřeby lidí a aktivity ve skupině nebo v komunitě. V současné době je systém péče kryt dotacemi výše zmíněného italského oddělení duševního zdraví (DSM), které musí být přiměřené kvůli nízké účinnosti léčebných postupů (farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační) a terapeutické intervence. V současné době DSM nemůže poskytnout úplné pokrytí potřeb slabších částí populace, jako jsou bezdomovci a migranti.

Další legislativní zásah (Naléhavá vyhláška č. 211/2011 - zákon č. 9/2012) provedl nedávné uzavření OPG (psychiatrických soudních nemocnic) od roku 2015, které přeneslo značné množství odpovědnosti na provozovatele DSM vůči pacientům, kteří se dopouštějí trestné činnosti, umístěných ve speciálních zařízeních pro provádění bezpečnostních opatření (REMS), která jsou rezidenčními zařízeními s terapeuticky rehabilitačními a sociálně rehabilitačními funkcemi, s dočasným a výjimečně trvalým charakterem.

Neexistuje žádný zvláštní psychiatrický ombudsman.

Litva

Právní úprava a novinky v legislativě

Zásady a priority péče o duševní zdraví jsou stanoveny v zákoně o péči o duševní zdraví (poslední změny byly provedeny v roce 2005).

V dubnu 2007 byla schválena „národní strategie duševního zdraví“. Od přijetí nebyly provedeny žádné změny. Strategie zahrnuje širokou škálu zásad, priorit a doporučení. Hlavním cílem strategie je zlepšení duševního zdraví obyvatel prostřednictvím poskytování účinných a racionálně založených služeb duševního zdraví pacientům.

Zásady strategie jsou následující:

- zvláštní pozornost věnovaná lidským právům osob s mentálním postižením;
- moderní služby, které odpovídají potřebám pacientů;
- vyvážený rozvoj biopsychosociálního modelu;
- podpora zásad autonomie a účasti;
- případy společných poruch duševního zdraví by měly být řízeny primárními a jinými nesespecializovanými oblastmi péče;
- podpora duševního zdraví a prevence duševních poruch by se měla stát integrovanou součástí provádění obecných politik v oblasti zdraví, vzdělávání a sociální péče;
- posílení role pacientů a nevládního sektoru.

Strategie identifikuje hlavní výzvy pro její provádění, včetně nedostatečného financování, spolupráce mezi sektory a kvalifikovaných odborníků, jakož i socioekonomických nerovností.

Legislativa implementující národní strategii duševního zdraví:

- Program na implementaci národní strategie duševního zdraví 2008-2010 (schváleno vládou Litevské republiky v roce 2008).
- Interinstitucionální plán činnosti na období 2011-2013 pro provádění národní strategie v oblasti duševního zdraví (schváleno vládou Litevské republiky v roce 2011).
- Implementační strategie pro realizaci strategie duševního zdraví a akční plán prevence proti sebevraždě pro období 2016-2020 (schváleno ministrem zdravotnictví Litevské republiky v roce 2016).

Duševní zdraví, sociální deprivace a nerovnosti v oblasti zdraví jsou hlavními cíli litevské strategie v oblasti zdraví na období 2014-2025.

Všeobecné směry a trendy

Ministr zdravotnictví Litvy schválil od září 2015 samostatný tok finančních prostředků na úhradu služeb psychosociální rehabilitace (dále jen "PSR"). Aktualizovaný proces poskytování PSR je založen na důkazech a je zaměřen na snížení fragmentace a zlepšení pokrytí pacientů, kteří trpí duševními poruchami. V současné době mají pacienti nárok na 15 dní hospitalizace PSR a 12-25 návštěv ambulantní specializované péče. PSR bude poskytnuta podle individuálního plánu pacienta stanoveného psychiatrem a zahrnujícího multidisciplinární tým zdravotníků, včetně psychologů, zdravotních sester, ergoterapeutů a sociálních pracovníků.

V dubnu 2017 začal Národní fond zdravotního pojištění (dále jen "NHIF") vyplácet nemocnicím příspěvky na podporu duševního zdraví poskytované v tísňových odděleních pro pacienty, kteří utrpěli krizi duševního zdraví nebo se pokusili o sebevraždu. Další finanční prostředky jsou poskytovány pro psychodiagnostické hodnocení, naléhavou péči o duševní zdraví a léčbu poskytovanou psychiatrem nebo pediatrickým psychiatrem. Dříve tato služba nebyla NHIF odděleně hrazena a nemocnice se zdráhaly najímat specialisty v oblasti duševního zdraví k práci v případech nehody a mimořádné události, zatímco pacienti byli odkázáni na centrum duševního zdraví bez posouzení specialisty.

Poskytování služeb duševního zdraví v komunitě v Litvě bylo rozvíjeno postupně. Byly sníženy počty psychiatrických lůžek, na úrovni primární péče měla být zřízena centra duševního zdraví ve všech městských oblastech během období provádění reformy litevské péče o duševní zdraví. První centra duševního zdraví byla založena v roce 1996, v roce 2016 jejich počet dosáhl 155. Specialisté na duševní zdraví pracují v týmech složených z psychiatrů, psychiatrů pro děti a mládež, lékařských psychologů, sociálních pracovníků a zdravotních sester. Poskytování ambulantní péče v oblasti duševního zdraví na primární úrovni umožňuje přiblížit psychiatrickou péči obyvatelstvu a zlepšit kvalitu poskytovaných služeb. Od roku 2016 se počet obyvatel přidělených lékařským psychologům v zařízeních duševní péče snížil ze 40 tisíc na 20 tisíc. Kromě toho mají pacienti a jejich příbuzní přístup k lékařskému psychologovi (a každému odborníkovi na duševní zdraví, který poskytuje primární ambulantní péči o duševní zdraví) bez lékařského doporučení.

Od roku 2007 bylo zřízeno 40 psychiatrických zařízení (denní péče).

Fyzické a psychosociální dovednosti lidí s mentálním postižením jsou zlepšovány v denních centrech tím, že tato centra poskytují zdravotní a psychosociální služby, podporují autonomii, každodenní život, komunikaci, sociální a pracovní a komunikační dovednosti. Psychiatrické služby denní péče poskytují týmy specialistů sestávající z psychiatrů, psychoterapeutů, lékařských psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků.

Lotyšsko

Právní úprava a novinky v legislativě

V Lotyšsku neexistuje zvláštní zákon o péči o duševní zdraví. Péče o duševní zdraví je upravena zákonem o lékařském ošetření (kapitola „Duševní choroba“) a nařízením vlády č. 1529 „Postupy organizace a financování zdravotní péče“ (dále jen „nařízení č. 1529“).

V posledních letech došlo k určitým změnám v právním rámci pro nedobrovolné umístění psychiatrických pacientů. V roce 2014 byl zákon o lékařském ošetření upraven tak, aby zahrnoval zvláštní ustanovení týkající se práv civilních a nedobrovolně držených psychiatrických pacientů, použití izolace a jiných prostředků pro omezení (nový oddíl 69.1).

Ve vztahu k pacientům, kteří byli hospitalizováni v psychiatrických léčebných zařízeních bez jejich souhlasu, stejně jako k pacientům, jejichž léčba v psychiatrických léčebných zařízeních byla předepsána jako lékařské povinné opatření, jsou postupy a podmínky pro jejich držení upraveny nařízením kabinetu ministrů z 12. července 2016 č. 453 „Předpisy o podmínkách, v jakých by pacienti měli být omezeni, a objekty, které jsou zakázány v psychiatrických zařízeních“.

V roce 2010 vstoupil v platnost zákon o právech pacientů. Cílem tohoto zákona je poskytnout pacientovi příležitost uplatnit a chránit svá práva a zájmy, včetně ustanovení, že při zajišťování práv pacientů je zakázáno nerovné zacházení založené na zdravotním postižení a zdravotním stavu. Podle výše zmíněných změn v zákoně o lékařském ošetření má pacient, který je do psychiatrického léčebného ústavu přijat bez svého souhlasu, a pacient, u něhož bylo lékařské ošetření v psychiatrické léčebně stanoveno jako povinné opatření lékařského charakteru v trestním řízení, práva pacienta stanovená v zákoně o právech pacientů.

Všeobecné směry a trendy

Podle nařízení č. 1529 jsou chudí lidé, kteří jsou jako takoví shledáni v souladu se zákony a předpisy týkajícími se postupu, kterým se rodina nebo samostatně žijící osoba považují za chudé, a duševně nemocní lidé dostávající psychiatrické ošetření kryté ze státního rozpočtu, zahrnuti do kategorií obyvatel, kteří jsou osvobozeni od příspěvků pacientů (mohou bezplatně dostávat lékařské konzultace a některé zdravotnické služby).

V souladu s nařízením č. 1529, pokud pacient trpí duševním onemocněním, není nutné pro rodinného lékaře nebo specialistu obrátit se na psychiatra.

Ministerstvo sociální péče je odpovědnou institucí pro realizaci deinstitucionalizace a byl vydán akční plán pro deinstitucionalizaci na období 2015-2020 (s financováním EU).

Otázky duševního zdraví by měly být řešeny nejen mezi odborníky, ale i v silné kooperaci s celou společností. Dosud převládá institucionální péče o osoby s duševními poruchami a společností byla silně podporována.

Jednou z deinstitucionalizačních cílových skupin v plánovacím období 2014-2020 jsou dospělí s mentálním postižením, kteří žijí v obecní nebo státní instituci sociální péče.

Lotyšsko již má některé zkušenosti z deinstitucionalizace: skupinové domy, centra pro denní péči o osoby s mentálním postižením, domy na půli cesty. Každý rok se klienti přesouvají z institucí do komunitních služeb. V roce 2014 existovalo 82 středisek denní péče, z toho 23 ve městech a 59 v obcích. V současné době jsou centra denní péče o osoby s demencí stále populárnější. Několik obcí vyvinulo nové služby založené na IKT, tj. bezpečnostní tlačítka. Také týmy mobilní péče slouží k poskytování více diferencovaných služeb. Pokrytí těchto služeb je však nízké a teritoriálně nerovnoměrné.

V Lotyšsku neexistuje žádný zvláštní psychiatrický veřejný ochránce práv, avšak veřejný ochránce práv Lotyšské republiky provádí kontrolní návštěvy v institucích pro psychiatrické léčení.

