



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče (UOP)

Bakalářská práce

Vývoj ošetrovatelské péče o nemocné s duševní poruchou: srovnání Česko – Finsko.

Vypracovala: Eva Filipová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřená na historii ošetrovatelské péče o duševně nemocné v Česku a Finsku. Je psána chronologicky od starověku po dnešní dobu. V celé práci je shrnut vývoj ošetrovatelství o duševně nemocné, systém péče a vzdělávání sester pro psychiatrii v Česku a Finsku.

Cílem je zmapování vývoje ošetrovatelské péče o nemocné s duševní poruchou. Práce se zabývá systémem péče o duševní zdraví a o vzdělávání ošetrovatelského personálu v těchto zemích. Bakalářská práce je teoretická.

Pro zpracování bylo nezbytné navštívit Archiv hlavního města Prahy a Národní archiv pro získání historických pramenů. Dalšími důležitými zdroji použitými v této práci byly odborná literatura, literatura zabývající se danou problematikou v současnosti a historické knihy. O duševních nemocech si dříve lidé mysleli, že za ně mohou přírodní jevy. Ve starověku byly zřizovány chrámy pro duševně nemocné. V této době měl velký význam řecký lékař a filozof Hippokrates. Středověk považoval duševní chorobu za posednutí zlými duchy, proto léčba spočívala hlavně v izolaci. V novověku se začaly stavět první ústavy pro choromyslné. Ve dvacátém století psychiatrii ovlivnil Sigmund Freud svou teorií o vzniku duševních chorob. Zlomem této doby bylo také používání šokové léčby a objevení psychofarmak. Psychiatrie se zabývá vývojem a upevňováním mentálního zdraví a jeho prevencí.

Česká republika má v oblasti psychiatrie systém vzájemně propojených služeb, jako je psychiatrická ambulance, klinicko-psychologická ambulance, lůžkové zařízení a komunitní péče. Psychiatrie u nás je nedostatečně financována, péče je neuspokojivá a rozvoj opožděn oproti jiným zemím Evropské unie.

Strategie reformy psychiatrické péče u nás má za cíl zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. Současným stavem je přetíženost ambulantních psychiatrů a materiálně i technicky zastaralé vybavení psychiatrických nemocnic. Naše psychiatrická péče má spíše institucionální charakter, neboť se nepodařilo systémově rozvinout komunitní psychiatrii. Perspektivou je však poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí, což by mohlo napomoci

v přesouvání těžiště péče z lůžkového zařízení do přirozeného prostředí klienta. Reforma bude mít také snahu o vylepšení vzdělávání sester pro psychiatrii.

Dle české legislativy není podmínkou specializovaná způsobilost pro práci sestry na psychiatrii. Sestry by měly mít nejlépe vysokoškolské vzdělání, které umožňuje získání potřebných vědomostí pro výkon povolání. Jsou stanoveny i kompetence.

Finsko má systém zdravotní péče založený na daních. Důležitá jsou zdravotnická centra poskytující prevenci, lékařské prohlídky a screeningy. Specializovaná péče je poskytována v nemocničních zařízeních. Dříve převažovala spíše institucionální péče, dnes jsou však ambulantní a komunitní služby velice rozšířenou službou. Psychiatrické léčebny byly zrušeny a zůstala pouze psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. Vzdělávání sester ve Finsku probíhá na univerzitách aplikovaných věd.

Role sestry je podpora zdraví, předcházení nemocem a rehabilitace. Sestra ve Finsku je nezávislá a odpovědná za rozhodnutí učiněná během dne, což také podporuje etický kodex sester, který je poslední kapitolou práce.

Cílem práce je zmapování vývoje ošetrovatelské péče o nemocné s duševní poruchou. Jedním z velkých poznatků je výrazný vývoj psychiatrie, kdy v každé době bylo na psychiatrii pohlíženo z jiné perspektivy. Práce může sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů nebo pro odborné pracovníky, ale i pro zájemce o historii ošetrovatelské péče o pacienty s duševní nemocí.

Klíčová slova: Česká republika, duševní onemocnění, Finsko, historický vývoj, ošetrovatelství, psychiatrie, vzdělávání sester

Abstract

This bachelor thesis is focused on the history of nursing care for the mentally ill in the Czech Republic and Finland. It is written chronologically from ancient history to the present time. The whole thesis summarizes the development of nursing for the mentally ill, the system of care and education for nurses in psychiatry in the Czech Republic and Finland.

The aim is to describe the development of nursing care for patients with mental disorders. The work deals with the system of mental health care and education for nursing staff in these countries. This thesis is theoretical.

It was necessary to visit the Prague City Archives and the National Archives to obtain historical sources. Other important sources used in this thesis were professional literature, literature dealing with the issue in the present and historical books. In past, people thought that mental disorders are natural phenomena. In ancient times, the temples were established for mentally ill people. During that time, Greek physician and philosopher Hippocrates had great significance. In the Middle Ages, people with mental disorders were considered to be possessed by evil spirits, so treatment was mainly in isolation. In modern period, the first insane asylums were built. In the twentieth century, psychiatry was influenced by Sigmund Freud with his theory about the origin of mental illness. The turning point of this time was also in the use of shock therapy and psychopharmacological discovery. Psychiatry deals with the development and strengthening of mental health and its prevention.

The Czech Republic has a system of interconnected services in psychiatry, such as psychiatric clinic, clinical-psychological clinic, inpatient facilities and community care. Psychiatry in our country is under-funded, care is unsatisfactory and development is delayed compared to other countries of the European Union.

Strategy for the reform of mental health care in our country has a goal to increase the quality of life of people with mental disorders. The current state is that outpatient psychiatrists are overloaded, and there is materially and technically outdated equipment in psychiatric hospitals. Our psychiatric care has much more institutional position, because it failed to systematically develop community psychiatry. But perspective is

quite dense network of psychiatric and clinical-psychological clinics, which could help in moving the focus of care from inpatient facility into the natural environment of the client. The reform will also try to improve the education of nurses in psychiatry.

According to Czech legislation, there is not a condition to be specialized in nurses working in psychiatry. Nurses, in the best possibility, should have university education that enables students to acquire the necessary knowledge for the profession. Even competencies are determined.

Finland has a health care system based on taxes. Important medical centres provide prevention, medical examinations and screenings. Specialized care is provided in hospitals. Formerly, more institutional care dominated, however today, outpatient and community services greatly extended their service. Psychiatric hospitals were abolished, leaving only the psychiatric departments of general hospitals. Nursing education in Finland is carried out at the Universities of Applied Sciences.

The nurse's role is health promotion, disease prevention and rehabilitation. The nurse in Finland is independent and responsible for the decisions made during the day, which also supports the Code of Ethics for Nurses, which is the last chapter of this thesis.

The aim of the thesis is to map the development of nursing care for patients with mental disorders. One of the major findings is a significant evolution of psychiatry, when, at any time, psychiatry was viewed from different perspective. The work may serve as study material for students in medical fields or for professionals, but even for anyone interested in the history of nursing care for patients with mental illness.

Keywords: the Czech Republic, mental illness, Finland, historical development, nursing, psychiatry, nursing education

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. srpna

.....

Eva Filipová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za vedení práce, trpělivost, ochotu pomáhat a cenné rady.

Obsah

Úvod.....	10
Cíle práce a výzkumné otázky	11
Metodika	12
1 Současný stav	13
1.1 Historie psychiatrie a psychiatrického ošetrovatelství.....	13
1.1.1 Starověk	14
1.1.2 Středověk	14
1.1.3 Novověk.....	15
1.1.4 Dvacáté století.....	18
1.2 Mentální hygiena	19
1.3 Rozdělení prevence a její cíle	19
2 Organizace péče o psychiatricky nemocné v ČR	21
2.1 Ambulantní péče	22
2.2 Lůžková péče	22
2.2.1 Historie lůžkových částí psychiatrie	22
2.2.2 Dnešní lůžková péče	23
2.2.3 Zdravotnická zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči.....	24
2.3 Komunitní péče.....	25
3 Reforma psychiatrické péče	27
3.1 Současný stav v ČR před reformou a stav očekávaný po realizaci reformy...	27
3.2 Očekávaný budoucí vývoj	28
4 Vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii.....	32
4.1 Legislativa kompetencí sester na psychiatrických odděleních	33
4.1.1 Kompetence sestry pracující v psychiatrii	34
4.2 Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení	35
5 Omezující prostředky	36
6 Finský systém zdravotní péče.....	37
6.1 Služby v oblasti mentálního zdraví ve Finsku	38
6.1.1 Ambulantní péče a hospitalizace	39

6.2	Rozvoj psychiatrie a profesního profilu psychiatrické sestry ve Finsku	40
7	System vzdělávání sester ve Finsku	43
7.1	Magisterský a doktorandský stupeň vzdělání	44
7.2	Navazující ošetrovatelské vzdělávání	44
7.3	E-Learning v navazujícím studiu ošetrovatelství.....	45
8	Role sestry v oblasti služeb mentálního zdraví	46
8.1	Etický kodex související s omezením pacienta.....	46
9	Závěr.....	48
10	Seznam použitých zdrojů.....	50
11	Přílohy.....	54

Úvod

Zdraví patří mezi základní části medicíny a ošetrovatelství. Je definováno jako dynamický proces a je jedním ze základních práv každé lidské bytosti. Zdravý jedinec je schopný seberealizace, dokáže se sám o sebe postarat, umí se přizpůsobit okolí, vykonávat svou práci a plnit své sociální role (Marková et al., 2006).

Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, nikoliv jen nepřítomnost duševního onemocnění. Být duševně zdravý znamená přizpůsobovat se situacím a přiměřeně na ně reagovat. Duševní poruchy způsobují problémy jak jednotlivcům, tak státům. U jednotlivců patří duševní poruchy k jedné z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti, předčasného odchodu do důchodu a invalidity. Od států vyžadují výrazné sociální a ekonomické náklady na vzdělávání, péči a soudnictví (Petr a Marková, 2014).

Duševní poruchy postihovaly lidstvo již od jeho počátku, ale jen krátce jsou lidé trpící psychickou poruchou považováni za nemocné. Dříve byli často považováni za šílence. Zvláště ženy byly považovány za čarodějnice, kdy bývaly nařčeny za spolčení s ďáblem nebo zlým duchem. Kvůli tomuto historickému pozadí se psychiatrie vyvíjela odlišně od ostatních zdravotnických oborů. V dnešní době podstupuje ošetrovatelství v psychiatrii velkou modernizaci, stejně jako ostatní obory medicíny. Dříve se o duševně choré starali hlavně rodinní příslušníci, nebo byli nemocní zanecháni v rukách šamanů a jiných osob, o kterých si mysleli, že mají nadpřirozené schopnosti a nemocného ze spárů nemoci vysvobodí (Tošnarová, 2008).

K výběru tématu mě vedl zájem o psychiatrii a inspirace ve finském ošetrovatelství. Na otázku, proč jsem si vybrala právě Finsko, je snadná odpověď. V době volby tématu mé bakalářské práce jsem před sebou měla výjezd na odbornou stáž právě do Finska, kde jedním z oddělení, na kterém jsem měla vykonávat svou praxi, měla být i psychiatrie.

Cíle práce a výzkumné otázky

Tato práce si klade za cíl zmapování vývoje ošetrovatelské péče o nemocné s duševní poruchou. Jelikož je práce teoretického charakteru, má pouze informační vlastnost. Podává informace o průběhu vývoje ošetrovatelské péče o duševně nemocné a vzdělávání ošetrovatelského personálu u nás a ve Finsku. Poukazuje na roli sestry při ošetrování pacienta s duševní chorobou.

Cíle práce:

1. Porovnání vývoje ošetrovatelské péče o nemocné s duševní poruchou v českých zemích a ve Finsku.
2. Srovnání vývoje vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii v českých zemích a ve Finsku.
3. Zjistit rozdíly v současné ošetrovatelské péči o nemocné s duševní poruchou v českých zemích a ve Finsku.

Na základě stanovených cílů jsme zvolily tyto výzkumné otázky:

1. Jakým historickým vývojem až po současnost prošla ošetrovatelská péče o nemocné s duševní poruchou v českých zemích?
2. Jakým vývojem až po současnost prošla ošetrovatelská péče o nemocné s duševní poruchou ve Finsku?
3. Jakým vývojem prošlo vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii v českých zemích?
4. Jakým vývojem prošlo vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii ve Finsku?
5. Jaké jsou rozdíly v současné ošetrovatelské péči o nemocné s duševní poruchou v České republice a ve Finsku?

Metodika

Vývoj ošetrovatelské péče o nemocné s duševní poruchou: srovnání Česko – Finsko je prací teoretickou. Velkým přínosem pro zpracování této bakalářské práce byly návštěvy Národního archivu v Praze a Archivu ministerstva zdravotnictví České republiky, které nabídly podklady, které se nedají jinde opatřit. Byla tedy použita obsahová analýza odborných historických pramenů. Také návštěvy akademické knihovny a menších městských knihoven přispěly k rozšíření literárních zdrojů. Bylo využito vyhledávání v odborných internetových portálech, databázi PubMed a odborné zahraniční a tuzemské literatuře.

Klíčová slova

Česká republika, duševní onemocnění, Finsko, historický vývoj, ošetrovatelství, psychiatrie, vzdělávání sester

1 Současný stav

Péče o duševní zdraví se v České Republice poskytuje v různých formách. Dle řady vědeckých výzkumů je stav této péče v České republice v určitých aspektech horší než u ostatních obyvatel států západní a severní Evropy. Ministerstvo zdravotnictví představilo reformu systému psychiatrické péče, která má za cíl zlepšit kvalitu života duševně nemocných. Reforma bude mít své dopady i na poskytování ošetrovatelské péče. V jednotlivých evropských zemích existují rozdíly v psychiatrickém ošetrovatelství v oblasti kompetencí, vzdělávání a klinické praxi.

