
Vliv duševních chorob na pracovní výkonnost

Faltus F., Janečková E.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

SOUHRN

V práci je shrnuta většina zkušeností a snaha různých institucí a odborníků o odstranění předsudků o duševních chorobách, stigmatizaci psychiatrie a o možnostech zařazení duševně nemocných do společnosti a do pracovního procesu. V úvodu vysvětluje termíny: definice práce, definice pracovního výkonu, duševní výkonnost, pracovní prostředí, analýza úrovně pracovníků, chování při práci, postoje, pracovní doba a odpor ke změnám.

Ve speciální části se autoři zabývají názory a chováním laické i odborné veřejnosti k duševně nemocným. Nejkritičtější názory jsou vůči nemocným trpícím schizofrenií a bipolární poruchou. Obšírněji se věnují problému stigmatizace v psychiatrii, neboť stigma a pověry o duševně nemocných stále přetrvávají u většiny lidí. Z významných dokumentů jsou citovány Athénská deklarace, Deklarace o duševním zdraví, Akční plán pro Evropu, Zelená kniha, Květnová deklarace, zákon O sociálních službách. Konstatují, že v Evropě vznikla řada organizací sdružujících zastoupení duševně nemocných. V ČR se zatím nedaří rozvinout systém komunitní péče v takové míře jako v řadě zemí EU. Je známo, že komplexní systém komunitní péče pro psychiatrické pacienty je přibližně stejně drahý jako opakované hospitalizace, a mnohdy je dokonce levnější.

Klíčová slova: stigmatizace, duševně nemocný, pracovní výkonnost, komunitní péče, Zelená kniha EU, Květnová deklarace, zákon O sociálních službách.

SUMMARY

Faltus F., Janečková E.: Psychiatric Patient and Work Performance

This work summarizes the efforts of various institutions and experts to eliminate prejudices against mental disorders and the stigmatization of psychiatry and to integrate the psychic insane people into the society and into work process. This work also summarizes the majority of experience of these institutions and experts in this field.

In the introduction you can find the explanation or definitions of the following terms: work, work performance, mentally performance, work environment, the analysis of workers' qualities, behaviour at work, attitudes, working time and the resistance to changes.

In the special part, the authors are concerned with the opinions and behaviour of both general public and experts towards to mentally insane people. The most critical opinions go against those suffering from schizophrenia and bipolar disorders. The authors also concentrate extensively on the problem of stigmatization in psychiatry, because the stigmas and superstitions about the psychiatric patients still form a permanent opinion of the majority of people. These important and significant documents are quoted: Athens Declaration, Declaration of Mental Health, Action Global Plan for Europe, EU Green Book, May Declaration, Law About Social Services.

The authors state that an array of organizations associations for psychiatric patients has emerged. The Czech Republic is not so far as successful in the development of community care system as it is in a number of the EU countries. It is widely known that a comprehensive system of the community care assigned to psychiatry patients is approximately as expensive as repeated hospitalizations and, many times, it is even cheaper.

Key words: stigmatisation, psychiatric patient, work performance, community care, EU Green Book, May Declaration, Law about Social Services.

Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 6, pp. 313–319.

I. OBECNÁ ČÁST

Charakteristika výkonnosti pracovníků s duševními poruchami

Inspiraci k sepsání této práce nás přiměl problém obtížného uplatnění lidí postižených duševní chorobou v pracovním procesu. Jejich podíl stá-

le stoupá, zejména depresí, které se řadí na jedno z předních míst mezi chorobami, jež zapříčňují pracovní neschopnost. Jiné, např. schizofrenie, postihují mladé lidi v produktivním věku. Výše uvedené duševní choroby spolu s dalšími způsobují státu nemalé ekonomické ztráty. Proto se tato závažná problematika stala v posledních letech důvodem k jejímu postupnému řešení, ať již příslušnými státními institucemi nebo zdravotními

a sociálními pracovníky. V řešení se snaží pomoci i sociologové a ekonomové. A začíná se jí dostávat pozornosti na půdě parlamentu a vlády.

Vznikají různé odborné i svépomocné organizace, které usilují o to, aby pomohly a usnadnily duševně nemocným nejen léčení, ale především pomoc k návratu do společnosti a zaměstnání. Vznikl nový obor, sociální psychiatrie, který se snaží na vědecké bázi o řešení této situace, která je stále aktuálnější a rozsáhlejší. Také veřejnost zejména ve školách a na pracovištích je o této závažné problematice málo informována.

Definice práce

Práce je soustavná a cílevědomá činnost, která slouží k zajištění živobytí. V archaických společnostech byla často chápána jako trest a atribut otroctví (řecky Ponos – práci i trápení). Rehabilitována v křesťanství, ale až v novověku se stala předmětem myšlení a občas i zvláštní úcty, přesto, že moderní podoba práce neposkytuje člověku někdy i mnoho uspokojení [17].