Maďarsko

Právní úprava a novinky v legislativě

V Maďarsku neexistuje žádný speciální zákon o duševním zdraví, systém péče se považuje za specializovanou lékařskou oblast.

Ale od roku 2014 probíhají odborné konzultace na odborné a politické úrovni k tomuto tématu. V roce 2014 byl připraven odborný dokument s názvem „Program politiky duševního zdraví (2014-2020)“, který stanoví jednotný systém prevence a zdravotní péče, ale dosud nebyl zaveden.

Při neexistenci individuálního právního předpisu se na práva psychiatrických pacientů vztahuje zákon o zdraví (č. 154 z roku 1997). Kapitola X tohoto zákona obsahuje pouze zvláštní pravidla pro psychiatrickou péči. Podrobná pravidla pro povinnou péči nařízenou soudem jsou obsažena v trestním právu.

Psychiatrická léčba může být: dobrovolná, nouzová nebo povinná.

Nejdůležitější zákony a ustanovení týkající se oblasti duševního zdraví:

- Článek XX ústavy říká: každý má právo na fyzické a duševní zdraví;
- Zákon č. 154 z roku 1997 o zdravotní péči - oddíl č. X o léčbě a péči o psychiatrické pacienty;
- Zákon č. III z roku 1993 o sociálním řízení a sociálních službách;
- Vyhláška 60/2004 ESzCsM o poskytování péče psychiatrickým pacientům v institucích a pravidlech použitelných při omezujících opatřeních (naposledy upravená v roce 2014).

Všeobecné směry a trendy

Hlavní principy regulace

- léčba psychiatrických pacientů se řídí obecnými pravidly zdravotní péče;
- psychiatrická léčba je povinná v případě ochrany života a majetku;
- při povinné léčbě (což znamená omezení osobní svobody a svobody pohybu) je ochrana práv pacientů silně odůvodněná (například držení v zařízení se provádí pod právní kontrolou soudu);
- rozsah a doba trvání povinných ošetření a omezení by měla být minimalizována na minimum požadované odborníkem;
- omezující léčba nesmí být použita k zastrašování nebo trestu;
- omezení práv pacientů může být pouze ve zvláštních situacích, jako je: povinná léčba nebo transport pacienta nebo z důvodu chování pacienta;
- omezení může trvat pouze a může být takového rozsahu a povahy, které je naprosto nezbytné k odvrácení nebezpečí;
- stát musí zajistit návrat pacientů do společnosti (fyzicky i duševně);
- během léčby v instituci musí stát zajistit majetky, domovy a osobní věci těch, kteří jsou léčení.

Všichni psychiatričtí pacienti mají nárok na:

- aby byla psychiatrická péče vykonávána co nejméně nepříjemnou a nevýhodnou metodou,
- použití omezujících opatření v průběhu léčby může být použito pouze v odůvodněných případech,
- psychiatrická léčba má být vykonávána v rodině nebo v obytném prostředí.

Omezující metody, které lze použít v péči o pacienta:

- psychické omezení: výzva k tomu, aby psychiatrický pacient přestal ohrožovat svým chováním, je to varování;

- fyzické omezení: jako zamezení psychiatrickému pacientovi ve volném pohybu;
- chemické nebo biologické omezení: použití léčivého přípravku z důvodu eliminace bezprostředního rizika.

Některé otázky a problémy:

- Ombudsman při několika příležitostech, Státní kontrolní úřad v roce 2012, Evropský úřad WHO v roce 2013 odhalily, že nabídka občanům je nedostatečná.
- Jedná se o vysoce zdůrazněné téma, protože v současné době chybí psychiatrie a dětská a mládežnická psychiatrie (podle zprávy není neobvyklé, že jeden den odborník má 40 pacientů).
- Dalším problémem je ukončení ústředního (národního) institutu v roce 2007 (s 849 lůžky).
- V Maďarsku není žádný zvláštní psychiatrický veřejný ochránce práv. Ale veřejný ochránce práv pracuje také na sledování stavu léčebných institucí a pro ochranu práv pacientů. Výsledky šetření veřejného ochránce práv jsou veřejně dostupné ve formátu zprávy (například zpráva ombudsmana v roce 2017).
- Psychoterapeutická léčba: sociální potřeby jsou pro tyto formy léčby výborné, jejich dostupnost je velmi omezená, protože stát tento druh léčby téměř nefinancuje. Z tohoto důvodu můžete získat přístup k soukromým objednávkám.
- Financování léčby psychiatrických onemocnění - ambulantní i lůžkové - je nedostatečné; instituce trpí výrazným finančním deficitem, což znamená, že nemohou plnit své povinnosti.

Další informace

Další informace jsou dostupné v anglickém jazyce zde: Kurimay, T., Vizi, J. Mental health law in Hungary, in International Psychiatry, Vol. 10, no. 3, srpen 2013, dostupné zde:

<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E89BAD85214C16905F41FE8E2441724C/S174936760000388Xa.pdf/div-class-title-mental-health-law-in-hungary-div.pdf>.

Nizozemsko

Právní úprava

Nizozemský systém zdravotní péče spočívá v systému stanoveném v nizozemském zákonu o zdravotním pojištění (Zorgverzekeringswet, 16. června 2005), který se skládá ze tří stupňů:

1. GP-care a POH-GGZ
2. Všeobecná základní péče o duševní zdraví
3. Specializovaná péče o duševní zdraví

Tyto tři stupně by měly tvořit vakuum, ve kterém správná péče začíná na správném místě. Stížnosti bez kvalifikace DSM (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) v GP a POH-GGZ ("praktický asistent pro péči o duševní zdraví"). Slabé a středně těžké, nekomplexní poruchy v rámci obecné základní duševní péče. A složitější a rizikovější poruchy v rámci specializované duševní péče.

GGZ Nederland (Nizozemská asociace pro péči o duševní zdraví a závislost) je odvětvová organizace specializovaných poskytovatelů péče o duševní zdraví a závislosti v Nizozemsku. Cílem společnosti GGZ Nederland a jejích členských organizací je zajistit dostupnost vysoce kvalitní, přístupné, cenově dostupné a udržitelné péče o duševní zdraví. Více než 100 členských organizací nabízí širokou škálu cenných služeb veřejnosti, od podpory duševního zdraví, prevence a primární péče o duševní zdraví až po pomocný nezávislý život, chráněné bydlení, ambulantní péči o duševní zdraví, klinickou psychiatrickou a forenzní ústavní péči.

Poskytovatelé duševní péče nabízejí poradenství, léčbu a podporu osobám s různými duševními problémy nebo psychiatrickými poruchami, jako jsou úzkostné poruchy, deprese, závislost, agrese nebo schizofrenie. Příčiny a projevy těchto problémů se značně liší, což vyžaduje mnoho různých typů poskytovatelů péče o duševní zdraví. Někteří poskytovatelé péče o duševní zdraví a závislost se specializují na konkrétní poruchu, jiní poskytují řadu služeb v pečovatelských formách, obvykle nabízejí prevenci, primární péči o duševní zdraví, ambulantní (specializovanou) péči, akutní nemocniční zařízení a dlouhodobou pobytovou péči.

Další informace

Tyto články a publikace důkladně popisují nizozemský systém duševního zdraví:

- Článek „Základní kameny péče o duševní zdraví“ z roku 2013 analyzuje přechod systému péče o duševní zdraví v posledním desetiletí a analyzuje tento přechod z pohledu nedávných politik WHO a EU (duševního zdraví):
<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Nas%20en%20Van%20Geldrop%20%282013%29%20Cornerstones%20of%20Mental%20Health.pdf>
- Evropská observatoř zdravotnických systémů a politik zveřejnila v roce 2010 komplexní přehled nizozemského systému zdravotnictví:
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf
- V roce 2014 zveřejnila Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) pracovní dokument s důkladným popisem nizozemského systému duševního zdraví a zprávy Mentální zdraví při práci: Nizozemsko:
<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/OECD%202014%20MhAP%20The%20Netherlands.pdf>,
<http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-netherlands-9789264223301-en.htm>
- Pro probíhající politiky duševního zdraví je tento dokument dobrým úvodem:
<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Key%20figures%20Dutch%20specialist%20mental%20health%20care.pdf>
- „Péče práce 2.0 (2012)“ je odpovědí společnosti GGZ Nederland na rostoucí tlak na systém duševního zdraví:
<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/20121029%20Care%20Works%202012%20EN.pdf>
- „Národní smlouva o budoucnosti duševní péče“ je výsledkem jednání mezi nizozemskou vládou, GGZ Nederland a osmi dalšími zainteresovanými stranami. Jedná se o nizozemskou politiku duševního zdraví na období 2012-2017:
<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/National%20Agreement%20on%20the%20Future%20of%20Mental%20Health%20Care.pdf>

Dva inovativní postupy si zasluhují zvláštní pozornost, a proto dvě 2-stránky informačních letáků o elektronickém zdraví a transparentnosti:

<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/20130514%20Factsheet%20eHealth.pdf>
<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Performance%20Indicator%20System%20Dutch%20Mental%20Health%20Care.pdf>

Portugalsko

Právní úprava a novinky v legislativě

V Portugalsku během posledních 8 let neproběhla zásadní změna v oblasti právní úpravy péče o duševně nemocné.

V Portugalsku existuje speciální právní úprava týkající se péče o duševně nemocné:

- Zákon č. 36/98 o duševním zdraví, novelizovaný v roce 1999 zákonem č. 101/99
- Nařízení č. 149/2011 ze dne 8. dubna 2011 – stanoví národní regionální a místní koordinaci jednotek a týmů poskytujících integrovanou péči o duševní zdraví
- Prováděcí vyhláška č. 22/2011 ze dne 10. února 2011 - objasňuje podmínky občanskoprávní odpovědnosti jednotek, týmů a pracovníků integrované sítě péče o duševní zdraví
- Prováděcí vyhláška č. 8/2010 ze dne 28. ledna 2010 - vytváří soubor jednotek a týmů integrované péče o duševní zdraví pro osoby s těžkým duševním onemocněním vedoucím k psychosociální neschopnosti a osoby, které jsou v situaci závislosti
- Prováděcí vyhláška č. 304/2009 ze dne 22. října 2009 - druhá změna k zákonu č. 35/99 ze dne 5. února 1999, který stanoví hlavní zásady organizace, řízení a hodnocení služeb v oblasti duševního zdraví
- Usnesení Rady ministrů č. 49/2008 - schvaluje Národní plán duševního zdraví (2007-2016)
- Pokyny: Generální ředitelství pro zdravotnictví - regulační oběžník 08 / DSPSM DSPCS - preventivní opatření agresivního/násilného chování pacientů - fyzická ochrana, ze dne 25. 5. 2007

Všeobecné směry a trendy

Ústava Portugalské republiky obsahuje právo na život a morální a fyzickou integritu (články 24 a 25), právo na svobodu (článek 27) a základní právo na ochranu zdraví, chápané nejvíce jako fyzická, duševní a sociální vrstva (článek 71).