Psychiatrická péče o klienty s duševní poruchou je poskytována prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě. Mezi základní prvky této sítě patří psychiatrická ambulance, klinicko-psychologická ambulance, lůžkové zařízení a zařízení systému komunitní péče. To je průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

1.1 Historie psychiatrie a psychiatrického ošetrovatelství

V dávných dobách si lidé vznik duševních chorob spojovali nejen s množstvím přírodních vědomostí o vesmíru a světě, či lidském těle, ale na rozdíl od jiných medicínských disciplín také s filosofickými názory a kulturní vyspělostí společnosti. Přístup k duševním poruchám a duševně nemocným lidem v historii lze rozdělit na dva směry. První přístup lze nazvat jako vyčleňující, či trestající, druhý jako medicinizující a začleňující (Marková et al., 2006; Raboch a Pavlovský, 2013).

Lidé si dříve mysleli, že za vznikem celé řady přírodních jevů a nemocí stojí magické příčiny, především hněv a zloba nadpřirozených mocností. Nemoc tělesná či duševní byla považována za seslání trestu od bohů za odvrácení náklonnosti. Na obranu lidé nosili různé ochranné symboly při magických rituálech a obřadech, jako byli například amulety a talismany. Postupem času se začal rozvíjet i medicinizující přístup k duševně nemocným a objevoval se prvotní zárodek pozdějšího lékařství ve formě lidového léčitelství, v němž byly užívány lektvary rostlinného i živočišného původu. Péče se postupně začala profesionalizovat. Hlavní roli v ní nejdříve hráli šamani, poté kněží a nakonec lékaři (Marková et al., 2006; Raboch a Pavlovský, 2013).

1.1.1 Starověk

Významnou zásluhu na vývoji péče o duševně nemocné má egyptské a řecké lékařství. Již mnoho let před našim letopočtem byly v Egyptě zřizovány chrámy pro duševně nemocné, v jejichž okolí byly kvetoucí zahrady, uměle vytvořené háje a zdravé ovzduší Nilu. Do léčby byly zapojeny zpěvy, harmonické tóny, tanec a zábava. Důležitými parametry v léčbě byl pravidelný denní režim a tělesná hygiena nemocných, což můžeme vidět jako počátek cílené péče (Marková et al., 2006).

Velkou zásluhu v dějinách lékařství má řecký lékař a filozof Hippokrates, který hledal příčinu chorob ve vlivech vnitřního i vnějšího prostředí člověka. Prioritami byly individualita člověka a určení správné diagnózy. Nemoc byla podle něj přirozeným stavem a procesem. Pojem *paranoia* označoval všechny formy duševních chorob. Hlavní terapií bylo odstranění některých šťáv z těla nemocného za pomoci pouštění žilou (viz příloha č. 1), projímadel nebo dávidel. Za léčiva užíval rostliny a nerostné látky, medikamentózní léčbu doplňoval zábaly, změnou životosprávy, tělocvikem a procházkami (Marková et al., 2006).

1.1.2 Středověk

V této době léčba duševně chorých spočívala především v nápravě, korekci, izolaci nebo nezájmu (viz příloha č. 2). Šílenství bylo v té době chápáno jako omyl, hřích, nečistota, osamělost, sen v bdělém stavu, vytržení ze světa pravdy, zakotvení ve zlu a prázdnotě, zbavení rozumu nebo posednutí zlými duchy, případně ďáblem (Marková et al., 2006).

Tehdejší společenské instituce, které v té době předcházely prvním formám psychiatrických ústavů, azylů, léčeben či špitálů, se snažily vyrovnat se s projevy duševní abnormality, šílenství a nerozumu tak, že nemocné jednoduše vyčlenily někam do ústraní, mimo normální jedince a mimo celou společnost. Jednou z možností, jak nemocné vyčlenit ze společnosti, bylo vyobcování pomatenců do lesa, kde většinou neblaze dokonali svůj osud. Druhou variantou byla loď – „loď bláznů“ nebo také „opilý koráb“, který údajně plul po říčních cestách Vlámka a Porýní. Vykázat chorého na tuto loď bylo zárukou minimální pravděpodobnosti návratu. Odplutí mělo symbol připoutání

se k nekonečnu vodního rozcestí. Některé kroniky vyprávějí o stavění „věže bláznů“, které sloužily jako jakási „galerie“, kam se lidé mohli chodit „dívat se na blázny“. Tímto způsobem se společnost bránila přijmout těžké duševní poruchy u lidí. Ve středověku se jako léčba užívala modlitba, zaříkávání nebo vyhánění ďábla či jiné zlé síly, tzv. exorcismus. U netečných nemocných se užívalo k jejich probuzení čichání ostře pronikavých zápachů, nasazování hmyzu a mravenců do šatů, nebo pálení kůže rozžhaveným železem. Naopak u neklidných lidí se užívala technika ponořování do studené vody, svazování a přivazování ke kúlům nebo na rotační rakev, což byl otočný přístroj, na kterém byli nemocní otáčeni tak dlouho, dokud neztichli (Marková et al., 2006).

Jelikož v té době měla hlavní postavení církev, lékařství a s ním i výklad duševních chorob spadalo do rukou církevních intelektuálů. Církev určovala směr vyučování medicíny. Osudy psychiatrie ve středověku údajně patří mezi ty nejčernější v jejich dějinách vůbec. Do popředí se dostávala víra v existenci duševních nemocí, které byly způsobeny démony, a rozmáhala se víra v čarodějnictví. Plamenům byly v té době vydány tisíce duševně nemocných, místo toho, aby byli tito lidé umístěni do azylů pro duševně choré. Historikové také odhadují, že v průběhu šestnáctého a sedmáctého století padlo v Evropě za obět' čarodějnickým procesům několik set tisíc lidí, z nichž převážnou část tvořili duševně nemocní (Marková et al., 2006).

1.1.3 Novověk

V roce 1790 založil císař Josef II. Obecnou nemocnici v Praze, v níž určil dvě patra k potřebám blázince. Ten byl v první řadě určen pro šílené zuřivé, kteří byli nebezpeční okolí a pro šílené nečisté. Každé oddělení mělo dlouhou chodbu, která byla rozdělena na dvě rovné části po deseti kobkách nacházejících se po obou stranách chodby, která byla uzavřena dveřmi. Dolní polovina dveří byla dřevená, horní polovina pak zamřížovaná až ke stropu. V každé cele byly umístěny dvě lůžka, krátká lavice a noční stolek. Vše bylo ze silných prken, nebo vezdžené. Zuřivci byli izolováni v místnostech, kde byla lůžka nižší, pevně sbitá a se zapuštěnými železnými kruhy, k nimž byl nemocný v paroxysmu přivázán (viz příloha č. 3). Aby si nemocný

neroztříštil hlavu, čelo lůžka a zeď, u níž lůžko stálo, byly vypoštěňované. Každá cela byla osvětlená malým zamřížovaným okénkem a vytápěna byla zevně z chodby, na kterých na každém konci stála mohutná železná a mřížemi ohrazená kamna. Cely byly vydlážděny červenými cihlami. Dveře cel byly v dolní polovině otevřené, nahoře byly zamřížované, aby do cel mohlo proudit teplo. Na každé chodbě stály dva džbery na vodu a koupací vana, ze stropu visela lucerna. Je zřejmé, že ústav byl pouze útulkem, či opatrovnou duševně chorých. Ti byli hodni spíše politování vzhledem k panujícím názorům o příčinách šílenství, těžkým formám jejich nemocí a prostředkům, kterými se všeobecně zuření překonávalo a krotilo. Byli vydáni na milost a nemilost svým strážcům (Heveroch, 1926).

S dobou nemocných přibývalo, podmínky pro jejich hospitalizaci a ošetřování však nebyly vhodné. Muži i ženy zde žili pohromadě, klidní a nadějnější nesmírně trpěli těmi hlučícími, zchátralými a nečistými. Tím i psychózy, které by bylo možné vyléčit, měly podmínky, aby přešly ve formu trvalou. Chvilkovou pomocí bylo vyprázdnění několika místností, kam byli následně ubytováni klidnější nemocní, což ovšem neřešilo problém v delší budoucnosti (Heveroch, 1926).

V dalších letech proběhla opatření, která ústav upravovala dle náležitých požadavků na péči o choromyslné v této době. Nemocní byli například rozdělení dle pohlaví, povahy a příbuznosti chorob. V každé místnosti bylo umístěno několik lůžek, z nichž každé bylo vystláno slammíkem, žíněnkami, prostěradlem, vlněnou prošívanou pokrývkou a podhlavnicí. Bylo zajištěno vyhřívání železnými kamny a osvětlení nástěnnou nebo visutou lampou. Zřízena byla také konverzační místnost nebo čítárna (Heveroch, 1926).

V padesátých letech byl měřítkem pokrokovosti jednotlivých ústavů rozsah a způsob užívání omezujících prostředků (viz přílohy č. 2, 3 a 4). Surovost ve vymýšlení a užívání různých krotících prostředků byla rafinovaná, stejně tak používané instrumenty (viz příloha č. 6), a lékařské domněnky o původu duševních chorob koncem osmnáctého a počátkem devatenáctého století všechny tyto brutálnosti nařizovaly. Ústavy se u nás v tomto směru neodchylovaly od praktik, kterých se používalo všude jinde. Čistá lidskost však správně určovala, kam až sahají práva

nemocného a jeho ošetřovatele. Od roku 1822 byly v ústavech ponechány jen ty omezující prostředky, kterými se nemocnému zabraňovalo uškodit sobě nebo ohrozit nebezpečím ostatní nemocné, opatrovníky a lékaře. Ponechanými prostředky byly svěrací kazajka (viz příloha č. 7), rukavice a kurty, které nemocnému neuškodí, nepůsobí tělesnou bolest, omezují vysilující zmítání a přispějí k jeho uklidnění (Heveroch, 1926).

Užívaly se i prostředky, které mírnily intenzitu zuřivosti, jako dávidla a projímadla. Ty nemocného vysílily a unavily tak, že s ním bylo snadné manipulovat. K oslabování se používal i tzv. Autenriethový nátěr, což byla mast, která se natřela na oholenou hlavu nemocného a vyvolala prudký zánět kůže, až hlava a obličej otekly. Tento nátěr se ponechával i několik dní. Poté zánět zastavili jinou mastí a ten se hojil velmi pozvolna. Jelikož si ošetřující personál v té době myslel, že je natolik vyspělý, že neexistuje choroba, na kterou by nenašel v receptáři nebo lékárně účinný prostředek, nešetřil ani těmi farmaceutickými. Velkou moc přikládal práškům, mixturám, nálevům a náplastem. Užíval je pro každý chorobný jev, i když by často stačila jen změna životosprávy, koupel, nebo pohyb, a jev by vymizel sám. Používal komplikované medikamenty, aniž by řešil, zda nemocnému spíš více neuškodí, než prospějí (Heveroch, 1926).

V tomto období měla také velkou roli Velká francouzská revoluce (1789). Mnoho lékařů se ztotožnilo s humanistickými myšlenkami osvícenství, se sociálními ideály a s humanitními snahami encyklopedistů. Právě Velká francouzská revoluce má zásluhu na základním přebudování veškeré veřejné péče a reformu tehdejší nemocniční léčby (Marková et al., 2006).

Významným dnem pro psychiatrii je 11. září 1793, kdy pařížský lékař Phillipe Pinel vysvobodil z podzemních kopek pařížského blázince Bicetre duševně choré a vyvedl je na světlo a vzduch. Zaručil jim také řádnou ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření, právo na svobodu a osobní hygienu. Pinel patřil k významným francouzským lékařům. Říkalo se o něm, že „sňal duševně nemocným okovy“. Snažil se odstranit poutání duševně chorých a nahradit vězeňský režim režimem bez omezování a zastrahování. (Marková et al., 2006). Tento přístup se často označuje za revoluci

v psychiatrii. Cesta moderní psychiatrie k účinné léčbě choromyslných začíná odstraněním omezení a nesvobody nemocných (Hosák et al., 2015). V té době proto přesvědčil Konvent dvě tehdejší vězeňská zařízení, aby umožnily reformu na psychiatrické nemocnice. Byl zastáncem názoru, že blázní jsou nemocní lidé, které je potřeba léčit, a že si zaslouží ohledy od ostatních. Snažil se tedy propagovat přátelský a vlídný přístup k nemocným a jejich pochopení, čímž se stal vzorem pro ostatní. Zavedl terapeutický režim, jehož náplní byla léčba prací, psychologické a pedagogické působení. Pinel patří k prvním psychiatrům a je považován za zakladatele novodobé ústavní péče (Marková et al., 2006).

Ústavní péče o duševně nemocné v Čechách byla ovšem na počátku devatenáctého století velmi nedostačující. V ústavech bylo poskytováno jen základní ošetření. Světlou výjimkou byla Městská nemocnice v Plzni, která už při svém otevření v roce 1833 měla dva pokoje určené k léčbě až šesti duševně nemocných. Tuto péči poskytovala celých šedesát čtyři let (Doněk et al., 2006). Budování psychiatrického ústavnictví vedlo k osamostatnění psychiatrie a následně ke vzniku samostatného oboru (Marková et al., 2006).