Ve zvláštním režimu ochrany duševních nemocí je zdůrazněna zásada zvláštní ochrany zranitelnosti, která zahrnuje následující předpoklady:

- Stejná práva;
- Posílení práv udělených s ohledem na stav křehkosti a zranitelnosti a nemoci a neschopnost realizovat práva v různých kontextech.

V rámci poskytování zdravotní péče vychází tato zásada ochrany zranitelnosti ze zásad zakotvených v Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a biomedicíny schválené Rezolucí Valného shromáždění OSN č. 1/2001 ze dne 3. ledna 2001.

Duševní onemocnění je jednou z nejnáročnějších otázek, kterým portugalská společnost čelí v její schopnosti zvládnout rozdíly, integrovat péči o závislé osoby a organizovat se sama za účelem zmírnění utrpení těchto lidí a rodin.

Deinstitucionalizace duševních nemocí je stále více využívaným prostředkem humanizace léčby a vztahů osob s diagnózou závažných duševních chorob mezi institucemi, rodinami a sociálním kontextem (školní, pracovní a sociální sítě).

Je zapotřebí zásah, již obsažený ve výše zmíněných právních předpisech, zaměřený na sociální blaho, sociální integraci a autonomii těchto lidí.

Rumunsko

Právní úprava a novinky v legislativě

Zákon č. 487/2002 o duševním zdraví a ochraně osob s duševními poruchami, novelizovaný v roce 2012, a Metodické normy pro aplikaci tohoto zákona. Tento zákon upravuje:

- podporu a ochranu duševního zdraví a prevenci duševních chorob;
- organizaci a fungování zdravotnických služeb a péče;
- hodnocení duševního zdraví;
- práva lidí s duševními poruchami;
- dobrovolnou / nedobrovolnou internaci;
- financování zdravotnických služeb atd.

Všeobecné směry a trendy

Podle zákona je duševní zdraví základní složkou individuálního zdraví a je základním cílem politiky veřejného zdraví. Ministerstvo zdravotnictví je příslušným orgánem pro organizaci a kontrolu práce na ochranu duševního zdraví obyvatelstva. Ministerstvo zdravotnictví zpracovává Národní program duševního zdraví a profylaxe v psychiatrické patologii podle zdravotních požadavků obyvatelstva.

V rámci Národního programu duševního zdraví a profylaxe v psychiatrické patologii Ministerstva zdravotnictví Národní centrum duševního zdraví a protidrogové péče s poradním hlasem Pediatrické psychiatrické komise Ministerstva zdravotnictví navrhuje a monitoruje programy pro včasné odhalení psychiatrických poruch významné pro sociální a ekonomické a duševní zdraví v obecné populaci. Posuzování duševní kapacity se provádí do 6 až 12 měsíců podle právních předpisů specifických pro odvětví činnosti a provádí se prostřednictvím středisek pro duševní zdraví pohledem odborníků v oblasti pracovního lékařství.

Opatření na podporu a ochranu duševního zdraví a prevenci duševních chorob jsou aktivní, integrované, multidisciplinární, zahrnující účast jednotlivce, rodiny a komunity.

Lékařská péče a primární péče o duševní zdraví jsou součástí zdravotní péče, a to jak v ambulantní psychiatrické síti, tak u rodinného lékaře. Psychiatrickí pacienti, kteří jsou monitorováni systémem ambulantní péče, bez ohledu na sociální status, který mají, využívají bezplatnou lékařskou péči a bezplatné léky od Národního fondu zdravotního pojištění.

Specializované služby duševního zdraví jsou prováděny prostřednictvím následujících struktur:

- a) centrum duševního zdraví;
- b) psychiatrická ordinace, evaluační kancelář, psychologické a psychiatrické poradenství, psychoterapie a logopedie;
- c) krizové intervenční centrum;
- d) služby domácí péče;
- e) psychiatrická nemocnice;
- f) denní péče;
- g) psychiatrické oddělení v obecné nemocnici;
- h) styční psychiatři v obecné nemocnici;
- i) střediska sociální regenerace a reintegrace;
- j) chráněné dílny a byty;
- k) poradenské centrum pro domácí násilí.

K zajištění kvality péče musí služby duševního zdraví splňovat následující podmínky:

- a) být geograficky přístupné prostřednictvím rozumného přidělení jednotek veřejného sektoru na území;

- b) zajistit kontinuitu péče a pokrýt rozmanitost potřeb pro posuzování, léčbu, rehabilitaci a opětovné začlenění lidí s duševními poruchami;
- c) zajišťovat a rozvíjet modely komunitní péče;
- d) mít v dostatečném množství dostatečný počet lékařských a pomocných pracovníků a podléhat procesu průběžného školení;
- e) mají zařízení a vybavení, která umožňují přiměřené a aktivní hodnocení a postupy terapie, aby poskytovaly komplexní péči v souladu s mezinárodními standardy;
- f) zajistit použití terapeutických metod, které pomáhají obnovit, udržovat a rozvíjet schopnost pacientů samostatně se chovat;
- g) umožnit výkon práv občanů a práv vyplývajících z kvality pacienta, s výjimkou situací stanovených platnými právními předpisy;
- h) respektovat soukromí osoby s duševními poruchami;
- i) respektovat a přizpůsobit se náboženskému a kulturnímu přesvědčení lidí s duševními poruchami;
- j) zajistit přístup pacientů k procesu hodnocení péče.

Péče o kteroukoli osobu s psychiatrickými poruchami je poskytována v nejméně omezujícím prostředí tím, že se aplikují co nejméně omezující postupy, aby respektovaly tělesnou a duševní integritu osoby při plnění jejích zdravotních potřeb a potřebu zajistit fyzickou bezpečnost ostatních. Účelem péče o každou osobu s duševními poruchami je obhajovat a posilovat osobní autonomii.

Nevládní organizace musí splňovat tyto podmínky:

- a) oblast duševního zdraví nebo lidských práv se nachází v prvních třech cílech statutu organizace;
- b) prokázat, že pracovala minimálně 10 let v oblasti duševního zdraví nebo lidských práv;
- c) být zřízena podle zákona.

Osoby jmenované nevládní organizací k návštěvě psychiatrických zařízení musí splňovat tyto podmínky:

- a) prokázat absolvování vysoké školy s bakalářským studiem v oblasti medicíny, práva, psychologie, sociologie nebo sociální pomoci;
- b) nemají záznam v trestním rejstříku;
- c) mají plnou výkonovou kapacitu;
- d) mít alespoň 5 let seniority jako zaměstnanec organizace.

Jakákoli forma diskriminace na základě rasy, národnosti, etnického původu, jazyka, náboženství, pohlaví, sexuální orientace, názoru, politické příslušnosti, přesvědčení, majetku, společenského původu, věku, zdravotního postižení, chronické kontaminace, infekce HIV/AIDS kritéria je zakázána. Porušení těchto ustanovení je trestné podle trestního práva.

Řecko

Právní úprava

V Řecku byla v roce 2017 přijata nová právní úprava týkající se reformy správy péče o duševně nemocné. Tato reforma byla provedena zákonem č. 4461/2017. Kromě tohoto zákona je péče o duševně nemocné upravena speciálním zákonem o duševním zdraví z roku 1999 (2716/1999), který zavedl rámec komunitního systému péče o duševní zdraví a řadu komunitních služeb duševního zdraví.

Novinky v legislativě

Hlavní směry zákona přijatého v roce 2017 souvisejí s posilováním sektorizace, decentralizací státní správy služeb a ochranou práv osob s duševními problémy.

Všeobecné směry a trendy

Lepší dostupnost péče o duševní zdraví

Vzhledem k rozvoji komunitních služeb v oblasti duševního zdraví v posledních třech desetiletích existuje lepší distribuce a přístup k péči o duševní zdraví v celé zemi. Nicméně stále existují nedostatečné odborné služby v oblasti duševního zdraví (např. služby týkající se dětí, demencí a autismu).

Deinstitucionalizace péče o duševní zdraví

Byly zrušeny čtyři psychiatrické léčebny a zbývající čtyři dramaticky snížily kapacity. Většina pacientů s chronickým duševním onemocněním sídlí v rezidenčních komunitních službách duševního zdraví.

Poskytování komunitních služeb v oblasti duševního zdraví

Existuje rozsáhlá celostátní síť komunitních služeb duševního zdraví, které poskytují terapeutickou a psychosociální péči (psychiatrické oddělení v obecných nemocnicích, komunitní centra duševního zdraví, centra denní péče), rezidenční péče (penziony, ubytovny a chráněné byty, družstva).

Integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti

Neexistuje žádné výrazné zlepšení týkající se profesní integrace osob s duševním onemocněním. Nicméně, stigma související s duševním onemocněním a celoživotní umístění v izolaci se snížily.

Duševní zdraví na pracovištích, školách

Speciální pedagogičtí pracovníci podporují integraci dětí s mentálním postižením a problémy s učením v běžných školních zařízeních, zatímco neexistuje žádná specifická politika nebo legislativa na podporu duševního zdraví na pracovišti.

Zvyšování práv pacientů (nedobrovolně držených osob), např. psychiatrický veřejný ochránce práv Řecko ratifikovalo Úmluvu o ochraně práv osob se zdravotním postižením a byl zřízen Výbor pro sledování ochrany práv pacientů. Do konce roku 2018 bude zavedena nová legislativa na ochranu práv pacientů nedobrovolně hospitalizovaných.

Osoby, které se starají o osoby s duševním onemocněním

Existují právní předpisy týkající se náhradní péče o osoby s duševním onemocněním, ale její poskytování je nedostatečné.

Slovinsko

Právní úprava a novinky v legislativě

Národní shromáždění Republiky Slovinsko přijalo zákon o duševním zdraví v roce 2008. Zákon o duševním zdraví (Úřední věstník RS, č. 77/08) poskytuje legislativní rámec pro národní strategii v oblasti duševního zdraví, pokud definuje odpovědnost vlády a poskytovatelů zdravotní péče. Hlavní pozornost se věnuje právní ochraně a komunitním přístupům k duševně nemocným pacientům.¹⁸

Ústavní soud Slovenské republiky (na žádost veřejného ochránce práv pro lidská práva) na svém zasedání dne 10. června 2015 zrušil část zákona o duševním zdraví. Zrušuje se druhá věta druhého

¹⁸ Více info zde: <http://hpm.org/si/a12/2.pdf>.

odstavce článku 74, a to ustanovení, že jménem osoby, která byla zbavena své způsobilosti uzavírat smlouvy, je souhlas s přijetím na bezpečném oddělení dán zákonným zástupcem. Rovněž zrušil třetí větu třetího odstavce článku 74 tohoto zákona, tj. ustanovení, které upravuje, že pouze takový zákonný zástupce osoby v bezpečném oddělení může kdykoli tento souhlas odvolat nebo požádat, aby byla osoba propuštěna z oddělení.

Ústavní soud rozhodl o způsobu zajištění soudní kontroly zbavení svobody osobám, které byly zbaveny způsobilosti k uzavírání smluv, až do vzniku nového předpisu nebo do doby, než rozhodnutí vstoupí v platnost, a rozhodl rovněž o zřízení instituce sociální péče pro všechny stávající případy osob, které byly zbaveny způsobilosti k uzavírání smluv a byly přijaty k zajištění ochrany na základě stávající právní úpravy.¹⁹

Kromě této změny neprošla ve Slovinsku právní úprava péče o duševně nemocné žádnou rozsáhlou změnou. 25. ledna 2018 vláda přijala návrh usnesení o Národním programu duševního zdraví 2018 – 2028, který je nyní v legislativním procesu v parlamentu. Toto usnesení je strategickým dokumentem v oblasti duševního zdraví.²⁰

Všeobecné směry a trendy

Leptší dostupnost péče o duševní zdraví a deinstitucionalizace péče o duševní zdraví

Návrh usnesení o Národním programu duševního zdraví 2018-2028 vytváří veřejnou síť zařízení duševního zdraví pro děti a mládež, dospělé a seniory pro interdisciplinární léčbu na místní úrovni, včetně mobilních týmů, které poskytují komunitní léčbu v místním prostředí pro osoby s poruchami duševního zdraví. V centrech zdravotní péče bude na základě stávajících „klinik pro duševní hygienu“ zřízeno 25 středisek pro děti, mládež a rodiny s mentálním postižením a 25 center duševního zdraví pro dospělé.

Poskytování komunitních služeb duševního zdraví

Zákon o duševním zdraví definuje v článku 91 službu / léčbu v komunitě jako pomoc lidem, kteří nepotřebují více léčby v psychiatrické léčebně nebo léčbu pod dohledem, ale potřebují pomoc při psychosociální rehabilitaci, plní každodenní úkoly, řídí životní podmínky a zapadají do každodenního života na základě plánu léčby.

V návrhu usnesení o národním programu pro duševní zdraví 2018-2028 se také vymezuje, že potřeby lidí v místním prostředí lze účinně řešit prostřednictvím komunitního přístupu, kterého se účastní různé zúčastněné strany (vzdělávání a odborná příprava, sociální záležitosti a rodiny, zdravotní péče, sdružení a jednotlivci, uživatelé různých služeb atd.).

Integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti

Slovinská legislativa v posledních letech dodržovala moderní evropské trendy směřující k vytvoření systému zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Například zákon o odborné rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením (2007) zavádí zaměstnanost založenou na kvótách nebo sociální začlenění do podpůrného zaměstnání i pro osoby s duševním onemocněním.

¹⁹ Více informací zde: <http://odlocitve.us-rs.si/en/odlocitev/AN03775> a zde: <http://www.varuh-rs.si/media-centre/work-and-news/news/detajl/the-constitutional-court-repealed-the-provisions-of-the-mental-health-act-at-the-ombudsmans-reque/?L=6&cHash=8a1b2ef9388ed5ebf7a6290cad41f644>.

²⁰ Více info zde:

http://www.vlada.si/en/media_room/government_press_releases/press_release/article/165th_regular_session_of_the_government_of_the_republic_of_slovenia_60918/.

Duševní zdraví na pracovištích, ve školách

Zákon o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (2011) stanoví práva a povinnosti zaměstnavatelů a pracovníků, pokud jde o zdravou a bezpečnou práci, a opatření k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci s cílem zachovat a zlepšit fyzické a duševní zdraví pracovníků. Existují také národní programy na podporu zdraví na pracovišti.

Existují také aktivity na podporu duševního zdraví ve školním prostředí. Například účelem programu Národního institutu veřejného zdraví Republiky Slovinsko je podpora duševního zdraví ve škole. Ve Slovinsku je od roku 1993 také Slovinská síť zdravotnických škol, v současné době s 324 institucemi (257 základních škol, 60 středních škol, 7 rezidenčních zařízení pro studenty). Školy fungují podle zásad Evropské unie sítě škol pro zdraví v Evropě (síť SHE). Dlouhodobým cílem je přeměnit všechny školy na školy, které aktivně a komplexně podporují zdraví ve svém prostředí.²¹

Posílení práv pacientů (nedobrovolně držených osob), např. psychiatrický veřejný ochránce práv
Zákon o duševním zdraví stanoví v článku 3, že jakákoli forma diskriminace založená na duševním zdraví / poruchách je zakázána. Musí být zajištěna ochrana osobní důstojnosti, dalších lidských práv a základních svobod, individuální zacházení a rovný přístup k zacházení.

Na základě článku 26 zákona o duševním zdraví jmenuje ministr práce, rodiny a sociálních věcí po předchozím souhlasu ministra zdravotnictví zástupce práv osob v oblasti duševního zdraví. Musí být rovněž určena psychiatrická nemocnice, na jejímž území působí zástupce.

Osoby, které se starají o osoby s duševním onemocněním

Ve Slovinsku byla v roce 2004 zavedena legislativa (zákon o sociální pomoci) asistenční služby pro domácí péči. Asistenti domova jsou osoby poskytující požadovanou pomoc osobě se zdravotním postižením. Pomocníkem může být osoba, která žije ve stejném trvalém bydlišti jako osoba s postižením nebo jeden z jeho rodinných příslušníků. Asistent může být osobou, která se kvůli tomu, aby se stala asistentem pro domácí péči, odhlásila z registru nezaměstnaných nebo opustila trh práce. Asistent péče o domácnost může být také osoba zaměstnaná na částečný úvazek.

Asistent domácí péče má nárok na:

- částečnou platbu za ztrátu příjmu ve výši minimální mzdy nebo poměrné části platby za ztrátu příjmu;
- asistent domácí péče je kryt povinným důchodovým pojištěním, pojištěním proti nezaměstnanosti a ochranou rodičů.²²

Osoby, které se starají o osoby s duševním onemocněním, mají také nárok na dávky podle ustanovení zákona o sociálních dávkách (2010), (příspěvek na péči o dítě, příspěvek na ošetřovatelskou péči, doplňkový příspěvek na vyrovnávání zdrojů atd.).

V současné době je ve veřejné diskusi návrh zákona o dlouhodobém zacházení, pojištění dlouhodobé péče a osobní pomoci. Zavádí novou formu sociálního pojištění v oblasti dlouhodobé péče, která by měla být povinná, veřejná a nezisková a měla by zahrnovat všechny ty, kteří jsou povinně pojištěni v Republice Slovinsko. Návrh zákona rovněž předpokládá zavedení nového profilu služby dlouhodobé péče - koordinátora dlouhodobé péče a také předpokládá změny v organizaci sociální práce. Uživatel bude moci vstoupit do systému prostřednictvím „jediných dveří“ (komplexnější přístup k dlouhodobé péči) atd.

²¹ Více informací dostupných zde:

http://www.mz.gov.si/en/areas_of_work_and_priorities/public_health/healthy_lifestyle/promoting_health_in_educational_institutions/.

²² Více informací dostupných zde: http://www.mddsz.gov.si/en/areas_of_work/social_affairs/home_care_assistant/.

Spojené království

Zdravotní politika ve Velké Británii je v Anglii, Skotsku, Walesu a Severním Irsku odlišná, neboť zdravotní péče je decentralizovanou oblastí politiky.

Anglie

Právní úprava a novinky v legislativě

Legislativa o organizaci Národní zdravotní služby (NHS) a o způsobu zadávání a poskytování zdravotní péče zahrnuje poskytování péče o duševní zdraví. Hlavním legislativním základem pro zdravotní péči v Anglii (včetně duševního zdraví) je zákon o zdravotních službách z roku 2006 (který byl od roku 2006 několikrát změněn).²³

Existují však i samostatné právní předpisy v oblasti duševního zdraví, které se většinou týkají pacientů zadržovaných pro psychiatrické léčení bez jejich souhlasu. Legislativní základ pro toto je zákon o duševním zdraví z roku 1983 (který byl později změněn - viz níže). Pacienti, kteří dostávají léčbu duševního zdraví, na které se dohodli nebo se kterou souhlasili, nejsou touto legislativou pokryti.

Zákon o duševním zdraví z roku 1983 se vztahuje pouze na pacienty, kteří mají schopnost souhlasit nebo odmítnout léčbu. Pacienti, kteří postrádají duševní schopnost přijímat rozhodnutí, jsou zahrnuti v samostatné legislativě (zákon o duševní výkonnosti z roku 2005).

Nejaktuálnější významná reforma právních předpisů v oblasti duševního zdraví přichází s přijetím zákona o duševním zdraví z roku 2007, kterým se mění zákon o duševním zdraví z roku 1983 (hlavní legislativní základ pro úpravu duševního zdraví v Anglii).

Vláda také zadala nezávislý přezkum stávající legislativy, který má být dodán na podzim roku 2018. To by mohlo vést k dalším změnám v legislativě.

Všeobecné směry a trendy

Více důrazu na komunitní léčbu: Zákon z roku 2007 zaváděl příkazy ke komunitní léčbě (CTO), díky nimž propuštěný pacient po dobu šesti měsíců přijímá sledovanou komunitní léčbu s možností stažení do nemocnice, když pacient nedodrží léčbu. CTO probíhají delší dobu než předchozí komunitní léčba po zadržení, která obvykle trvá několik dní nebo týdnů.