1.1.4 Dvacáté století

Počátek 20. století se nesl ve znamení snah o aktivní biologické ovlivňování duševních onemocnění. Nejdříve se jednalo o umělé navození horečky, kdy následovala léčba tzv. trvalým spánkem, dietní a hormonální. Praktické výsledky však nebyly vždy dle očekávání psychiatrů (Petr a Marková, 2014). Psychiatrie byla v této době také ovlivněna dílem Sigmunda Freuda, který svou teorií o vzniku duševních chorob významně přispěl k psychoanalýze medicíny (Marková et al., 2006).

Větší zlom nastal používáním konvulzivní léčby roku 1930, kdy první metodou šokové léčby byla léčba inzulínová, během které se vyvolávaly stavy bezvědomí následkem nízké hladiny cukru v krvi. Následně byla tato léčba rozšířena o šoky kardiazolované a acetylcholinové, avšak od nich bylo brzy upuštěno kvůli častým komplikacím. Poslední metodou, která se užívá dodnes, je léčba elektrošoky. Další

rozvoj zaznamenala i psychoterapie, která se stala uznávanou metodou a součástí komplexní péče o duševně nemocné (Petr a Marková, 2014).

Nejvýznamnějším zlomem ve vývoji psychiatrie bylo objevení psychofarmak v padesátých letech dvacátého století. Užívání těchto léků přineslo zásadní dopad na péči o duševně nemocné. Došlo ke snížení užívání omezovacích prostředků, vznikala stále další psychiatrická zařízení s otevřeným režimem a mnoho duševně nemocných mohlo být léčeno ambulantně, bez nutnosti hospitalizace (Petr a Marková, 2014).

Současná psychiatrie je výsledkem dvou různých proudů. Na jedné straně stojí eliminace nepříjemně se chovajících jedinců ze společnosti a jejich označení za duševně nemocné, na straně druhé osamostatnění léčby nemocných od všeobecné medicíny (Petr a Marková, 2014).

1.2 Mentální hygiena

Mentální (duševní) hygiena je pojmem, který byl poprvé použit profesorem Sweetsterarem z Vermontu v knize, kterou vydal roku 1843. Tento pojem v sobě zahrnuje schopnost či umění zachovat si duševní zdraví a metody, které k němu přispívají. Počátkem dvacátého století bylo založeno hnutí za duševní hygienu Cliffordem Beersem, který napsal knihu „Duše, která se našla“, v níž čerpá z osobní zkušenosti. Kniha se stala základem pro další práce o potřebách lidí s duševní poruchou a pro prevenci psychiatrických poruch. Je to tedy obor zkoumající biologické a sociální podmínky, které působí na psychiku, zabývající se vývojem a upevňováním duševního zdraví a jeho prevencí (Petr a Marková, 2014).

1.3 Rozdělení prevence a její cíle

Podporování duševního zdraví a předcházení duševním nemocem se týká rozhodujících individuálních, rodinných, komunitních a sociálních činitelů duševního zdraví. Ty spočívají v posílení obranných faktorů a v omezení těch rizikových. Pro opatření má zásadní význam prostředí, ve kterém lidé tráví velkou část svého času, například školy a pracoviště (Komise Evropských společenství, 2005).

Prevenici dělíme na primární, sekundární a terciární. Primární prevence si klade za cíle odstranit sociální vlivy, které působí negativně na člověka, a vyhledávat ohrožené jedince. Na duševní stabilitu jedince působí vnitřní i vnější vlivy. Mezi vnitřní faktory zahrnujeme vlastnosti osobnosti, které můžeme do určité míry rozvíjet a pěstovat. Každý z nás má jiný způsob vnímání a jiné reakce na stresové situace, což může být ovlivněné například vlastním žebříčkem hodnot. Mezi neovlivnitelné faktory řadíme primární fyzické a duševní postižení. Takovíto jedinci jsou více vystaveni stresovým skutečnostem, které se musí naučit zvládat vhodným způsobem. Není ovšem pravidlem, že můžeme ovlivnit všechny vnější vlivy prostředí. Řadíme sem životní styl jedince, pracovní a sociální prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, a jiné stresové faktory s tím spojené. V zájmu zachování duševního zdraví se musíme zaměřit na přijetí situace a budování přiměřeného sebevědomí (Petr a Marková, 2014).

Sekundární prevence má za úkol vyhledávání nemocných a zajistit tím jejich včasnou léčbu. Duševní disharmonie se může projevovat mnoha způsoby, jak psychickými, tak i somatickými. Somatické obtíže mohou být způsobeny reakcí na stres, tzv. psychosomatické onemocnění. Náročné životní situace, například nástup do školy, narození dítěte nebo ztráta životního partnera, mohou organizmus vyčerpat tak, že dojde k somatickému onemocnění. Někteří jedinci se snaží, ať už vědomě či nevědomě, skrýt psychiatrické potíže za somatický obraz nemoci s tím, že trpí psychiatrickou poruchou. Včasné odhalení a rychlé zahájení léčby samozřejmě snižuje možné poškození jedince a jeho okolí. Může dojít ke zmírnění nebo až k úplnému vyléčení psychosomatického onemocnění (Petr a Marková, 2014).

Terciární prevence se snaží snížit následky psychických poruch na co nejnižší stupeň. Mnoho duševních poruch obnáší dlouhodobou léčbu psychofarmaky, která mohou negativně ovlivňovat jiné funkce organismu. Může tak docházet k recidivám, progresím nebo k charakteru doživotního onemocnění. Lidé trpící duševní poruchou se často setkávají s problematickým přístupem jejich okolí ke své nemoci (Petr a Marková, 2014).

2 Organizace péče o psychiatricky nemocné v ČR

Na systém péče o duševní zdraví můžeme nahlížet jako na skladbu, fungování a organizaci jednotlivých komponent, které pokrývají sféru služeb, financování, vzdělávání, prevence, výzkumu a legislativy. Rozvoj systému péče by měl být založený na důkazech, měl by tedy vycházet z nejlepších dostupných poznatků a směřovat by měl k vyváženému modelu péče (Winkler a Janoušková, 2013).

Psychiatrická péče je v České republice realizována pomocí systému vzájemně propojených služeb. Základními pilíři tohoto systému jsou psychiatrická ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení (psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a psychiatrické kliniky) a zařízení systému komunitní péče, které jsou průnikem psychiatrie do oblastí sociálních služeb (Petr a Marková, 2014).

Česká republika patří mezi země, které nemají vládní program péče o duševní zdraví, důsledkem je tedy nesystematické zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá lůžková kapacita a nedostatek zařízení komunitní péče. Psychiatrie je v České republice nedostatečně financována, péče je neuspokojivá a rozvoj tohoto oboru je zanedbán a opožděn oproti jiným zemím Evropské unie. Zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho složkách (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

Psychiatrickou péčí u nás vyhledávají více ženy (60 %) než muži. Nejčastějšími důvody, proč ženy vyhledávají odborníka, jsou afektivní, neurotické a organické duševní poruchy. U mužů jsou nejčastějšími důvody pro léčení sexuální poruchy či deviace, poruchy vyvolané alkoholem a dalšími psychoaktivními látkami. Nejčastějšími diagnózami u pacientů v psychiatrických ambulancích jsou poruchy neurotické (39 %) a afektivní (18 %) (Petr a Marková, 2014).

2.1 Ambulantní péče

Psychiatrické ambulance jsou základním pilířem provázaného a kooperujícího systému psychiatrické péče. Hlavním úkolem psychiatrické ambulance je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, resocializace a hodnocení duševních poruch. Tato ambulance je z velké části místem prvního kontaktu mezi pacientem a psychiatrickou péčí. Kontakt je většinou dlouhodobý, kontinuální, a ambulantní psychiatr bývá koordinátorem pacientovy péče, tedy jeho průvodcem v systému psychiatrických a zdravotně-sociálních služeb (Petr a Marková, 2014). Ambulantní psychiatrická péče se měla v budoucnu stát jádrem veškeré péče o zdraví obyvatelstva v tom smyslu, že v ambulantních poliklinikách se bude provádět nejen terapie, ale především hlavně prevence (Dobíšek et al., 1962).

Kvalitativní analýzy ukazují, že počet případů je vysoký a psychiatři jsou tak přetížení a nemají dostatek času na řešení problematiky pacientů. V důsledku pak nedostatečně kooperují s dalšími poskytovateli péče. V systému ambulantní péče existují také specializované ambulance, například pro děti, pro léčbu závislostí nebo gerontopsychiatrické ambulance. Síť ambulantních psychiatrů však není rovnoměrná, koncepce oboru psychiatrie považuje za optimální stav devíti až desíti psychiatrů na 100 000 obyvatel. Počet pacientů ošetřených v psychiatrických ambulancích postupně narůstá, avšak počet ambulantních specialistů takto výrazně nenarůstá. U případů, kde ambulantní léčba není dostatečná, indikuje ambulantní psychiatr léčbu v lůžkovém zařízení (Petr a Marková, 2014; Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

2.2 Lůžková péče

2.2.1 Historie lůžkových částí psychiatrie

Kádrové zajištění středními zdravotnickými pracovníky bylo nedostačující na všech psychiatrických odděleních poliklinik, neboť na většině oddělení nebylo dosaženo uspokojivého obsazení, tj. jedna zdravotní sestra a jedna sociální pracovníce na jednoho lékaře. Materiální vybavení na psychiatrických odděleních poliklinik také nebylo na žádoucí úrovni. Chyběly dokonce i elektroencefalografy. Prostorové vybavení

většiny psychiatrických oddělení bylo nevyhovující. Chyběly místnosti pro sestru, sociální pracovníky, kolektivní psychoterapii, také izolační místnost pro neklidné nemocné, kde by byli umístěni, než dojde k jejich převozu do léčení ústavního. Proto pro nedostatečné věcné a prostorové vybavení nemohly dobře plnit svoji funkci konziliárního centra (Dobíšek et al., 1962).

Léčebná rehabilitace a přeškolení nemocných na jiná povolání nebyly řádně rozvinuty. V tomto směru jsme zaostávali v celém státě (Dobíšek et al., 1962).

2.2.2 Dnešní lůžková péče

Lůžkovou psychiatrickou péči rozdělujeme na akutní a následnou. Akutní péče by měla být poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, ta následná potom v psychiatrických nemocnicích. Reálná situace se však poněkud liší vzhledem k nedostatku lůžek na psychiatrických odděleních. V České republice je až 80 % psychiatrických lůžek v psychiatrických nemocnicích, což je důvod, proč je velká část akutní péče realizována právě v těchto zařízeních (Petr a Marková, 2014).

Lůžkovou péči lze rozdělit do tří základních typů. Prvním je akutní lůžková péče, která je poskytována okamžitě po vzniku nebo zhoršení psychické poruchy. Poskytovatelé této péče musejí být schopni přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatií z celého diagnostického spektra oboru psychiatrie, provést u něj veškerá potřebná vyšetření, stanovit diagnózu a adekvátně zahájit léčbu. Vyplývá z toho tedy, že zde musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost laboratorních a zobrazovacích metod a dostupnost konziliárních služeb jiných oborů, například neurologie nebo vnitřní lékařství. Úkolem této akutní péče je včasná diagnostika, nastavení vhodné léčby a zajištění odpovídající návazné péče, která může být v závislosti na zdravotním stavu pacienta. Spočívá v zajištění ambulantní psychiatrické péče, předání pacienta do péče komunitních týmů nebo zajištění přeložení na lůžka následné péče (Petr a Marková, 2014).

Druhým typem lůžkové péče je následná lůžková péče. Ta je určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces, a byla nastavena terapie. Přítomné projevy

psychopatologie však neumožňují propuštění pacienta do domácí péče s podporou komunitních služeb nebo do zařízení sociální péče (Petr a Marková, 2014).

Třetím a posledním typem je specializovaná lůžková péče, která se zaměřuje na určitou diagnózu, věk nebo způsob léčby, například na léčbu poruchy příjmu potravy, závislostí nebo na léčbu gerontopsychiatrických pacientů. Lůžka tu mohou být jak akutní, tak i následná (Petr a Marková, 2014).

2.2.3 Zdravotnická zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči

Existují tři zdravotnická zařízení, kde lze poskytovat lůžkovou psychiatrickou péči. Jedním z nich jsou psychiatrické nemocnice, jejichž úkolem je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných bez ohledu na věkovou kategorii. Zařízení přijímají pacienty k dobrovolné i nedobrovolné hospitalizaci. Plní také úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud nejsou psychiatrická oddělení zřízena nebo nemají potřebnou lůžkovou kapacitu. V České republice máme osmnáct psychiatrických zařízení pro dospělé a tři pro děti. Průměrná délka ošetrovací doby se pohybuje kolem pětaosmdesáti dní (Petr a Marková, 2014).

Druhým zařízením jsou psychiatrická oddělení, která jsou většinou součástí všeobecných nemocnic nebo mohou být samostatným zařízením. Zde je hlavním úkolem poskytování akutní psychiatrické péče, což znamená péči nutnou k provedení komplexní diagnostiky, včasnému nastavení léčby a rychlé stabilizaci zdravotního stavu pacienta. Oddělení jsou určena pro krátkodobou, a ve většině případů pro dobrovolnou, hospitalizaci pacientů s akutní duševní poruchou nebo s akutní dekompenzací duševní chronické poruchy. U nás dnes existuje jedenatřicet psychiatrických oddělení, bohužel část těchto oddělení není schopna poskytovat akutní péči vzhledem k nedostatečnému personálnímu a technickému vybavení. Specializují se tak na určité diagnostické spektrum pacientů. Doba ošetřování je průměrně dvacet dní (Petr a Marková, 2014).