Více práv pro pacienty: Zákon z roku 2007 vytvořil nezávislé obhájce pro duševní zdraví (IMHA). Pacientům, kteří jsou zadrženi v nemocnici nebo mají komunitní léčbu, musí být poskytnuta služba IMHA, která jim poradí o jejich léčbě a jejich právech podle právních předpisů.

Služby týkající se věku: Zákon z roku 2007 požadoval, aby děti (do věku 18 let), které byly zadrženy, byly léčeny v podmínkách vhodných pro věk. To znamená, že by neměly být kromě ve výjimečných případech ošetřovány na všeobecných odděleních.

Omezení ECT: Zákon z roku 2007 stanovil, že i kdyby byli pacienti bez souhlasu zadrženi k léčbě, neměli by být podrobeni elektrokonvulzivní terapii (ECT) bez jejich souhlasu.

Z hlediska možných budoucích změn probíhá průběžná nezávislá revize právních předpisů v oblasti duševního zdraví za následujících podmínek:

Při zvažování fungování zákona o duševním zdraví z roku 1983 vláda s obavami konstatuje:

- stoupající míra zadržení podle zákona;

²³ National Health Service Act 2006, dostupný zde: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents>.

- nepřiměřený počet osob z menšinových etnických skupin, které byly podle zákona zadrženy;
- obavy zúčastněných stran, že některé procesy související se zákonem nejsou v souladu s moderním systémem duševního zdraví.

Obavy zahrnují, ale nejsou omezeny, na následující:

- rovnováha ochranných opatření, která jsou k dispozici pacientům, jako jsou tribunály, druhá stanoviska a požadavky na souhlas;
- schopnost zadržené osoby určit, která rodina nebo pečovatelé mají v péči mít slovo, a rodiny, aby našla vhodné informace o svých blízkých;
- toto zadržení může být v některých případech použito spíše k zadržování než k poskytování léčby;
- otázky týkající se efektivnosti příkazů k léčbě v komunitě a potíží s jejich propouštěním;
- čas potřebný k přijetí rozhodnutí a zajištění přestupu pro pacienty podléhající trestnímu řízení.²⁴

Lepší dostupnost péče o duševní zdraví

Národní program Zlepšení přístupu k psychologickým terapiím (IAPT)²⁵ byl zaveden v roce 2008 s cílem zvýšit přístup k péči o duševní zdraví u pacientů s poruchami úzkosti a depresí. To poskytlo finanční prostředky, které umožňují místním zdravotním komisařům zvýšit poskytování péče o duševní zdraví v těchto podmínkách.

Do roku 2015 zavádí cíle, aby každý rok do března 2015 léčil 15 % odhadovaných 6,1 milionů lidí s úzkostí a/nebo depresí, a aby dosáhl míry úspěšnosti léčby nejméně 50 % u těch, kteří dokončili léčbu.

V roce 2014 vláda oznámila financování nových standardů čekací doby IAPT ve své publikaci „Dosažení lepšího přístupu k službám duševního zdraví do roku 2020“.²⁶ Jedná se o:

- V průběhu 6 týdnů od podání žádosti bude léčeno 75 % osob, na které se vztahuje program IAPT, a do 18 týdnů od podání žádosti se bude jednat o 95 %.
- Více než 50 % lidí, kteří prodělali první epizodu psychózy, bude léčeno do dvou týdnů od podání.

V roce 2016, nezávislý přehled o duševním zdraví, pětiletý výhled pro duševní zdraví,²⁷ doporučil do roku 2020/21 dodatečné výdaje na duševní zdraví, aby splnil řadu cílů, včetně následujících bodů týkajících se IAPT:

Zvýšit přístup k psychologickým terapiím založeným na důkazech, aby bylo dosaženo 25 % potřeb, aby se do roku 2020/21 každoročně dostalo péče (a 350 000 úplné léčby) nejméně 600 000 dospělým s úzkostí a depresí.

V roce 2017 vláda přijala doporučení obsažená v přezkumu.

²⁴ Více viz zde: <https://www.gov.uk/government/publications/mental-health-act-independent-review/terms-of-reference-independent-review-of-the-mental-health-act-1983>.

²⁵ Dostupný zde: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>.

²⁶ Dostupné zde: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/361648/mental-health-access.pdf.

²⁷ Dostupný zde: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>.

Deinstitucionalizace péče o duševní zdraví

Deinstitucionalizace probíhá již několik desetiletí v Anglii. První konkrétní vládní závazek k tomu přinesly dva politické dokumenty v letech 1971 a 1975 zdůrazňující potřebu poskytování komunitní péče o duševní zdraví spíše než v nemocničním prostředí.

Zákon o duševním zdraví z roku 1983 požadoval od místních orgánů, aby poskytovaly komunitní péči osobám propuštěným z nemocnice (které byly nedobrovolně zadrženy) a zdůrazňovaly právní posun směrem ke komunitě spíše než k ústavní péči.

Vládní statistiky ukazují, že v letech 1987/88 a 2009/10 počet nemocničních zařízení pro duševní zdraví klesl z 67 100 na 25 500 (pokles o 62 %).²⁸

Hodně z nedávné politiky týkající se deinstitucionalizace souvisí s lidmi s poruchami učení, spíše než s problémy duševního zdraví. Toto následuje po „skandálu View Winterbourne“ v roce 2011, kdy byli zaměstnanci tajně natočeni, jak zneužívají obyvatele ve Winterbourne View zařízení.

Poskytování komunitních služeb péče o duševní zdraví

Tento vývoj je v souladu s výše uvedenými politikami deinstitucionalizace, neboť komunitní služby byly považovány za alternativu ke službám založeným na institucích.

Zákon o duševním zdraví z roku 2007 zaváděl příkazy ke komunitní léčbě (CTO), které umožnily lidem, kteří byli propuštěni z nemocnice, podstoupit delší období komunitního ošetření po dobu šesti měsíců nebo více. Pacienti pod CTO mohou být odvoláni do nemocnice, pokud nesouhlasí s léčbou, protože léčba nemůže být nucena v komunitním prostředí. CTO mají mnohem delší trvání než původní příkazy zavedené v zákoně z roku 1983, který obecně trval jen několik dní nebo týdnů.

Pokud jde o nedávný vývoj, nezávislá kontrola duševního zdraví - pětiletý výhled pro duševní zdraví - poznamenala, že pouze polovina komunitních týmů byla schopna poskytnout přiměřenou 24hodinovou službu pro lidi, kteří prožívají krizi v oblasti duševního zdraví. Vláda reagovala na zprávu úpravou financování za účelem zlepšení komunitních modelů péče o lidi v krizi duševního zdraví.²⁹

Integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti

Vláda investovala do kampaní, které usilují o snížení stigma kolem duševního zdraví ve společnosti, aby zajistila, že lidé s problémy s duševním zdravím nebudou diskriminováni. Hlavní kampaň v této záležitosti (která obdržela v roce 2016 finanční prostředky ve výši 20 milionů liber) je Čas na změnu.³⁰

Reakce vlády na pětiletý výhled pro duševní zdraví byl závazek zvýšit počet poradců v oblasti psychologických terapií, aby pomohli lidem při návratu do práce nebo v práci.

Duševní zdraví na pracovištích, školách

Vláda nedávno zahájila konzultaci o duševním zdraví dětí a mládeže³¹, která zahrnovala řadu návrhů na zlepšení duševního zdraví ve školách. Patří sem:

- Stimulovat každou školu a vysokou školu k určení a školení určeného vedoucího oddělení pro duševní zdraví, s příslušným školením ve všech oblastech do roku 2025;

²⁸ Statistiky jsou dostupné zde: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/>.

²⁹ Vládní reakce je dostupná zde: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/582120/FYFV_mental_health_government_response.pdf.

³⁰ Dostupné zde: <https://www.time-to-change.org.uk/>.

³¹ Dostupné zde: <https://www.gov.uk/government/consultations/transforming-children-and-young-peoples-mental-health-provision-a-green-paper>.

- Vytvoření nových týmů na podporu duševního zdraví pro práci s dětmi s mírnými až středně závažnými problémy duševního zdraví a poskytování odkazů na služby pro děti s vážnými problémy;
- Aktualizace stávajících pokynů pro duševní zdraví a chování;
- Vychází z existujícího školení o zvyšování povědomí o duševním zdraví tak, aby zaměstnanec všech základních a středních škol v Anglii absolvoval školení o povědomí o duševním zdraví;
- Posílit cíl, kdy se všechny děti dozvědí o duševní pohodě v hodinách PHSE (osobní, sociální, zdravotní a ekonomické).

Konzultace jsou otevřeny do března 2018.

Politika související s duševním zdravím na pracovištích se zaměřuje do značné míry na kampaně proti stigmatizaci uvedené výše.

Zvyšování práv pacientů (nedobrovolně držených osob), např. psychiatrický veřejný ochránce práv Zákon o duševním zdraví z roku 2007 vytvořil nezávislé advokáty pro duševní zdraví (IMHA). Pacientům, kteří jsou zadrženi v nemocnici nebo mají komunitní léčbu, musí být poskytnuty služby IMHA, které jim poradí o jejich léčbě a jejich právech podle právních předpisů, včetně práva odvolat se na jejich zadržení u soudu.

Osoby, které se starají o osoby s duševním onemocněním

Podle právních předpisů zavedených v roce 2014 musí být potřeby ošetřovatelů posuzovány a splněny místním úřadem.

Dříve nebyla místním orgánům stanovena povinnost splňovat stanovené potřeby ošetřujícího, jen aby byly zohledněny. Vzhledem k tomu, že zákon o péči v roce 2014 vstoupil v platnost, musí mít každý poskytovatel péče, který splňuje vnitrostátní kritéria způsobilosti, služby poskytované tak, aby uspokojily jejich potřeby. Místní orgány si rovněž ponechávají pravomoc poskytovat podporu osobám, které byly posouzeny, a to i v případě, že nemají statutární povinnost podle kritérií způsobilosti.