Dalším zařízením pro poskytování psychiatrické lůžkové péče jsou psychiatrické kliniky, které jsou speciálním typem psychiatrických oddělení fakultních nemocnic. Kliniky úzce spolupracují s lékařskými fakultami a kromě zdravotních služeb se zabývají i výukou vysokoškolských studentů, výchovou postgraduální a výzkumnou

činností. Tyto kliniky poskytují psychiatrickou péči ve zvláště složitých případech (Petr Marková, 2014).

2.3 Komunitní péče

Vývoj veřejné péče o duševně nemocné v Čechách byl ve svých počátcích spjat s vývojem veřejné péče o chudé a nemocné vůbec. Z minulosti je jasné, že stejně jako všude jinde, tak i u nás měly veškeré humanitní instituce základ v křesťanství. Omezená působnost a nevykonnost těchto ústavů vedla v důsledku k tomu, že v Praze v době Josefské byly všechny dobročinné nadace, odkazy a sbírky bez přesného určitého účelu vyhledány, sebrány a vtěleny do sovětského nadačního fondu, ze kterého byla v roce 1790 zřízena „všeobecná nemocnice“ v Praze. Ta už měla oddělení pro choromyslné. K budování veřejné péče o duševně nemocné v Čechách přispělo právě zřízení tohoto oddělení (Heveroch, 1926).

Pojem komunitní péče má význam širšího souboru služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejlépe podmínkám běžného života. Tato podpora by měla vycházet jak z běžných zdrojů v komunitě, jako je rodina, přátelé nebo běžné služby v obci, tak ze specializovaných služeb, jako je ambulantní psychiatrie, případové vedení, specializované terénní týmy nebo denní a krizová péče, včetně akutní lůžkové péče, která bývá provázaná s ostatními službami (Pěč, 2008).

K postupům, které komunitní péče užívá, patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, především v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora rodinných, přátelských a dalších vztahů (Petr a Marková, 2014). Integrovaná zdravotně sociální péče je z dlouhodobého hlediska velmi výhodná zvláště pro vážně duševně nemocné. Je efektivní a praktické, nachází-li se těžiště péče o pacienta v jeho přirozeném prostředí (Hejzlar et al., 2010).

Komunitní péče je od poloviny dvacátého století dominantním trendem v mnoha vyspělých zemích a bývá spojována s tzv. deinstitucionalizací. Ta sleduje redukci velkých psychiatrických léčeben a jejich alespoň částečnou přeměnu v komunitní služby. Prostředkem pro uskutečnění těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s danou geografickou oblastí své působnosti (Peč, 2015).

Roku 2012 existovalo jedenadvacet denních stacionářů pro léčbu duševních poruch, z nichž asi polovina byla součástí větších lůžkových zařízení a polovina samostatná. Denní stacionáře jsou situovány spíše ve větších městech. Krizová centra s 24hodinovou dostupností psychiatra jsou v České republice pouze tři. Od roku 2006 je zavedena péče psychiatrických komunitních sester. Jejich náplň práce se zaměřuje na případové vedení a individuální rehabilitaci ve vlastním prostředí pacientů. Dnes existuje pouze pět takovýchto pracovišť, kde tato služba funguje. Optimální počet komunitních psychiatrických sester by se měl blížit počtu deseti psychiatrických sester na 100 000 obyvatel, avšak počet komunitních psychiatrických sester je dnes nedostatečný. Uvádí se, že v roce 2012 v celé České republice pracovalo pouze dvanáct komunitních psychiatrických sester (Petr a Marková, 2014).

Další důležitou součástí komunitních služeb jsou služby psychiatrické rehabilitace, které spadají do oblasti sociálních služeb. Řadíme sem například služby na podporu bydlení, práce a zaměstnání, volného času a sociálních kontaktů, dále případové vedení, poradenství a jiné. Tyto služby jsou rovněž rozmístěny zejména ve větších městech, v některých regionech služby neexistují vůbec (Raboch et al., 2012).

U nás se systém komunitní péče zatím nepodařilo příliš rozvinut a péče má charakter spíše institucionální. Bývá soustředěna do psychiatrických nemocnic (Pěč, 2005). Můžeme tedy říct, že terénní psychiatrická péče nemá v České republice ideální podmínky. Rozvoj této péče se odvíjí od strategie reformy psychiatrické péče. V komunitní péči může pracovat pouze sestra se specializací v psychiatrii, což znamená nízký počet těchto sester (Loudová, 2013).

3 Reforma psychiatrické péče

Hlavním cílem strategie je zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. Mezi specifické cíle patří zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování, zvýšení spokojenosti s poskytovanou psychiatrickou péčí, zvýšení efektivity psychiatrické péče (včasná diagnostika a identifikace skryté psychiatrické nemoci) a zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšení podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení). Dalším cílem je omezení stigmatizace duševně nemocných a obor psychiatrie obecně. Patří sem také zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a v neposlední řadě humanizace psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

3.1 Současný stav v ČR před reformou a stav očekávaný po realizaci reformy

Současný stav systému psychiatrické péče v České republice je takový, že ambulantní psychiatři jsou velmi přetížení a psychiatrické nemocnice materiálně i technicky zastaralé. Jsou charakteristické svou velikostí a velkou spádovou oblastí, což zahrnuje časovou a teritoriální dostupnost pro uživatele péče. Dalším problémem je nedostatečné financování péče o duševně nemocné. Do ní jdou necelá tři procenta zdravotního rozpočtu, přičemž ve vyspělejších státech Evropské unie se investuje deset až patnáct procent ze zdravotního rozpočtu. Ovšem zdravotní rozpočet je v těchto státech rovněž o něco vyšší (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Alarmující jsou však čísla za posledních deset let, kdy počet pacientů v psychiatrických ambulancích vzrostl až o 66 %, což znamená, že zhruba 600 000 lidí ročně navštíví ambulantního psychiatra. V institucích se léčí zhruba 60 000 lidí a v ústavech sociální péče asi 4 500 duševně nemocných. Odhad tzv. skryté psychiatrické nemoci je tak okolo 1,0–1,5 milionu lidí, tedy každý pátý člověk v České republice trpí duševní poruchou, a to bez dostatečné zdravotně-sociální sítě (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015b).

3.2 Očekávaný budoucí vývoj

Ve stávajícím systému psychiatrické péče lze najít klady, například vyšší dostupnost psychofarmak a zlepšující se odborná úroveň pracovníků, ale také nedostatky. V současné době se většina psychiatrické péče odehrává v psychiatrických ambulancích. Ambulantní psychiatři jsou z velké části financováni z veřejného zdravotního pojištění formou plateb za zdravotní výkony a nemají pevně definované spádové oblasti. Ze statistik vyplývá, že dlouhodobým trendem je nerovnováha mezi narůstajícím počtem pacientů s duševním onemocněním, kteří vyhledávají ambulantní psychiatrickou péči, a nárůstem počtu psychiatrických lékařů, kteří by jim měli tuto péči poskytovat (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Zatímco hospitalizace podchycují krátkou, i když významnou, část onemocnění, kontakt mezi pacientem a ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje návaznost pacientovy psychiatrické problematiky. Důležitou skutečností je pak obeznámenost ambulantního psychiatra se sociálním a vztahovým prostředím pacienta. Dnešní systém úhrad však nutí ambulantního psychiatrického lékaře ošetřovat vysoký počet pacientů. Tím se mu nedostává dostatečné množství času na pacienta, nemá potřebný prostor pro komunikaci s ním, pro sociálně-psychiatrické intervence a psychoterapii. Systém tedy v dnešní době stimuluje kvantitu péče a zároveň působí proti zvyšování jeho kvality (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Dalším problémem je nedostatečně rozvinutá síť specializovaných ambulancí a nedostatečná dostupnost krizové psychiatrické pomoci v terénu. Z hlediska kooperace jak mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak v oblasti spolupráce s praktickými lékaři a klinickými psychology, chybí dostatečná provázanost péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Z pohledu lůžkové psychiatrické péče je asi osmdesát procent veškerých finančních a personálních kapacit soustředěno v psychiatrických nemocnicích. Kapacitní složení psychiatrických nemocnic v České republice je z třetiny tvořena z lůžek akutní péče a ze dvou třetin z lůžek pro dlouhodobě nemocné. Lze také říci, že zhruba polovina lůžek v těchto zařízeních jsou gerontopsychiatrická lůžka, dále pak lůžka pro dětskou a dorostovou psychiatrii, lůžka forenzní a pro léčbu návykových nemocí. Financování

psychiatrických zařízení je zprostředkováno v závislosti na počtu obsazených lůžek bez ohledu na to, jedná-li se o lůžka pro dlouhodobou nebo akutní hospitalizaci pacienta. Problémem těchto psychiatrických nemocnic jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých není možnost alternativy pro lůžkovou péči. Dalšími problémy jsou materiální a technické opotřebení, které způsobuje nedostatečné financování a nedostatek investičních zdrojů, nedostačující personální vybavení z důvodu nedostatku finančních prostředků a kvalifikovaných pracovníků na trhu práce. Nedostatečná personální a technická kapacita má za následek, že část psychiatrických oddělení v nemocnicích neposkytují péči pacientům s vážnějším duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Oddělení nemocnic s psychiatrickou péčí disponují zhruba čtrnácti procenty psychiatrických lůžek poskytující akutní lůžkovou péči z celkového počtu. Kvůli nedostatečné kapacitě lůžek na psychiatrických odděleních je tato akutní péče poskytována také v psychiatrických nemocnicích. Můžeme tedy říct, že z celkového počtu psychiatrických lůžek, což je 9 254, jich pro akutní péči slouží v psychiatrických nemocnicích a psychiatrických oddělení nemocnic zhruba 3 000, což odpovídá přibližně třiceti procentům doporučeného poměru mezi akutními a následnými lůžky. Problém hledáme pouze v tom, že psychiatrické nemocnice poskytují akutní péči, kterou neobsahuje smluvní vztah s pojišťovnami, a často nemají potřebné zázemí personální ani technické. Tímto nedochází jen k rozporům ve financování lůžkové péče, ale také ke statistickému zkreslení skutečného počtu a potřeby akutních psychiatrických lůžek (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Velký rozdíl zaznamenáváme i mezi jednotlivými nasmlouvanými poskytovateli akutní lůžkové péče. Jsou oddělení, která kvalitně poskytují akutní lůžkovou péči a jsou schopna nepřetržitě přijímat pacienty v akutním stavu všech psychiatrických diagnóz díky personálnímu, věcnému i technickému vybavení. Jsou však i oddělení, která mají nasmlouvanou akutní péči, ale vzhledem ke svému špatnému vybavení nemohou tento typ péče kvalitně poskytovat, čili jejich metoda léčby je spíše psychoterapeutická. Zmíněné nesrovnalosti mezi jednotlivými akutními lůžkovými odděleními jsou další

příčinou vytvářející rozpor ve financování akutní péče a zkreslující počet a potřebu akutních psychiatrických lůžek (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

V otázce budoucího vývoje je nutno poznamenat, že v České republice je nerovnoměrně rozložena lůžková péče a regionálně se velmi liší. V určitých krajích se nachází jak psychiatrická nemocnice, tak i lůžkové psychiatrické oddělení v nemocnici, jinde pouze jeden lůžkový subjekt, přičemž kde není zřízena nemocnice, se nachází lůžek minimum. Psychiatrická péče má u nás spíše institucionální charakter, neboť se doposud nepodařilo systémově rozvinout komunitní péči. Perspektivní složkou této péče je však celkem hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Již od devadesátých let minulého století probíhá rozšiřování denních stacionářů a psychotherapeutické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Dnes je u nás dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center celkem jedenadvacet denních stacionářů, které spadají pod resort zdravotnictví. Méně než jedna polovina je součástí lůžkových zařízení, druhou polovinu tvoří samostatná zařízení, která však vznikala především do roku 1999. Po roce 2000 nevznikla skoro žádná nová. U nás existují pouze tři krizová centra, která nabízejí nepřetržitou dostupnost psychiatra. Ostatní krizové služby, které mají snahu pokrýt tento nedostatek, jsou omezeny časovou dostupností a nedostatečným vybavením specializovaného personálu. Povahově jsou to spíše experimentální pracoviště. Nedostatečně rozvinuty jsou nízkoprahová kontaktní centra a terénní služby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Asi deset mobilních týmů je u nás registrováno jako sociální služby pracující v terénu s klienty s vícečetnými potřebami dlouhodobého charakteru. Péče je zde poskytována spíše sociálními pracovníky, výjimečně je pak péče zastoupena zdravotnickými pracovníky. Aktivní vyhledávání lidí, kteří potřebují odbornou pomoc, umožňují pouze dva týmy. Sestry specializované v psychiatrii zde jsou k dispozici pouze na třech místech (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Sociální programy pro podporu bydlení, zaměstnávání atp., jsou zajišťovány asi třemi desítkami neziskových organizací, které se specializují na vážně duševně nemocné. Organizace jsou financovány především dotacemi na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu, z rozpočtu krajů, obcí a specifických grantových titulů.

Stávající způsob financování je velmi nestabilní a objem prostředků je limitovaný (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Do sítě, která zajišťuje péči o osoby s duševním onemocněním, je nutné také zahrnout lůžka v domovech sociální péče a hlavně lůžka v domovech sociální péče se zvláštním režimem. Počet klientů umístěných v těchto zařízeních se pohybuje kolem několika tisíc. Nejméně osmdesát procent finančních zdrojů na provoz státních sociálních služeb o osoby s duševní poruchou je vázáno na pobytová sociální zařízení institucionálního typu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

Dnešní systém financování psychiatrické péče bývá často odbornou komunitou napadán. Mimo jiné je poukazováno na celkové podfinancování tohoto sektoru zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015a).