Španělsko

Právní úprava

Ve Španělsku je oblast péče o duševní zdraví součástí právní úpravy všeobecné zdravotnické péče. Politika v této oblasti je prováděna v rámci strategie duševního zdraví španělského národního zdravotnického systému 2009 – 2013, která je stále v platnosti.³²

Švédsko

Právní úprava a novinky v legislativě

Odpovědnost za zdraví a lékařskou péči ve Švédsku sdílí ústřední vláda, krajské rady a obce. Povinnosti krajských zastupitelstev a obcí upravuje zákon o zdravotních a zdravotnických službách. Úlohou ústřední vlády je stanovit zásady a pokyny a stanovit politickou agendu pro zdravotnictví a zdravotní péči. To se děje prostřednictvím zákonů a vyhlášek nebo dosažením dohod se Švédskou asociací místních orgánů a regionů, která zastupuje krajské rady a obce.

³² V anglickém jazyce dostupná zde:

<https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/MentalHealthStrategySpanishNationalHS.pdf>.

Péče o duševní zdraví je integrovanou součástí systému zdravotní péče a podléhá stejným právním předpisům jako všechny ostatní zdravotnické služby. Doplnující právní předpisy týkající se povinné duševní péče jsou stanoveny ve dvou samostatných zákonech, zákonu o povinné péči o duševní zdraví a zákonu o forenzní péči o duševní zdraví.

Stejně jako v ostatních částech systému zdravotní péče se švédská péče o duševní zdraví stala v posledních 50 letech více ambulantně zaměřená, přičemž ústavní péče klesá. Takzvaná psychiatrická reforma, která vstoupila v platnost v roce 1995, převedla zodpovědnost za psychiatrické pacienty, kteří jsou považováni za plně lékařsky ošetřené, z krajských úřadů na obce.³³

Hlavním právním předpisem upravujícím zdravotní péči je zákon o zdravotních a zdravotnických službách. Tento zákon, zavedený v roce 2017, zahrnuje všechny druhy lékařské péče, včetně péče o duševní zdraví. Zákon obsahuje obecné zásady platné pro veškerou poskytovanou zdravotní péči a také upravuje organizaci zdravotní péče. Z tohoto zákona vyplývá, že celkovým cílem zdravotní péče je dobré zdraví a péče za stejných podmínek pro celou populaci. Zdravotní péče by měla být poskytována s ohledem na stejnou hodnotu všech lidí a na důstojnost jednotlivce.

Tento zákon je doplněn dalšími právními předpisy, jako je zákon o pacientech. Podle tohoto zákona musí být veškerá lékařská péče poskytnuta se souhlasem opatrovníka. Tento princip zaručuje i švédská ústava. Za určitých, velmi specifických okolností však může být psychiatrická péče poskytnuta bez souhlasu opatrovníka. Zákon o povinné péči o duševní hygienu (LPT) a zákon o soudní péči o duševní zdraví (LRV) umožňují, aby se vážně duševně nemocní lidé mohli bez jejich souhlasu vzít do péče. Podmínky stanovené těmito zákony jsou formulovány tak, aby omezovaly nedobrovolnou duševní péči na případy, kdy je to absolutní nutnost a důležitost.

Některá konkrétní právní kritéria musí být splněna, aby se člověk dostal do této péče. Tato péče může být poskytnuta pouze tehdy, jestliže pacient trpí vážnou duševní poruchou. Kromě toho může být péče poskytnuta pouze tehdy, pokud má pacient v důsledku svého duševního stavu a osobních podmínek obecně nezbytnou potřebu psychiatrické péče, která nemůže být splněna jiným způsobem než tak, že je osoba přijata na lékařskou péči v pečovatelském zařízení pro kvalifikovanou psychiatrickou denní péči. Forenzní psychiatrická péče je trest za trestný čin spáchaný, když člověk trpěl vážnou duševní poruchou. To znamená, že jednotlivec je odsouzen k péči na zvláštní jednotce psychiatrické péče. Jak LPT, tak LRV obsahují věcné a procesní pravidlo, které splňuje základní požadavky právní jistoty, jako jsou požadavky na předvídatelnost a možnost soudní kontroly.

V posledních letech došlo k několika legislativním změnám. Od roku 2008 může být duševní péče založená na LPT nebo LRV poskytována ve dvou podobách jako ambulantní nebo lůžková péče. Pacienti, kteří dostávají péči založenou na LPT nebo LRV, jsou ve zranitelné situaci. Vzhledem k tomu byly tyto zákony změněny v roce 2017, aby se zajistilo zapojení pacientů do jejich péče a aby se zajistilo, že léčba probíhá ve formách, které narušují co nejméně jejich integritu a důstojnost. Například v LPT bylo zavedeno ustanovení, které stanoví, že v některých případech musí být plán péče formulován po konzultaci s pacientem, pokud je to možné, a pokud to není nevhodné, s jeho příbuzným.

V souhrnu se zákon o zdravotních a zdravotnických službách vztahuje na všechny typy lékařské péče. V důsledku toho je veškerá psychiatrická péče v zásadě zajištěna zákonem o zdravotních a

³³ Více informací dostupné zde: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf?ua=1.

zdravotnických službách. Pokud psychiatrické onemocnění pacienta znemožní dobrovolnou péči, může být povinná péče poskytována na základě LPT a LRV.

Všeobecné směry a trendy

Ve Švédsku se lidé s mírným duševním onemocněním obvykle léčí v rámci primární péče, a to buď s praktickým lékařem (GP) nebo psychologem nebo terapeutem. Pacienti se závažnými poruchami duševního zdraví jsou v nemocnici odkázáni na specializovanou psychiatrickou péči. Specializovaná psychiatrická péče zahrnuje jak lůžkovou, tak i ambulantní péči o osoby s psychiatrickými problémy v důsledku duševních chorob a duševních poruch. Zahrnuje také léčbu dětí a dospívajících s psychiatrickými problémy.

Jak již bylo zmíněno, odpovědnost za psychiatrické pacienty, kteří jsou považováni za plně lékařsky ošetřené, byla převedena z krajských zastupitelstev na obce prostřednictvím reformy psychiatrické péče v roce 1995. Reforma převedla odpovědnost a poskytla péči velkému počtu pacientů z lůžkové péče v nemocnici na ambulantní péči. Podle psychiatrické reformy z roku 1995 mají obce odpovědnost za bydlení, podporu a zaměstnanost a zdravotní péči pro osoby s mentálním postižením.

Švédská vláda vypracovala strategii v oblasti duševního zdraví pro období 2016-2020. Pět oblastí zaměření strategie je:

- preventivní a propagační úsilí,
- včasné úsilí,
- zranitelné skupiny,
- účast a práva,
- vedení a organizace.

Vláda také jmenovala národního koordinátora, který má za úkol podporovat práci orgánů, obcí, krajských rad a organizací v oblasti duševního zdraví a koordinovat práci na národní úrovni v období 2016-2020.

S cílem zlepšit a posílit úsilí obcí a krajských rad v cíli snížit duševní choroby a zlepšit duševní zdraví jsou od roku 2008 podepsány dohody mezi vládou a Švédskou asociací místních orgánů a regionů. Cílem dohody je nadále vytvářet podmínky pro dlouhodobou práci v oblasti duševního zdraví se společnou odpovědností zúčastněných stran.

V roce 2018 se investice provádí za účelem posílení primární péče a specializované psychiatrie pro dospělé. Dohoda se rovněž zaměřuje na posílení dětské a adolescentní psychiatrie a psychiatrie prvního řádu pro děti a mladé lidi v krajských radách a regionech a další prostředky na posílení práce mládeže.

Norsko

Právní úprava a novinky v legislativě

Péče o duševní zdraví je upravena zákonem o péči o duševní zdraví³⁴. Kromě toho platí další obecnější zákony, jako je zákon o právech pacientů³⁵, zákon o specializovaných zdravotnických službách a zákon o zdravotní péči a péči.³⁶ Preventivní opatření jsou upravena zákonem o veřejném zdraví³⁷.

³⁴ Dostupný v anglickém jazyce zde: <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-19990702-062-eng.pdf>.

³⁵ Dostupný v anglickém znění zde: <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-19990702-063-eng.pdf>.

³⁶ Dostupný v anglickém znění zde: <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-20110624-030-eng.pdf>.

³⁷ Dostupné v anglickém znění zde: <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-20110624-029-eng.pdf>.

Během posledních osmi let došlo k několika změnám, avšak žádné komplexní změny v legislativě v oblasti péče o duševní zdraví.

Nejvíce patrné byly nedávné změny zákona o péči o duševní zdraví provedené za účelem posílení sebeurčení a bezpečnosti pacientů podle zákona. Nejdůležitějším pozměňovacím návrhem je právo odmítnout léčbu pro osoby, které jsou oprávněny dát souhlas. Toto právo se nevztahuje, pokud je pacient hrozbou pro sebe nebo pro jiné osoby. Mezi další pozměňovací návrhy patří rozšíření práva být vyslechnut před rozhodnutím o používání omezení a posílení právních podmínek pro používání omezení. Dále je třeba společně s pacientem zhodnotit použití zádržného systému. Tyto změny vstoupily v platnost v září 2017.

Měli bychom také zmínit, že vláda jmenovala výbor, který posuzuje právní předpisy týkající se využívání omezení a navrhuje změny, které modernizují tuto legislativu a budou v souladu s perspektivami uživatelů (zdravotnické služby soustředěné na pacienta).³⁸ Výbor předloží svou zprávu v září 2018.

Všeobecné směry a trendy

Lepší péče o duševní zdraví je v současných zdravotních politikách vysokou prioritou. Na základě vyváženosti a uživatelských pohledů mají služby přispívat k lepšímu životnímu prostředí pro ty, kteří trpí psychiatrickými onemocněními. Služby je třeba především budovat a poskytovat v místním prostředí. Specializované zdravotnické služby mají podporovat obecní práci a zajišťovat studium a léčbu závažnějších stavů.

Deinstitucionalizační proces začal již v osmdesátých letech, s výraznějším vývojem od roku 2000 a ještě více se zrychlil od roku 2005. Strategický plán pro posílení péče o duševní zdraví probíhal v letech 1999-2008. Hlavní důraz byl kladen na decentralizaci služeb prostřednictvím rozšíření obecních zdravotnických a pečovatelských služeb a specializovaných zdravotnických služeb. Dnes mají lidé, kteří dříve žili v institucích, přijímat většinu svých služeb v obcích, kde žijí. V péči o duševní zdraví došlo k restrukturalizaci a k dramatickému zkrácení doby pobytu v nemocnicích a dalších institucích v rámci specializovaných zdravotnických služeb obecně s přechodem na ambulantní a denní léčbu.