4 Vzdelávání ošetrovateľského personálu v psychiatrii

V dnešní době rozlišuje česká legislativa u nelékařských zdravotnických pracovníků odbornou způsobilost, kam řadí všeobecnou sestru, zdravotnického asistenta a ergoterapeuta. Dále rozlišuje také specializovanou způsobilost, která zahrnuje například sestru pro péči v psychiatrii, sestru v intenzivní péči nebo dětskou sestru. Tento titul je možné získat absolvováním specializačního vzdělávání. Tento typ vzdělávání byl založen v roce 1960. V tomto roce bylo založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, které se zaměřovalo na systematické a celoživotní vzdělávání zdravotníků. Dnes je tato organizace známá jako Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů. Náplní je zajištění specializačního vzdělávání v řadě nelékařských zdravotnických oborů, včetně ošetrovateľské péče v oboru psychiatrie (Petr a Marková, 2014).

V letech 1997–2004 bylo možné pro péči v psychiatrii získat specializovanou způsobilost po absolvování oboru diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách. Podle legislativy není podmínkou specializovaná způsobilost pro práci sestry na psychiatrii, ovšem vzhledem ke specifickým nárokům oboru je žádoucí (Petr a Marková, 2014).

V roce 2013 provedla psychiatrická sekce ČAS (Česká asociace sester) šetření v devětatřiceti lůžkových psychiatrických zařízeních, které se zaměřují na zmapování počtu lékařů, jejich pracovního zařazení a také na počty sester, které mají specializovanou způsobilost. Bylo zjištěno, že specializovanou způsobilost v psychiatrii splňuje pouze devětadvacet procent sester, z celkového počtu 3 436. Nejčastějším důvodem tohoto nízkého procenta je pravděpodobně nedostatečná motivace ke studiu, protože mnozí zaměstnavatelé specializaci nepožadují, ani finančně neocenují. Důvodem je také malá kapacita specializačního vzdělávání (Petr a Marková, 2014).

Psychiatrické sestry by měly získat formální vzdělání, nejlépe vysokoškolské, kde osnovy zahrnují základní vědomosti potřebné pro nabídku intervencí, péče v souladu s nejnovějšími poznatky z oblasti duševního zdraví a zvláště psychiatrického ošetrovateľství. Sestry by se měly registrovat u národních orgánů, existují-li takové, jako psychiatrické sestry jen v případě, že absolvovaly uznávaný vzdělávací program.

Sestry bez specializačního vzdělání v psychiatrickém ošetřovatelství pracující s duševně nemocnými pacienty musí být povzbuzovány k tomu, aby absolvovaly kurzy na vysokoškolské úrovni, které se zaměřují na problematiku jejich pacientů. Měla by být podpora vytváření programů na regionálních i celostátních vysokých školách pro psychiatrické sestry na pregraduální a postgraduální úrovni, které budou v souladu se základními požadavky pro práci psychiatrické sestry. Vysoké školy by však měly být nabádány k tomu, aby tyto programy byly sdíleny na mezinárodní úrovni. Sestry by neměly být nuceny pracovat v péči o duševní zdraví bez odpovídající přípravy a podpory. Měly by mít po dosažení kvalifikace příležitost k pravidelnému a trvalému celoživotnímu vzdělávání pro zajištění kvality péče, která odpovídá současným poznatkům a nejlepší praxi. Dále by měly mít možnost akademického postupu prostřednictvím magisterského či doktorandského studia oborů, které jsou vhodné pro psychiatrické sestry, a také kariérní strukturu, která podporuje potenciál zvyšování znalostí a dovedností. Vhodná by byla také podpora během vzdělávacího programu ze strany učitelů, školitelů, kteří vedou specifický dohled po omezenou dobu v období první klasifikace a klinickou supervizi během celé profesní kariéry. Psychiatrickým sestřám by měl být poskytnut alespoň přístup k této podpoře a prostředkům profesního rozvoje (Horatio, 2012).

4.1 Legislativa kompetencí sester na psychiatrických odděleních

Činnosti, ke kterým je sestra oprávněna je provádět, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Dle této vyhlášky naplňuje ošetrovatelská péče v psychiatrii kritéria specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče. Touto specializovanou péčí je chápáno poskytování základní ošetrovatelské péče pacientům majícím patologické změny psychického stavu, kteří nevyžadují neustálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života, zdraví pacienta nebo jeho okolí. Spadá do kategorie vysoce specializované péče. Péči tohoto typu může vykonávat všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí, nebo všeobecná sestra pod jejím odborným dohledem (Petr a Marková, 2014).

4.1.1 *Kompetence sestry pracující v psychiatrii*

Sestra pro péči v psychiatrii pečuje o pacienty s patologickými změnami psychického stavu. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může sestra provádět poradenské činnosti v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace. Může koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, pracovat aktivně s osobami určenými pacientem a společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního prostředí. Sleduje chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize, pomáhá v adaptaci pacienta na změněné životní podmínky a podporuje zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit. Také provádí psychoterapeutickou podporu. V rozsahu specializované způsobilosti vykonává takové činnosti, které pacienta s duševní poruchou začleňují do vlastního sociálního prostředí (Česko, 2011).

Dle indikace lékaře lze bez odborného dohledu provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dále poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s patologickými změnami psychického stavu, který vyžadují neustálý dozor, použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení vlastního života či zdraví nebo svého okolí. Také sleduje dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotí známky zhoršování onemocnění, vyhodnocuje, zda pacient není nebezpečný sám sobě nebo svému okolí, a informuje lékaře, pokud by bylo nutné zajistit opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí. Pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa může sestra v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci, vykonávat činnosti při zabezpečování psychologické pomoci rodině, používat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů a dále zajišťovat psychoterapeutický režim oddělení (Česko, 2011).

4.2 Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení

Začlenění ošetrovatelského procesu na psychiatrii má svá specifika. Sestra zde pomáhá klientovi při řešení jeho problémů. Při kontaktu s pacientem nepřetržitě monitoruje jeho chování a reakce. Ošetrovatelský proces se stal efektivním prostředkem k řešení problémů, cílem je stanovení směru a struktury poskytované ošetrovatelské péče, odpovídající biopsychosociálním a spirituálním potřebám pacienta i rodiny. Ošetrovatelský proces se často jeví jako komplikovaný, což v některých případech je, protože i lidské chování je někdy velice složité (Hlinovská a Fišarová, 2009).

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je zcela jiná než práce sestry na jiných odděleních. V její denní náplni práce je obsaženo navázání blízkého vztahu s pacienty, provázení pacientů v těžkých obdobích, vytváření nových a bezpečných struktur denního života, v čemž osobnost sestry ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče více než kde jinde. Je zde několik faktorů, které ovlivňují kvalitu péče. Jedním jsou osobnostní předpoklady, kdy sestra musí dosáhnout určité úrovně poznání sebe sama a zvládat náročné situace. Práce si žádá citlivý a empatický přístup k potížím nemocných. Je tedy nutné, aby se dostatečně ovládala a zachovala neutrální postoj. V oboru psychiatrie je velmi vysoký nárok na přizpůsobení ošetrovatelské péče individuálně ke klientovi. Zabrání se tak určitému stereotypu v reakcích, které jinak umožní zvládat i velmi vypjaté situace (Marková et al., 2006).

Dalším aspektem je znalost symptomatologie duševních poruch, neboť neznalost může vést k vážným chybám v přístupu. Správné posouzení příčin pacientova chování umožní sestře udržet si potřebný odstup. Sestra by měla znát účinky psychofarmak, která mají svá specifika, například doba nástupu účinku. Teoretické znalosti a praktický nácvik dovedností vyžaduje zvládnutí metody získávání údajů pozorováním a rozhovorem. Je třeba zvládat efektivní komunikaci a kladení otázek. Sestra musí umět naslouchat, upozadit své potřeby a dát prostor pacientům. Jako člen týmu se účastní psychoterapeutických aktivit a ovlivňuje ho svým přístupem a způsobem kontaktu. Dle průběhu onemocnění je důležité volit vhodný model péče, proto by měla mít znalosti v nových metodách ošetrování. Pacienty vede k sebepěči, samostatnosti a snaží se předcházet vzniku závislostí na zdravotnickém zařízení (Marková et al., 2006).

5 Omezující prostředky

Omezujícím se rozumí specifický prostředek, který se řadí mezi léčebné postupy, jejichž cílem je zabránit újmě na zdraví nebo majetku pacienta, ostatních pacientů nebo ošetřujícího personálu, ke které by mohlo dojít v důsledku neklidu agresivního pacienta. Lze je využít pouze na dobu nezbytně nutnou, správným postupem a s podrobně provedenou zdravotnickou dokumentací. Během jejich použití sestra pravidelně kontroluje celkový stav pacienta a o kontrole provádí záznam (Vondráček et al., 2011). Tyto prostředky znamenají zásah do lidských práv a důstojnosti, nicméně v psychiatrii je někdy jejich použití nezbytné. Mohou být použity pouze pro terapeutický účel jako krajní řešení situace při neklidu a agresivitě pacienta po vyčerpání všech nerestriktivních opatření. Nejčastějšími důvody pro použití jsou závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožujícího okolí, autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození nebo sebevraždy (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Pro omezení pohybu pacienta při poskytování zdravotnických služeb je možné použít úchop pacienta zdravotnickými pracovníky či jinými osobami k tomu určenými, omezení pomocí ochranných pásů nebo kurtů. Pacienta lze umístit do síťového lůžka nebo místnosti určené k bezpečnému pohybu. K omezení pohybu se může použít ochranný kabátek či vesta, která zamezuje pohybu horních končetin pacienta. Užívají se psychofarmaka a jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na vlastní žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy. Možné je užití kombinace prostředků výše uvedených (Vyhláška č. 372/2011 Sb.). Výrazným omezujícím prostředkem je i hospitalizace pacienta proti jeho vůli, tedy bez jeho písemného souhlasu. Z širšího pohledu je za restriktivní opatření považován i pobyt na uzavřeném oddělení. V České republice byla tradičně užívána síťová lůžka, která jsou však jinými zeměmi považována za nehumánní (Marková et al., 2006).

Vždy by mělo platit, že se tyto postupy volí až jako krajní možnost řešení poté, co selhaly předchozí intervence. Měly by trvat pouze po dobu nezbytnou a pacientovi musí být věnována zvýšená péče lékařská i ošetrovatelská (Marková et al., 2006).

6 Finský systém zdravotní péče

Finsko má povinný systém zdravotní péče založený na daních, který poskytuje obsáhlé pokrytí pro celou populaci. Stát a obce odvádějí daně za zdravotní péči. V roce 2002 bylo financováno okolo třiačtyřiceti procent nákladů na zdravotní péči obcemi, sedmnáct státem, šestnáct z národního zdravotního pojištění a okolo čtyřiaadvaceti soukromými zdroji. V témže roce celkové zdravotní výdaje zahrnovali zhruba sedm procent hrubého domácího produktu ve Finsku. To je nejnižší úroveň mezi severskými zeměmi a nižší než evropský průměr. I přes tento fakt zdravotnický systém péče poskytuje vysokou kvalitu péče, což je celkem efektivní porovnání se systémy v jiných zemích, a Finové jsou s tímto systémem spokojeni. (WHO, 2006). Obce jsou zodpovědné za poskytování služeb v oblasti duševního zdraví jejich obyvatelům, což je jedním z úkolů zdravotních center dle zákona (Primary health care act). Je tu také zvláštní zákon pro služby v oblasti duševního zdraví (Mental health act) přijatý v roce 1991, ve kterém jsou definovány například pravidla pro donucovací opatření (Vuorenkoski et al., 2008).

V osmdesátých letech dvacátého století bylo duševní zdraví ambulantních pacientů pod administrativou speciálních služeb, ale zdravotní centra byla financována za zaměstnání psychologů pro prevenci v oblasti duševního zdraví. Tito psychologové řídili jejich práci s dětmi, školami, speciálními rizikovými skupinami nebo nabízeli kancelářské služby pro běžné krizové životní situace (Vuorenkoski et al., 2008).

Později byly služby v oblasti duševního zdraví aktivně přesunuty z nemocnic do komunity. Během roku 1990 byly postupně služby v duševním zdraví přemístovány pod administrativu zdravotních center ve většině nemocničních oblastí a hodně dlouhodobých pacientů bylo přerazeno z institucionální péče do péče ambulantní, nebo do přechodných služeb, např. podpora samostatného bydlení. V této době významně poklesla průměrná délka léčebného pobytu v hospitalizační péči. Avšak příbytek ambulantních psychiatrických služeb neodpovídal redukci nemocničních lůžek, z části kvůli ekonomickému úpadku, stejně tak jako ostatní podporující služby, a přechodné služby se nenavýšily na potřebný rozsah. V tomto období byl také kladen větší důraz na veřejné zdraví. Kvůli vysokému počtu sebevražd zavedla národní správa program

na jejich prevenci během let 1986–1996. Program zahrnoval výzkumný projekt na rizikové faktory sebevražd (Vuorenkoski et al., 2008).

Veřejná primární zdravotní péče je poskytována pomocí zdravotnických center. Obce mohou vlastnit své centrum nebo vytvořit společné obecní zastupitelstvo s centry zúčastněných obcí. Hlavní funkcemi centra jsou poskytnutí vodítek v otázkách zdraví a provádění prevence nemocí. Dále organizace lékařských prohlídek a screeningů pro místní obyvatele, provoz dětské kliniky, poskytování služby v oblasti zdravotní péče ve školách a zaměstnáních (Välimäki et al., 2007).

Specializovaná lékařská péče je nabízena v nemocničních oblastech. Největší základna zdravotnické oblasti z hlediska počtu obyvatel má přes 1 400 000 obyvatel, zatímco ta nejmenší má jen něco přes 65 000. Každá nemocniční oblast má centrální nemocnici a další oddělení. Pět z nich jsou univerzitní nemocnice nabízející náročnější formu specializované lékařské péče. Více než čtvrtina finských lidí využívá služby nemocničních oblastí v průběhu roku. Poskytování veřejného zdraví je doplněno o služby soukromé zdravotní péče. Méně než deset procent lékařů pracuje výhradně v soukromém sektoru, ale mnoho lékařů poskytující veřejné zdravotní služby drží soukromé ordinace mimo jejich pravidelnou pracovní dobu. Ve Finsku je také několik soukromých nemocnic. Pacienti mohou získat poplatky účtované soukromými lékaři zpět ze státního zdravotního pojištění (Välimäki et al., 2007).

6.1 Služby v oblasti mentálního zdraví ve Finsku

Služby v oblasti mentálního zdraví prošly ve Finsku během posledního století rozsáhlou reformou. V době deinstitucionalizace bylo mnoho služeb v oblasti psychiatrie stále na nízké úrovni, stejně tak lůžková péče v psychiatrických nemocnicích a ambulantní péče. Během roku 1970 se ve Finsku začala prosazovat reforma psychiatrických služeb jako část organizačních změn ve zdravotní péči. K velkému snížení psychiatrických lůžek nemocničních došlo v letech 1970–1990, a to o pětasedmdesát procent. Tato redukce během dvaceti let zapříčinila zrušení jedné pětiny psychiatrických lůžek. Nyní se počet psychiatrických lůžek pohybuje v průměru kolem čtyř tisíc, což činí osm desetin procenta ze všech nemocničních lůžek. Ve stejnou dobu dramaticky poklesl

počet hospitalizovaných pacientů. V roce 1980 bylo více jak 55 000 pacientů hospitalizovaných během dvou let, což bylo sníženo na 560 v letech 1982–2009. Roku 1990 proběhly ve Finsku změny ve službách mentálního zdraví, které byly uvedeny v novém zákoně o duševním zdraví (1116/1990) s cílem zlepšit psychiatrické služby. Navíc byly v roce 1991 služby psychiatrie sloučeny s druhým stupněm zdravotní péče a obcím byla dána odpovědnost v poskytnutí fondu službám v oblasti mentálního zdraví. (Välimäki et al., 2007).

Nyní je systém péče o duševně nemocné ve Finsku decentralizovaný. Je organizován na místní úrovni v rámci obcí, jichž je 416. Ty jsou odpovědné za organizaci ambulantní duševní péče a rehabilitace. Specializovaná péče o duševně nemocné je organizována nemocnicemi. Zahrnuje služby pro hospitalizované pacienty a část ambulantních služeb pro pacienty. Jsou zajištěny přes nemocniční okresy. Hlavní výzvou v systému péče o duševní zdraví je redukce regionálních rozdílů ve kvalitě a dostupnosti péče (Välimäki et al., 2007).

Psychoterapie je tradičně poskytována osobami samostatně výdělečně činnými v soukromém sektoru. Jejich náklady na léčbu klientů nebo pacientů jsou hrazeny ze sociálního pojištění, nebo v některých případech ze soukromého pojištění (Välimäki et al., 2007).

6.1.1 *Ambulantní péče a hospitalizace*

Ambulantní služby jsou poskytovány zdravotními centry, centry duševního zdraví a ambulantními odděleními psychiatrických nemocnic. V centrech pro duševní zdraví pracují psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry a pracovníci sociální péče. Přítomni jsou i další odborníci. Hodně center pro duševní zdraví bylo přemístěno do správy zdravotních center, ale neexistovala žádná systematická národní politika. Celkový obraz je v tomto ohledu proměnný napříč zemí (Vuorenkoski et al., 2008).

Ambulantní služby podporují dlouhodobé psychiatrické pacienty. Zahrnují bytové domy, sdílené byty, denní nemocnice, denní stacionáře a chráněné bydlení. Organizace poskytování těchto služeb se liší v každém regionu. Jsou zajištěny od obecní sociální

služby po systém zdravotních služeb, od soukromého sektoru po specializované psychiatrické nemocnice (Vuorenkoski et al., 2008).

Duševní choroby jsou většinou léčeny kombinací rozhovorů a léčiv, někdy také různými druhy skupinových aktivit. Psychiatrická léčba je u mnoha těžkých a dlouhotrvajících duševních problémů často realizována tzv. ambulantně, což znamená, že pacient není v nemocnici přes noc, ale navštěvuje ji několikrát týdně nebo měsíčně pro předepsání léků. V závislosti na místě bydliště a potřebách pacienta nabízí ambulantní péče různé druhy pomocných služeb, jako je podpora bydlení, nebo zajištění obnovy denních aktivit. Účelem obnovy denních aktivit je zlepšení kvality duševního zdraví pacienta a udržení jeho nezávislosti a aktivity. Denní aktivity často zahrnují příležitosti k vaření, cvičení, kempování a možnost rozhovoru s dalšími duševně nemocnými lidmi a lektory (Mental health services).

V případech, že nejsou ambulantní služby dostatečné, jsou pacienti odkazováni na psychiatrickou jednotku pro posouzení potřeb jejich léčby. V praxi není jednoduché být přijat a hospitalizován v lůžkové péči (Mental health services). Institucionální péče je poskytována na psychiatrických odděleních nemocnic. Některá oddělení jsou umístěna ve všeobecných nemocnicích, jiná jsou samostatnými psychiatrickými nemocnicemi zřízenými nemocničními okresy. Finsko má dvě státní psychiatrické nemocnice, které poskytují vyšetření a léčbu duševního zdraví pro zločince, u kterých bylo upuštěno od stíhání pro duševní chorobu, a ostatní pacienty, jejichž péče je považována za nebezpečnou nebo zvláště složitou (Vuorenkoski et al., 2008). Začátkem roku 1980 mělo Finsko stále více než 20 000 psychiatrických lůžek, všechny situovány v oddělených psychiatrických nemocnicích (WHO, 2005).

6.2 Rozvoj psychiatrie a profesního profilu psychiatrické sestry ve Finsku

Vývoj psychiatrie ve Finsku byl z počátku stejný jako u nás. Až roku 1889 byly postaveny obecní domy s odděleními pro choromyslné a stále více měst a obcí se zapojovalo do zřízení zdravotnického zařízení. Nicméně nemocnost stoupala a mnoha pacientům byla předurčena trvalá ústavní péče. K léčbě choromyslných se také začal vyučovat lékařský personál a kvůli neklidným pacientům se museli uchýlovat

k nedobrovolné léčbě a donucovacím prostředkům. Léčba za pomoci operace mozku se ve Finsku rozšířila až v letech 1940, ale kvůli častým komplikacím, jako byla paralýza nebo demence, bylo v roce 1960 od této metody upuštěno (Forsius, 1996).

Vznik psychiatrických sester jako profesionální skupiny šlo v počátcích dvacátého století ruku v ruce s rozvojem finského systému o duševní zdraví a moderní psychiatrií. Největší finské nemocnice byly postaveny hlavně v letech 1920–1930. Hned od začátku byly psychiatrické sestry nejcentrálnější profesní skupinou odpovědnou za péči. Jak se měnily pečovatelské praktiky, museli doktoři dbát na zlepšování profesionálních zkušeností sester. První kurzy pro péči v duševním zdraví byly uspořádány ve městě Lapinlahti v roce 1913, podnět přišel od psychiatrů. Postupně byly kurzy organizované v dalších velkých nemocnicích. Nejprve byla délka praxe tři měsíce a později jeden rok. Zahrnovala zejména praktický trénink (Nikkonen, 1994).

Ve srovnání s mnoha jinými západními státy bylo psychiatrické ošetřování ve Finsku hlavně institucionální. Nové psychiatrické nemocnice se stavěly do roku 1970. Ošetřovatelský personál se více střídal, ale psychiatrické sestry zůstaly největší profesionální skupinou. Protože psychiatrické sestry byly považovány za „pomocné zdravotní sestry“, nikdo neměl opravdový zájem o jejich rozvoj. Byla tu myšlenka prodloužit jejich výcvik, což by navýšovalo jejich cenu a vedlo k nárokům na zvýšení platu. Studium nebylo reformováno do roku 1960, ale až s obecnou reformou ošetřovatelského personálu. Vyučování v kurzech bylo průběžně sjednocováno a sdílení teorie značně vzrostlo. Přidal se rok a půl studia a to bylo přemístěno do zdravotnických škol, které spadaly pod Národní radu pro odborné vzdělávání (Nikkonen, 1994).

Metoda psychoterapeutické péče byla stanovena v roce 1970. Padl návrh, aby psychiatrické sestry byly vyškolené. Pak by měly širší dovednosti a více odpovědnosti za péči pacientů. Nehledě na návrh, sestry s delším studiem zůstaly odpovědné hlavně za poskytnutí psychoterapeutické péče (Nikkonen, 1994).

Úpadek zdravotnických zařízení a přesun do neinstitutizované péče tvaroval strukturu péče psychiatrického personálu ve Finsku po roce 1980. Protože neinstitutizovaná péče znamenala nezávislou práci a širší rozsah profesních dovedností, byla tu myšlenka, že by sestry specializované pro psychiatrickou péči měly převyšovat

počet sester v ošetrovatelském systému. Reforma psychiatrické péče se zaměřila na rehabilitaci dlouhodobých pacientů. Profesní titul se změnil ze „sester pro duševní nemoc“ na „sestry pro duševní zdraví“ s cílem zdůraznit pojem zdraví. Ekonomická krize v devadesátých letech dvacátého století zrychlila úpadek institucí. Zavírání některých psychiatrických nemocnic bylo hnací silou pro psychiatrické sestry jako profesionální skupinu čelit nové situaci (Nikkonen, 1994).

7 Systém vzdělávání sester ve Finsku

Vzdělávání sester ve Finsku je nyní uskutečňováno na univerzitách aplikovaných věd. Studijní programy jsou schvalovány ministerstvem školství. Na těchto školách jsou tři možnosti vzdělávání v ošetrovatelském programu, a to zdravotní sestra, sestra pro veřejné zdraví a porodní asistentka. Registrované sestry mají kompetence k práci převážně v nemocnicích, zatímco registrované sestry pro veřejné zdraví k práci v komunitních centrech nebo školách. Zdravotnický asistent je nižším stupněm sestry a je schopný pracovat samostatně v některých základních úkolech, ale v nemocnicích často pracuje s všeobecnou zdravotní sestrou. V roce 1995 byly zavedeny nové základní zkoušky vedoucí k odborné kvalifikaci v sociální a zdravotní péči pro zdravotnické asistenty. Ti ošetřují a podporují rozvoj lidí z různých věkových skupin a v různých životních situacích (Lahti, 2014).

Ve Finsku je vzdělávání sester rozděleno do čtyř fází na univerzitách aplikovaných věd: bakalářské, magisterské, doktorandské univerzitní vzdělání a navazující vzdělávání. Jsou dvě možnosti jak získat základní ošetrovatelskou kvalifikaci. První možností je vzdělávání na vyšší škole, která trvá tři roky. Poté je možné podat žádost na polytechnický stupeň, který je známý jako univerzita aplikovaných věd, pro bakalářský stupeň vzdělání v ošetrovatelství, který trvá tři a půl roku. Druhou možností je podání přihlášky přímo po základním vzdělání na odbornou kvalifikaci v odborných institucích nebo studovat praktické vzdělávání trvající tři roky. Poté je možné pokračovat bakalářským studiem všeobecného ošetrovatelství (Lahti, 2014).

Ve Finsku je studium bakalářského programu registrované sestry na stejné úrovni jako vystudování všeobecné úrovně. Školy poskytují vyšší vzdělávání, praktické dovednosti a studium v práci během klinické praxe. Tak zvaná „praktická sestra“ je sestrou s nižším vzděláním a kvalifikací v sociální a zdravotní péči. Studenti si mohou vybrat specializaci, jednou z možností je duševní zdraví (Lahti, 2014). Bakalářský program ošetrovatelství se skládá z 210 kreditů. Vychází na tři a půl roku studia s tempem 60 kreditů za akademický rok (Räholm et al., 2010).

7.1 Magisterský a doktorandský stupeň vzdělání

Absolvent požadovaného stupně registrované sestry se může přihlásit na univerzitu pro studium bakalářského, magisterského a doktorandského titulu. Ve Finsku je pouze pět univerzit, které nabízejí všechny tři stupně vzdělávání (Lahti, 2014).

Magisterský titul na univerzitě je rozdělen do dvou částí. V první části studenti dosáhnou bakalářského vzdělání v ošetrovatelství dosažením 180 kreditů. Nicméně dřívější všeobecné studium ošetrovatelství může být uznáno, pokud má student dosaženo alespoň 100 kreditů. Poté zabere získání bakalářského titulu rok až rok a půl. Druhou částí je magisterský titul, který studenti dosáhnou získáním 120 kreditů, což trvá přibližně dva roky. V doktorandském ošetrovatelství se po studentech požaduje splnění 60 kreditů v teoretické části a jsou kvalifikováni k vědecké práci. Studium ošetrovatelství na bakalářské a magisterské úrovni podstoupilo nedávnou reformu (Lahti, 2014).

7.2 Navazující ošetrovatelské vzdělávání

Po dokončení základního stupně vzdělávání v ošetrovatelství je k dispozici navazující studium, kterým je možné si zvýšit dosud získanou kvalifikaci. Jedná se o navazující lékařské vzdělání, odborné vzdělávání, pokračující odborný rozvoj a celoživotní vzdělávání. Navazující studium vyžaduje dobrou finanční situaci a možnost podílet se na attributech navazujícího studia, jakými jsou cíle, profesionální rozměr a soustředění na klinickou praxi. Navíc by navazující studium mělo vytvořit lepší klinickou praxi, profesní růst a rozvoj (Lahti, 2014).