V srpnu roku 2017 byl předložen nový strategický plán na období 2017-2022.³⁹ Tato strategie má komplexní přístup a zdůrazňuje význam preventivní práce v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví v obecních zdravotních a pečovatelských službách. Tento přístup je v souladu s Akčním plánem WHO pro duševní zdraví (2013-2020), Evropským akčním plánem pro duševní zdraví na léta 2013-2020 a dalšími globálními a regionálními akčními plány. Strategie duševní pohody a zvládnutí jsou také hlavním bodem nové strategie.

Strategie stanoví pět cílů:

1. Duševní zdraví je rovnocennou součástí práce v oblasti veřejného zdraví.
2. Integrace, sounáležitost a účast ve společnosti pro každého.
3. Zdravotní a pečovatelské služby jsou založeny na potřebách a perspektivách pacientů (=„zdravotní služby pacientům“).
4. Zvýšené znalosti, kvalita, výzkum a inovace v oblasti služeb a práce v oblasti veřejného zdraví.
5. Podpora duševního zdraví pro děti a mládež.

³⁸ Zdravotní péče zaměřená na pacienta je hlavním cílem vládních politik v oblasti všeobecného zdraví a péče formulovaných v politické iniciativě "Zdravotnické služby pacientům".

³⁹ Dostupný v norštině zde:

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psyisk-helse_250817.pdf.

Posílení rozsahu služeb pro osoby trpící psychiatrickými onemocněními je prioritní oblastí. V rámci specializovaných zdravotnických služeb, které provozují regionální zdravotnické úřady, vláda vyhlásila „Zlaté pravidlo“, v němž říká, že růst výdajů na duševní péči by měl být větší než u obyčejné somatické léčby.⁴⁰

Péče o duševní zdraví je poskytnuta většímu počtu osob; v roce 2016 získalo péči o duševní zdraví více než 148 000 dospělých osob, což byl meziroční nárůst o 3,2 %. Ve srovnání s rokem 2010 se počet zvýšil o 22,3 %. Počet dětí/mladistvých, kteří dostávají péči o duševní zdraví, byl v posledních letech stabilnější; přibližně 55-56 000 ročně; což představuje přibližně pět procent mladé populace.

Existuje široká shoda, že obecní služby nejsou dostatečně rozvinuté.⁴¹ To se týká jak preventivních služeb pro děti a mládež, tak služeb pro lidi s mírnými až středně závažnými poruchami. To platí také pro integrované sledování osob se závažnějšími duševními poruchami nebo problémy se zneužíváním návykových látek. Vláda zavedla nový systém financování pro psychology v obcích. Změny zákona budou také v platnosti od roku 2020 a vyžadují, aby všechny obce měly zajištěny služby psychologa. Dále byla v roce 2017 rozšířena povinnost obcí poskytovat 24hodinovou pomoc v nouzi tak, aby zahrnovala i uživatele s poruchami duševního zdraví a problémy se zneužíváním návykových látek. Aktualizované statistiky ukazují, že v letech 2015-2017 došlo k pěti procentnímu nárůstu v počtu zaměstnanců na plný pracovní úvazek v obecních službách, práce s problematikou duševní péče nebo zneužívání návykových látek.

Jak bylo uvedeno, perspektivy pacientů jsou v současných zdravotních politikách výrazně zdůrazněny. Důležitým opatřením je právo zvolit si léčebné centrum, které bylo zavedeno v roce 2015.⁴² Od roku 2016 také ministerstvo zdravotnictví instruovalo čtyři regionální zdravotnické úřady, aby poskytly alternativní léčbu založenou na non-drogové terapii.

Norsko má silný právní rámec zákona o pracovním prostředí,⁴³ který zajišťuje dobré pracovní environmentální normy. Jedním z hlavních účelů zákona je „usnadnit přizpůsobení pracovní situace jednotlivého zaměstnance ve vztahu k jeho schopnostem a životním podmínkám“. Vnitrostátní orgány uskutečnily řadu iniciativ a projektů, které usnadňují práci osob s problémy duševního zdraví nebo návrat do práce. Několik z těchto iniciativ ukázalo dobré výsledky. Dále od roku 2001 orgány, zaměstnanci a zaměstnavatelé spolupracují prostřednictvím Plánu záměrů ohledně inkluzivnějšího pracovního života (dohoda o IA)⁴⁴. Současná dohoda je čtvrtým záměrem týkajícím se inkluzivnějšího pracovního života a platí pro období 2014-2018. Dohoda je založena na společném uznání, že činnost prostřednictvím práce podporuje dobré zdraví a že včasná realizace aktivních opatření by mohla zabránit odchodu z práce.

Pokud jde o integraci ve společnosti obecně, existuje celá řada iniciativ a projektů v oblasti veřejného zdraví na národní a místní úrovni zaměřených na sociální začlenění, sníženou osamělost a lepší životní prostředí. Většina této práce se provádí ve spolupráci s neziskovými organizacemi.

Politika sociálního bydlení je zvláště důležitá pro lepší integraci. Bydlení a podpůrné služby zahrnují jak poskytování bydlení pro znevýhodněné osoby na trhu s bydlením, tak posílení příležitosti jednotlivce k řízení jeho vlastní životní situace. Podle Národní strategie pro bydlení a podpůrné

⁴⁰ Rovněž růst výdajů na interdisciplinární léčbu závislostí na látkách by měl být větší než u běžné nemocniční léčby.

⁴¹ Více viz zde: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/en-gb/pdfs/stm201420150026000engpdfs.pdf>.

⁴² Podrobnosti zde: <https://helsenorge.no/other-languages/english/rights/choosing-a-treatment-centre>.

⁴³ Dostupný zde: <https://www.arbeidstilsynet.no/en/laws-and-regulations/the-working-environment-act/>.

⁴⁴ Dostupné zde: <https://www.regjeringen.no/en/topics/labour/the-working-environment-and-safety/inclusive-working-life/ia-avtalen-2014-18/ia-avtalen-2014-2018/id752432/>.

služby (2014-2020), Bydlení pro blahobyt⁴⁵, zkušenosti ukazují, že pro dosažení úspěchu je nezbytná široká spolupráce mezi jednotlivými sektory a administrativní úrovní. Dobré bydlení a podpůrné služby budou mít pozitivní důsledky pro dosažení cílů v oblasti zdraví, vzdělávání a integrace. Dále je pomoc při získávání příjmů, ať už prostřednictvím práce nebo vzdělání, nezbytná pro uspokojení bydlení a podpůrných služeb. Proto existuje široká škála politických opatření, která jsou ve strategii považována za důležitá, a to nejen nejzřetelnější, jako jsou příspěvky na bydlení, atd.

Současný strategický plán pro duševní zdraví se zaměřuje především na děti a mládež. Navíc vláda nedávno oznámila, že předloží nový plán pro posílení duševního zdraví pro děti a mládež.

Většina práce veřejného zdraví zaměřená na děti a mládež je poskytována prostřednictvím zdravotních středisek a školské zdravotní služby.⁴⁶ Centra mateřského a dětského zdraví se setkávají s dětmi všech věkových kategorií od narození až po sledování tělesného a psychického vývoje dítěte. Zdravotní služba ve školách je k dispozici na všech základních, nižších sekundárních a vyšších sekundárních školách a může zahrnovat školní sestru, školního lékaře, psychologa a fyzioterapeuta, stejně jako další zdravotní pracovníky. Střediska pro zdraví mládeže jsou bezplatnou multidisciplinární službou pro mladé lidi. Služba může zahrnovat školní sestru, doktora a psychologa a je k dispozici odpoledne.

Tyto služby byly již řadu let posilovány. V letech 2014-2017 došlo k postupnému stupňování financování této služby. V roce 2017 bylo službě přiděleno celkem 1 miliarda NOK. Došlo k výraznému nárůstu pracovníků, s nárůstem 648 plných pracovních úvazků mezi lety 2013 – 2016.

Použití omezení je upraveno zákonem o péči o duševní zdraví. V souladu se zákonem existuje zvláštní kontrolní komise, která pro pacienta zajistí bezpečnost podle zákona. Služby jsou povinny zaregistrovat každou epizodu zádržného systému v zádržném protokolu, který je pravidelně kontrolován kontrolní komisí. Komise se také zabývá odvoláním pacientů. Dále jsou pacienti oprávněni bezplatně získat právní poradenství týkající se užívání omezení. V Norsku je v každém kraji veřejný ochránce zdravotních a sociálních služeb, který uspokojuje potřeby pacientů a chrání jejich zájmy a zákonná práva ve vztahu ke všem zdravotnickým službám, včetně služeb duševního zdraví.⁴⁷ V Oslu probíhá projekt (od roku 2010) s osobním ombudsmanem pro lidi s poruchami duševního zdraví a problémy se zneužíváním návykových látek.⁴⁸ Projekt je inspirován podobnou institucí ve Švédsku.

Švýcarsko

Právní úprava a novinky v legislativě

Ve Švýcarsku neproběhla v posledních 8 letech žádná zásadní reforma v oblasti péče o duševně nemocné. Ve Švýcarsku rovněž neexistuje speciální zákon týkající se péče o duševní zdraví. Tato úprava je součástí obecného zákona o zdravotním pojištění; léčba duševních chorob je kryta povinným zdravotním pojištěním.

⁴⁵ Anglicky dostupné zde:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/housing_for_welfare_national_strategy_for_housing_and_support_services_2014_2020.pdf.

⁴⁶ Více zde:

<https://helsenorge.no/other-languages/english/health-centres-and-the-school-health-service?redirect=false>.

⁴⁷ Internetové stránky dostupné zde: <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/health-and-services-ombudsman>.

⁴⁸ Internetové stránky zde: <http://piosenteret.no/english-homepage>.

Všeobecné směry a trendy

Psychiatrickou zdravotní péčí obecně zajišťují lékaři a kliniky specializované v této oblasti.

Společně s kantony (Švýcarskou konferencí kantonálních zdravotních ředitelů) a Spolkovým úřadem veřejného zdraví provádí „Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz“, který je společně financován zdravotními pojišťovnami, různé akční programy na podporu informovanosti o duševních nemocech a přístupu k poradenským a podpůrným službám. Dalšími cíli stávajících a plánovaných aktivit je poskytování informačních, preventivních a včasných detekčních programů a vytváření struktur potřebných ke zlepšení duševního zdraví obyvatelstva.