Zaměstnavatelé mají povinnost zajišťovat navazující studium pro zdravotníky. Typicky však zaměstnanci v oblasti zdravotní péče podstupují další studium na základě vlastní iniciativy. Zaměstnavatel má i přesto klíčovou roli ve výběru dalšího potřebného studia a poskytnutí úlev zaměstnanci potřebných pro studium. Obce jsou rovněž zákonem podporovány v organizování dalšího studia. Státní rada vydala rozhodnutí, že zdravotníci by měli podstoupit další studium v délce tři až deseti dní za rok. Délka tohoto studia se liší v závislosti na dosaženém vzdělání, pracovních požadavcích a popisu práce (Lahti, 2014).

7.3 E-Learning v navazujícím studiu ošetrovatelství

E-learning je inovativním, dynamickým a důležitým způsobem jak nabídnout studijní příležitosti. Je výzvou najít univerzální definici pro všechny e-learning, který užívá informační a komunikační technologie ve vyučování, proto je obecným termínem a může být definován několika způsoby. Nejčastěji spojuje rozdílné druhy učení a vyučování s využitím elektronických zařízení a internetu. Aby se kurz počítal jako e-learningový, bylo stanoveno, že student musí strávit online alespoň pětadvacet procent kurzu. Je to vhodná metoda pro pracující zdravotníky, kteří pokračují ve vzdělávacích kurzech. Umožňuje studentům rozšířit si své znalosti a zároveň být aktivní během svého studia. Vlastní aktivita studenta v procesu učení je považována za důležitou a může být povzbuzující během sebehodnocení, reflexe, kritického učení a zpětné vazby od učitele (Lahti, 2014).

Tato metoda může být rozdělena na pasivní, odlehčenou formu vyučování, interaktivní vyučování a virtuální realitu. Pasivní vyučování je nejjednodušší forma, kde jde hlavně o doručení studijního materiálu ve formě textu nebo obrázků. Odlehčená forma vyučování nezahrnuje interakci, ale spíše o dobře zorganizované možnosti ukládání studijních materiálů a ostatních zdrojů. Interaktivní studium vyžaduje více spolupráce a může být částečně simulováno v realitě. Nabízí tak zpětnou vazbu založenou na studentově aktivitě. Navíc mohou být studenti v kontaktu s učitelem díky používání interaktivních pomůcek (Lahti, 2014).

8 Role sestry v oblasti služeb mentálního zdraví

V roce 2002 žilo ve Finsku celkem 56 458 registrovaných sester. Počet kvalifikovaných sester, tedy těch registrovaných jako psychiatrické sestry pracující v psychiatrických nemocnicích, poklesl z 5 399 v roce 1990 na 3 984 v roce 2005. Tento trend je jasným výsledkem klesajícího počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích ve Finsku (Välimäki et al., 2007).

Role sestry na poli ošetrovatelství je podporovat zdraví, předcházet nemocem, pečovat a rehabilitovat. Sestra plánuje a provádí ošetrovatelskou péči, sleduje pacienty, spravuje léčiva, informuje, vede a podporuje pacienty, klienty a příbuzné, atp. Sestry pracují jak samostatně, tak i v početnějších profesionálních týmech. Jejich profesionální odbornost je založena na vědomostech jak pracovat eticky, provádět rozhodnutí v péči, spolupracovat s multidisciplinárním týmem, rozvíjet vedení, ošetrovat multikulturně, pracovat společensky a ošetrovat klinicky. Role sestry ve Finsku je nezávislá a sestry jsou zodpovědné za rozhodnutí, která učiní v denní ošetrovatelské péči. Mají nejbližší vztah s pacienty a jejich příbuznými. Na poli psychiatrického ošetrovatelství je základní rolí sestry pečovat o zdraví jednotlivce, skupiny a podporovat je ve zvládnutí denních zdravotních problémů, se kterými se setkávají v důsledku jejich nemoci (Välimäki et al., 2007).

8.1 Etický kodex související s omezením pacienta

Ve Finsku jsou etické kodexy pro mnoho profesí, nejvíce kodexů bylo změněno v letech 1980–1990 a nové se připravují. Tyto kodexy jsou spíše podobné v obsahu, ale liší se v důrazu. Etický kodex sester je ve Finsku založen na ICN Codu z roku 1973. Etické zásady ošetrování byly schváleny Shromážděním finské sesterské federace 28. září 1996. Cílem etických kodexů je podpora sester, porodních asistentek a veřejných zdravotních sester v jejich každodenních rozhodnutích zahrnující etické otázky. (Välimäki et al., 2007).

Sestra by měla respektovat autonomii a sebeurčení pacienta a dát mu možnost účastnit se rozhodnutí, pokud jde o jeho vlastní péči. Sestra by si měla uvědomit, že každá informace, kterou podá pacientovi, je důvěrná. Měla by rozhodnout, s jakými

lidmi zapojenými do péče bude informaci sdílet. Dále by měla zacházet s pacienty jako s lidskou bytostí, měla by pacientovi naslouchat a být empatická. Vztah mezi sestrou a pacientem by měl být založený na otevřené spolupráci a na vzájemné důvěře (Yleinen, 2014).

Finský svaz sester navrhnul etické zásady pro praktické sestry a pro praktické sestry duševního zdraví. V centru těchto zásad je princip sebeurčení založen na víře, že každý člověk je nejlepším znalcem jeho vlastních životních lží. Klienti nebo pacienti by měli být schopni učinit rozhodnutí o různých službách, alternativních metodách léčby a jejich účincích. Etické zásady garantují, že autonomní člověk je schopný nezávislé reflexe a rozhodování. Člověk má také právo sledovat postup dle své volby a právo na poskytnutí náležité pomoci (Välimäki et al., 2007).

9 Závěr

Tato práce má za cíl zmapovat vývoj ošetrovatelské péče o duševně nemocné v Česku a Finsku, zmapovat systém péče a vzdělávání ošetrovatelského personálu v oblasti duševního zdraví v těchto dvou zemích. Náplní této závěrečné práce byla také možná inspirace od vyspělejší země v systému psychiatrické péče.

Psychiatrie jako medicínský obor a ošetrovatelství s ním spjaté si prošlo velkým vývojem v historii lidstva. Od myšlenky, že duševní choroba je následkem řady přírodních jevů, přes magické příčiny až ke zlobě nadpřirozených mocností, proti nimž si lidé nosili ochranné symboly ve víře, že se jich nemoc nedotkne. Starověké názory si vysloužily zásluhu na vývoji péče o duševně nemocné. Konkrétně Hippokrates hledal příčinu nemoci ve vnitřním a vnějším prostředí, jež mají na člověka vliv. Zaměřoval se na individualitu jedince a na určení správné diagnózy, což je klíčové pro léčbu. Středověk považoval duševní nemoc za hřích nebo posednutí zlými duchy, nebo dokonce d'áblem. Až v novověku se zakládaly první blázince, které však byly kapacitně velké až pro několik stovek, někdy i dokonce tisíce, nemocných lidí. Je tedy zřejmé, že ošetrovatelský personál nebyl schopný poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči a naplnit potřeby všech hospitalizovaných. Až lékař Phillipe Pinel, se zasloužil o řádnou ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření, o právo na svobodu a osobní hygienu u duševně chorých. Právě on pochopil nutnost a potřebu náležité léčby. Dvacáté století bylo ve znamení šokové léčby a objevení psychofarmak.

V naší zemi je systém psychiatrické péče takový, že byly nesystematicky zřizovány další psychiatrické instituce, ambulantní služby jsou nerovnoměrně rozšířené nebo chybí úplně, máme zastaralou lůžkovou část a velký nedostatek zařízení pro komunitní péči. Oproti tomu stojí Finsko, kde zrušili všechny léčebny a psychiatrickou péči přesunuli především do ambulantní a komunitní sféry. Zastávají názor, že péče o duševní zdraví je nejlepší v přirozeném prostředí klienta. Například doma může být pacient obklopen rodinou a přáteli, kteří jsou nedílnou součástí péče o duševně nemocné. Hospitalizace nemocných s duševní poruchou má u nás za následek nedostatečné návštěvy pacientů rodinou a tím ovlivňuje uspokojování sociálních potřeb.

V některých případech je hospitalizace nutná a nevyhnutelná, a proto místo léčeben mají ve Finsku pouze vyhrazená oddělení v nemocnicích.

V tomto směru nám snad napomůže reforma psychiatrické péče, abychom se v systému péče alespoň z části vyrovnali zemím, jako je Finsko. Konkrétně jde o omezení počtu lůžek v nemocnicích (dříve léčeben) a přesunutí co největší možné části do komunitní sféry. Vždyť je obecně známo, že v prostředí, které známe, se cítíme nejlépe. Naplňuje nás pocity jistoty a bezpečí a duševní zdraví to v jistém směru zlepšuje a podporuje.

Také ve vzdělávání ošetrovatelského personálu můžeme najít odlišnosti mezi Českou republikou a Finskem. Například bakalářský stupeň ošetrovatelství, který u nás trvá 3 roky, je ve Finsku prodloužen o půl roku. Všechny tři stupně vzdělání, tedy bakalářský, magisterský a doktorandský stupeň, lze ve Finsku studovat pouze na pěti univerzitách, které nabízejí všechny tyto stupně vzdělání, zatímco u nás je takovéto studium možné snad v každém kraji republiky. Ve Finsku je výhodné vzdělávání pomocí e-learningu, které může dopomoci k lepší kvalifikaci. Také zaměstnavatelé více dbají, aby se ošetřující personál dále vzdělával i v průběhu výkonu povolání. Můj pocit ze samo-vzdělávání je takový, že je personál spíše donucen účastnit se některých kurzů a seminářů na základě popudu získávání určitého počtu kreditů během jejich výkonu povolání, než z vlastní iniciativy.

V závěru své práce musím ale říci, že oproti dávným dobám je dnešní péče o duševní zdraví natolik vyspělá, že nemocnému dokáže poskytnout potřebnou péči i přesto, že v některých směrech u nás ještě trochu zaostává za Finskem.

10 Seznam použitých zdrojů

- 1) ČESKO, 2011. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- 2) DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
- 3) DOBÍŠEK, K., et al., 1962. *Zpráva o rozvoji psychiatrické péče s rozbohem současného stavu péče o psychicky nemocné na území hl. města Prahy, podle vládního usnesení č. 194/1962 o opatřeních k rozvoji psychiatrické péče.* Inv. číslo 318. Národní archiv hl. města Prahy. Praha.
- 4) DONĚK, Emanuel, Antonín DONĚK, Jana DOŇKOVÁ a Radim BENEŠ, 2006. *Zemské ústavy pro choromyslné v Českém království. Psychiatrie pro praxi.* Olomouc: Solen, 7 (6), 305-306. ISSN 1213-0508.
- 5) FORSIUS, Arno, 1996. Johan Haartman (1725–1788) – Suomen lääketieteen isä. *Elisa: Suunalahti* [online]. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 1996 [cit. 2014-06-03]. Dostupné z: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/haartman.html>
- 6) HEJZLAR, Petr, Martin HALÍŘ a Marek FIALA, 2010. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii* [online]. Praha: Tigis, 2010, 14 (3), 146-152 [cit. 2014-08-15]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1082458-Komunitni-poistup-v-pee.html>
- 7) HLINOVSKÁ, Jana a Zuzana FIŠAROVÁ, 2009. Ošetrovatelský proces v psychiatrii – spojení teorie a praxe. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky.* Praha: 2009. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/osetrovatelsky-proces-v-psychiatrii-spojenni-teorie-a-praxe/>
- 8) HORATIO, 2012. *Deklarace z Turku.* [online] Praha: ČAS, 2012 [cit. 2013-09-10]. Dostupné z: <http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/mezinarodni-spoluprace/deklarace-z-turku.html>

- 9) HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 10) KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ, 2005. *Zelená kniha: Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii*. Brusel: Komise Evropských společenství.
- 11) LAHTI, Mari, 2014. *Evaluation of an e-learning course: coercion practices in psychiatric nursing*. Turku. University of Turku. Department of Nursing Science. Doctoral Programme in Nursing Science.
- 12) LOUDOVÁ, Michaela, 2013. Zpráva z II. kongresu na téma: Léčba v psychiatrii Co se skrývá pod povrchem, aneb Ostrava!!!. *Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2013 [cit. 2014-07-10]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/soubory/1383980856.pdf>
- 13) MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- 14) MENTAL HEALTH SERVICES. *Mieli: The Finnish Association for Mental Health* [online]. Helsinki [cit. 2014-06-03]. Dostupné z: <http://www.mielenterveysseura.fi/en/home/mental-health/seeking-help-mental-health-problems/mental-health-services>
- 15) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2015a. *Strategie reformy psychiatrické péče: Projektový blog Strategické projektové kanceláře MZ* [online]. Praha, 2015 [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
- 16) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2015b. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, 2015. 3. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- 17) NIKKONEN, Merja, 1994. Caring from the point of view of a Finnish mental health nurse: a life history approach. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1185-1195. ISSN 1365-2648.

- 18) PĚČ, Ondřej, 2005. Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu komunitní péče o duševně nemocné. In: *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Praha: Psychiatrické společnosti ČLS JEP, 2005 [cit. 2015-08-04]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_2_78_84.pdf
- 19) PĚČ, Ondřej, 2008. Možnosti a meze změn struktury psychiatrické péče u nás. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2008, 9 (4), 155 [cit. 2014-08-10]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/01.pdf>
- 20) PĚČ, Ondřej, 2015. Komunitní péče. In: www.ceskapsychiatrie.cz [online]. Praha: PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2015 [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: http://ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106
- 21) PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- 22) PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2008. *Koncepce oboru psychiatrie – I. Revize 2008*. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf
- 23) RABOCH, Jiří, Barbora WENIGOVÁ (eds.), 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): odborná zpráva z projektu*. Praha: Psychiatrická společnost ČSL JEP. ISBN neuvedeno.
- 24) RÄHOLM., M-B., HEDEGAARAD, B.L., LÖFMARK., A., SLETTEBØ, Á., 2010. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (9), 2126-2137. ISSN 1365-2648.
- 25) TOŠNAROVÁ, Hana, 2008. Historie institucionální péče o psychicky nemocné v ČR. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 4 (10), 24-25. ISSN 1801-1349.
- 26) VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ, 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3697-6.

- 27) VUORENKOSKI, L., P. MLADKOVSKY a E. MOSSIALOS, 2008. Finland:
Health system review. *Health system in transition*. 10 (4), 1-168. ISSN neuvedeno.
- 28) WHO, 2005. *Mental health atlas 2005*. Rev ed. Geneva: World Health Organization.
- 29) WHO, 2006. *Highlights on health in Finland 2004*, 2006. Dostupné z:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/103852/E88101.pdf
- 30) WINKLER, Petr a Miroslava JANOUŠKOVÁ, 2013. Systémy psychiatrické péče v Evropě I: popis reformních procesů ve 12 zemích EU. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii* [online]. Praha: Tigris, 2013, 17 (2), 65-70 [cit. 2015-01-15]. ISSN 1212-6845. Dostupné z:
http://www.tigris.cz/images/stories/psychiatrie/2013/02/03_winkler_psych_2-13.pdf
- 31) YLEINEN, 2014. Ethical Guidelines of Nursing. In: *Sairaanhoitajat* [online]. 2014 [cit. 2015-08-06]. Dostupné z: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ethical-guidelines-nursing/>

11 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1 Pouštění žilou

Příloha č. 2 Dřevěná klec

Příloha č. 3 Postel Utica

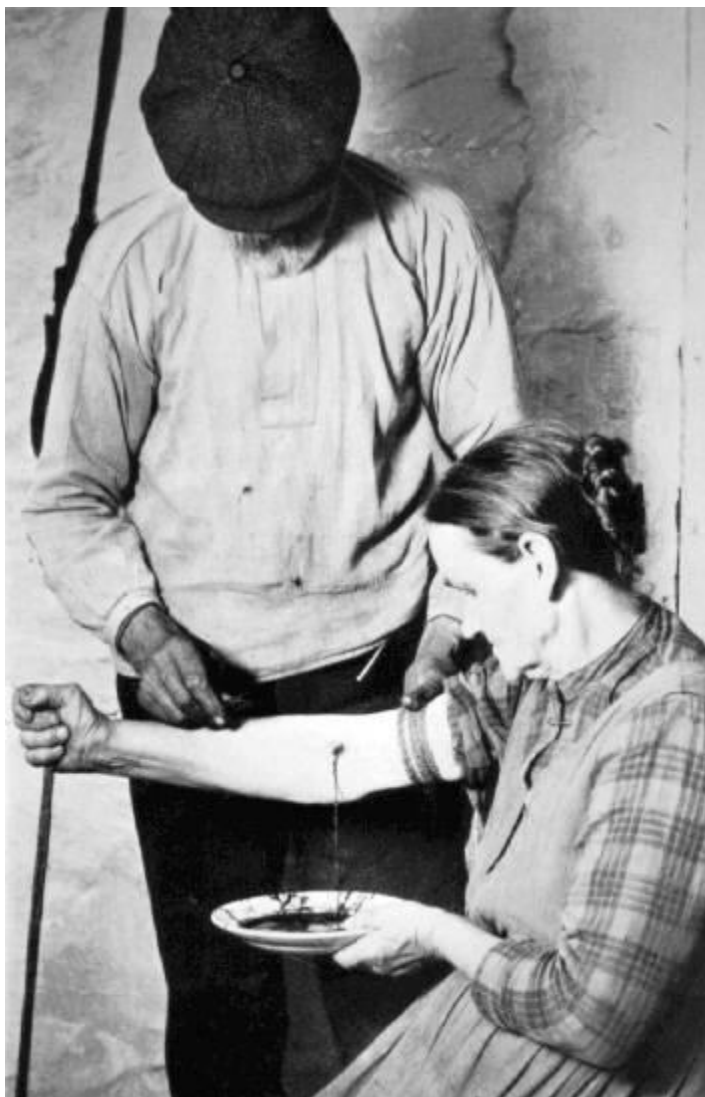
Příloha č. 4 Zklidňující křeslo

Příloha č. 5 Klecové síťové lůžko

Příloha č. 6 Nástroje k lobotomii

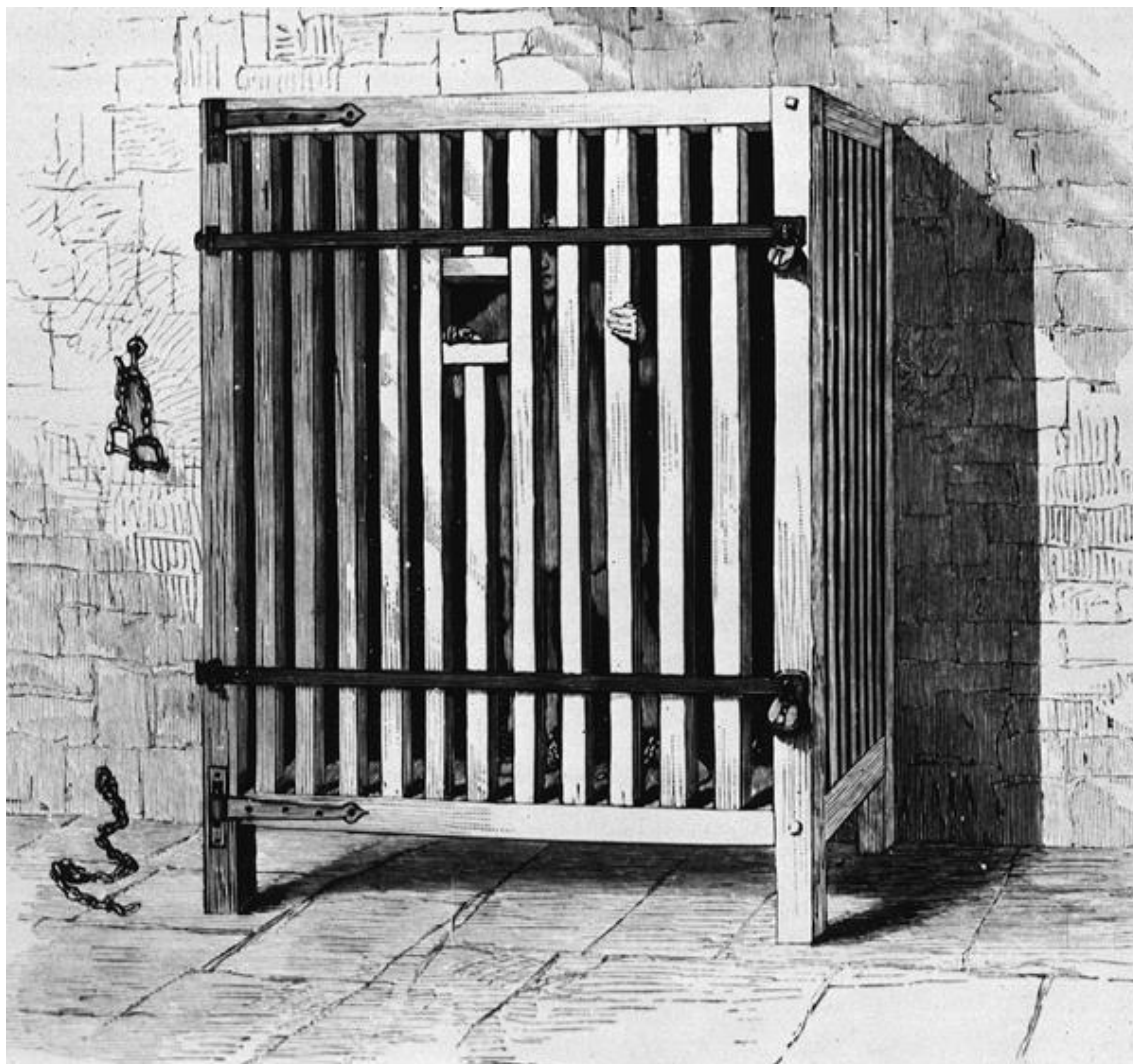
Příloha č. 7 Svěrací kazajka

Příloha č. 6 Pouštění žilou (aby d'ábel odtekl)



Zdroj: <http://g.cz/8-silenych-fotek-z-blazincu-z-minuleho-a-predminuleho-stoleti-dil-i>

Příloha č. 1 Dřevěná klec



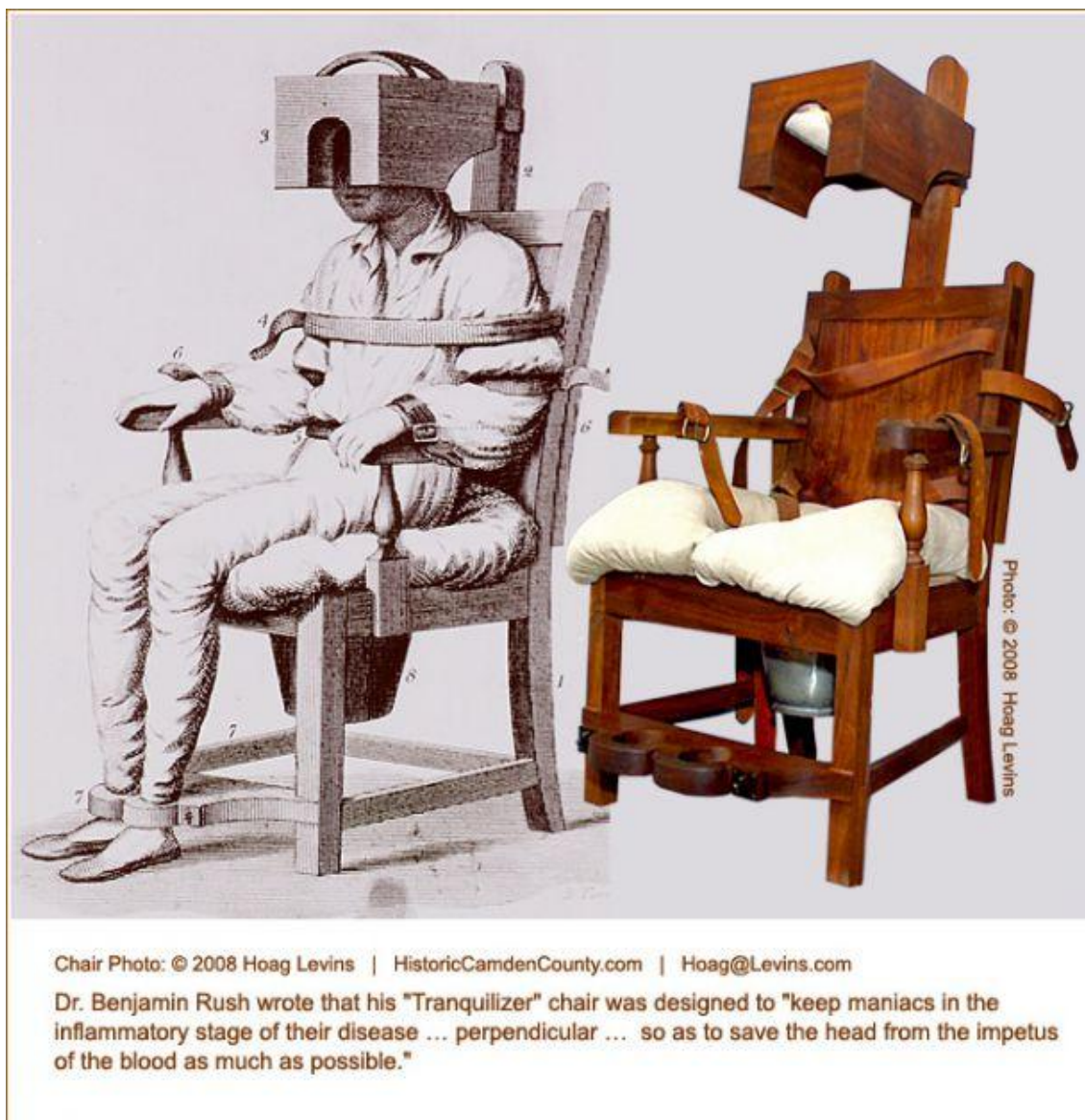
Zdroj: <https://www.nlm.nih.gov/hmd/diseases/images/belgiancage.jpg>

Příloha č. 2 Postel Utica



Zdroj: http://cantonasylumforinsaneindians.com/history_blog/tag/utica-crib

Příloha č. 3 Zklidňující křeslo



Zdroj: <http://g.cz/8-silenych-fotek-z-blazincu-z-minuleho-a-predminuleho-stoleti-dil-i>

Příloha č. 7 Klecové síťové lůžko



Zdroj: <http://www.mdac.org/cs/books/6-klecova-luzka>

Příloha č. 5 Nástroje používané k lobotomii



Zdroj: <https://www.pinterest.com/pin/445223113134175303/>

Příloha č. 4 Svěrací kazajka



Zdroj: <http://g.cz/8-silenych-fotek-z-blazincu-z-minuleho-a-predminuleho-stoleti-dil-i>