Kromě toho existuje také síť duševního zdraví Švýcarska, sdružení organizací, institucí a soukromých společností, které se zabývají duševním zdravím ve Švýcarsku. Další informace: <https://www.npg-rsp.ch/de/metanav/english.html>.

V téměř všech švýcarských kantonech existují programy duševního zdraví zahrnující obce.

Integrace osob se zdravotním postižením (a tedy i lidí s duševním onemocněním) do společnosti a do pracovního prostředí je úkolem Švýcarska (konfederace) a kantonů. (Viz Švýcarská federální ústava, článek 112b:

<https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19995395/index.html#a112b>).

Kantony zajišťují, že osoby s mentálním postižením či se zdravotním postižením mají přístup k institucím, které podporují rehabilitaci. Jedná se o workshopy, ubytovny nebo asistované kolektivní bydlení a denní stacionáře, kde mohou zdravotně postižení lidé udržovat vztahy s komunitou a účastnit se programů volného času a zaměstnání. To je upraveno federálním zákonem o institucích pro rehabilitaci osob v invalidním důchodu ze dne 6. října 2006 (RehabIO, SR 831.26).⁴⁹

Zákon o odstranění diskriminace osob se zdravotním postižením (Zákon o diskriminaci na základě zdravotního postižení, DDA, SR 151.3) ze dne 13. prosince 2002 slouží také k podpoře rehabilitace duševně nemocných nebo zdravotně postižených osob⁵⁰. Tento zákon „vytváří rámcové podmínky, které usnadňují osobám se zdravotním postižením účastnit se společenského života, a zejména udržovat sociální kontakty, vzdělávat se a zvyšovat své dovednosti a samostatně vykonávat výtěžnou činnost“ (čl. 1 DDA).

Profesní integrace osob s mentálním postižením nebo osob se zdravotním postižením je podporována poskytováním hotovostních a bezhotovostních dávek. Hlavní úlohu hraje švýcarské invalidní pojištění (IV), upravené federálním zákonem o invalidním pojištění ze dne 19. června 1959 (InvLA, SR 831.20).⁵¹

Dávky jsou primárně zaměřeny na prevenci, snížení nebo odstranění invalidity (trvalá nebo dlouhodobá celková nebo částečná pracovní neschopnost) jednoduchými a vhodnými rehabilitačními opatřeními. Osoby pobírající invalidní dávky jsou znovu začleněny do hlavního trhu práce a těm, kterým hrozí invalidita, pomáhá zůstat v práci. Zejména se používají opatření na podporu profesní (re)integrace (opatření včasného zásahu, čl. 7d InvLA, opatření k přípravě na integraci do zaměstnání, čl. 14a InvLA a opatření na podporu odborné přípravy, články 15-18d InvLA). Revize programu InvLA, kterou plánuje vláda a která ještě nebyla předložena parlamentu, má zlepšit odbornou integraci zejména osob s mentálním postižením a posílit spolupráci mezi zaměstnavateli a lékaři.

⁴⁹ Dostupné zde: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20051694/index.html>.

⁵⁰ Dostupné zde: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20002658/index.html>.

⁵¹ Dostupné zde: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19590131/index.html>.

Ve školách se v posledních letech ve Švýcarsku zřizuje „školní integrace“; děti s menším tělesným či duševním postižením jsou začleněny do běžných školních tříd za podpory specialistů. Žáci se závažným postižením se vyučují ve zvláštních školách.

Ve Švýcarsku neexistuje žádný skutečný psychiatrický ombudsman. Existuje však Federální úřad pro rovnost osob se zdravotním postižením, který podporuje švýcarskou politiku pro zdravotně postižené. Předsednictvo také sleduje provádění zákona o diskriminaci na základě zdravotního postižení ze dne 13. prosince 2002.⁵²

Osoby, které se starají o duševně nemocné, jsou příbuzní, pečovatelé ve specializovaných zařízeních a ubytovnách a ošetřovatelé na psychiatrických klinikách. Příbuzní dostávají finanční podporu v závislosti na rozsahu péče, kterou poskytují (viz čl. 112c federální ústavy⁵³).

⁵² Dostupné zde: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002658/index.html>.

⁵³ Dostupné zde: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19995395/index.html#a112c>.

Mezinárodní a evropské předpisy a dokumenty

Na mezinárodním poli se situaci v péči o duševně nemocné pacienty věnuje zejména Světová zdravotnická organizace (WHO), jejíž internetové stránky věnované tématu lze najít zde: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/.

V rámci Světové zdravotnické organizace byl vydán Evropský akční plán pro duševní zdraví pro rok 2013 až 2020, který je dostupný zde:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf.

Více na stránkách Světové zdravotnické organizace – péče o duševní zdraví v Evropě:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>.

Na základě čl. 6 Smlouvy o fungování Evropské unie patří ochrana a zlepšování lidského zdraví do doplňkových činností Evropské unie. Nicméně, Evropská unie se tématu duševního zdraví věnuje. Stránky Evropské komise k tomuto tématu lze nalézt zde:

https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass_en,

zde: https://ec.europa.eu/health/mental-health/framework_for_action_en

a zde: https://ec.europa.eu/health/mental_health/policy_en.

Na úrovni Evropy lze získat informace rovněž od nezávislých odborných organizací, př. Mental Health Europe, stránky dostupné zde: <https://mhe-sme.org/>.

Coalition for Mental Health and Well – Being, dostupné zde: <https://mental-health-coalition.com/>

The European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, dostupné zde: <https://deinstitutionalisation.com/>

The European Alliance for Mental Health – Employment & Work (EUMH Alliance), dostupné zde: <https://eumhalliance.com/>

Train Improve Reduce: <https://trainimprovereduce.wordpress.com/>

Tried and Trusted: <https://employmentforyouth.wordpress.com/>

The EU Alliance for Investing in Children, <http://www.alliance4investinginchildren.eu/>

Na mezinárodní a evropské úrovni existuje rozsáhlý systém ochrany lidských práv a svobod, který se samozřejmě rovněž dotýká tohoto tématu.

Existující studie

Existující české komparativní studie

Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení, Psychiatrické centrum Praha, 2013; dostupné zde:

https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

nebo zde: https://www.spolekkolumbus.cz/attachments/article/39/PCP_Komparativn%C3%AD-studie.pdf

Přehled zákonů pro osoby s duševní poruchou vybraných států EU, na stránkách Občanského sdružení pomoci duševně nemocným ČR, dostupné zde: <http://www.spdn-cr.org/zakony-pro-dusevne-nemocne/zakony-pro-osoby-s-dusevni-poruchou-vybranych-st%C3%A1tu-eu/>

Politika péče o duševní zdraví v ČR, Zpráva o současném stavu, Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, dostupné zde: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf

Raboch, J., Wenigová, B., Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí), Česká psychiatrická společnost, 2012, dostupné zde: http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

Evropské a celosvětové studie

Na úrovni Evropské unie bylo v minulosti vypracováno mnoho studií na téma péče o duševní zdraví.

Studie Přístup k péči o duševně nemocné v Evropě (Access to Mental Health Care in Europe, Scientific Paper, EU Compass for Action on Mental Health and Well-being):

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co02_en.pdf

Studie Systémy péče o duševně nemocné v členských státech Evropské unie, úroveň duševního zdraví a pozitiva očekávané od investic do péče o duševní zdraví, červenec 2013 (Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health, European profile of prevention and promotion of mental health EuroPoPP-MH):

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf

Dále byla zpracována práce týkající se zdravotní péče pro osoby dlouhodobě nemocné s četnými duševními poruchami, 2011 (Caldas de Almeida, J. M., Killaspy, H. Long-term mental health care for people with severe mental disorders):

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf

Světová zdravotnická organizace vydala rovněž dokument Politiky a praxe pro duševní zdraví v Evropě, 2008 (Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges, WHO, 2008) – dostupné zde:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf

Světová zdravotnická organizace zpracovává přehledy zdravotních systémů a politik v jednotlivých zemích – dostupné zde:

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits>

Jedna ze studií Světové zdravotnické organizace se přímo týká politik péče o duševně nemocné a budoucích směrů v této oblasti, 2006 (Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care, Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies series, 2006) – dostupné zde: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/mental-health-policy-and-practice-across-europe-the-future-direction-of-mental-health-care-2006>

Rovněž lze čerpat ze studií a informací OECD – Making Mental Health Count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, červenec 2014, dostupné zde:

<http://www.oecd.org/health/health-systems/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm>

Literatura

Z literatury lze upozornit na knihu: Perlin, M. L. International Human Rights and Mental Disability Law, When the Silenced Are Heard, 2012, Oxford University Press

Další studie a informace

Stránky Reformy péče o duševní zdraví, dostupné zde:

<http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/>

Stránky MZV ČR věnované strategii reformy psychiatrické péče v ČR, dostupné zde:

<http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr-8306-2778-1.html>

Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017, dostupné zde:

http://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

Internetové stránky Joint Action Mental Health and Wellbeing:

<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>

Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries, in Epidemiology and Psychiatric, září 2017, in Epidemiology and Psychiatric Sciences, dostupné zde:

https://www.researchgate.net/publication/319893673_Standard_comparison_of_local_mental_health_care_systems_in_eight_European_countries

Salisbury T. T., Killaspy H., King M., An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit), BMC Psychiatry BMC series, 2016, dostupné zde:

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0762-4>

Moran, V., Jacobs, R., An International comparison of efficiency of inpatient mental health care systems, 2013, Health Policy, Volume 112, Issues 1-2, září 2013, str. 88 – 99, dostupné zde:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013001735>

Measuring Quality of Mental Health Care: An International Comparison, říjen 2014, Int J. Environ Res Public Health, V. 11(10), dostupné zde:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4210985/>

A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and Eastern Europe, dostupné zde:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2215-0366\(17\)30135-9/fulltext?elsca1=tlxpr](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2215-0366(17)30135-9/fulltext?elsca1=tlxpr)

Informace ke komunitním službám

Joint Action on Mental Health and Well-being, towards community- based and socially inclusive mental health care, situation analysis and recommendations for action, dostupné zde:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf

Informace k financování péče o duševně nemocné v Evropě

McDaid, D., Knapp, M. Curran, C., Policy brief, Mental Health III, Funding mental health in Europe, WHO, 2005, dostupné zde:

http://enil.eu/wp-content/uploads/2012/07/Mental-Health-III_Funding-mental-health-in-Europe.pdf