Definice pracovního výkonu

Pracovním výkonem se rozumí stupeň plnění úkolů charakterizující práci jedince, skupiny, či organizace. Lze jej měřit extenzivním způsobem (objem výroby a služeb za určitou dobu) vhodnější je však intenzivním způsobem (ukazatel produktivity práce, míra zhodnocení vstupu) [2].

Pracovní výkonnost

Měříme nejen množství a kvalitu práce, ale i ochotu, přístup k práci (ke studiu), pracovní chování, fluktuaci, absenci, docházku a další charakteristiky. Pracovní výkonnost člověka klesá po 45 letech již fyziologicky. Většina literárních údajů o změnách výkonnosti během stárnutí se týká lidí do 60 let. O změnách výkonnosti lidí starších 60 let nacházíme velmi málo údajů a tyto údaje se týkají pouze malého počtu vyšetřovaných. Bylo zjištěno, že účinnost práce ve vyšším stáří se s postupujícím věkem příliš nemění.

Výkonnost starších pracovníků je závažný společenský problém. V současné době, např. v EU, je téměř 20 % pracovníků starších 50 let a předpokládá se, že v r. 2020 jich bude více než 25 %. Tentýž trend je i v české populaci, o čemž svědčí klesající počet osob v produktivním věku, tj. žen do 54 let a mužů do 60 let. V souvislosti s tím jsou na základě demografických studií a trendů statisticky zdůvodněných zpracovány v řadě zemí různé programy a globální strategie, jejichž cílem je prodloužení aktivního věku, vytvoření adekvátních pracovních podmínek se zřetelem na změny, k nimž dochází v důsledku procesu stárnutí, a různé intervenční programy na udržení zdraví.

Jak výše uvedeno, změny funkcí v souvislosti se stárnutím jsou zhruba zjištěitelné již po 45. roku fyzického věku. Jejich průběh v čase není pochopitelně stejný. Z posledních výzkumů a studia stárnutí vyplývá, že se změny s ohledem na pracovní výkonnost týkají:

Fyzické zdatnosti, jejíž maximum je ve věku 30 let, pak postupně klesá zhruba na 2/3 maxima. Tento proces je u žen pomalejší než u mužů. V 60 letech fyzická zdatnost odpovídá asi 60 % maxima. Úbytek tělesné zdatnosti je možno ve středním věku kompenzovat vhodným rozdělením režimu práce uvnitř směny, zkušeností a podobně. Směnová a noční práce starších pracovníků se může projevovat poruchami spánku, zažívání, neuropsychickými příznaky jako je chronická únava, pocity úzkosti, deprese a pravděpodobně i poruchami kardiiovaskulárního systému jako je hypertenze a ischemická choroba. Odhaduje se, že přibližně 20 % pracovníků přestalo po krátké době pracovat ve směnách v důsledku závažných zdravotních potíží, nebo z jiných příčin jako jsou nepřiměřená pracovní zátěž, nevyhovující rotace směn, z důvodů rodinných, sociálních atd. Ukázalo se, že pracovníci starší 40-45 let jeví častější poruchy spánku po noční směně a ne po směně denní. Starší pracovníci většinou preferují dřívější dobu začátku směny.

Ve věku nad 40 let by trvalá noční práce měla být záležitostí dobrovolného rozhodnutí pracovníka. Mělo by se přihlížet k individuálním preferencím. Na nočních směnách by neměly trvale pracovat osoby starší 50 let. U pracovníků v nepřetržitých provozech starších než 40 let je nutné sledovat pravidelně jejich zdravotní stav.

Skutečnost, že s přibývajícím věkem se některé tělesné fyziologické a psychické funkce mění, by neměla vést k negativnímu sebehodnocení ve smyslu sníženého pracovního potenciálu, ke ztrátě sebevědomí a dalším negativním projevům ve vztahu k sebeuplatnění [5, 11, 20]

Pracovní prostředí

Důležitá se analýza podstatných rysů pracovního prostředí, především těch, které mohou ovlivňovat pracovní výkon, nebo možnost uplatnit kvalifikaci. Analýzou pracovního prostředí zjišťujeme i jeho somatickou a psychickou náročnost na výkon činnosti v určitém pracovním místě. Je nutno znát příslušné normy a organizaci práce na daném místě. Pracovní prostředí vytváří multifaktoriální vlivy, které působí na kvalitu prostředí a zdraví pracovníka, a tím i na hodnotu jím vykonané práce. Jsou to nejen fyzikální činitele (hluk, osvětlení pracoviště, prašnost apod.), ale také faktory psychické. Mezi osobní vztahy, které jsou na pracovišti harmonické, dávají rozhodně lepší předpoklady, než konfliktní prostředí plné napětí a nedůvěry. Vzájemná závist, řevnivost, pomluvy, škodolibá kritika, které

se občas objevují, snižují sebedůvěru pracovníka, vyvolávají pocity nejistoty a zhoršují jeho výkonnost. Mohou to na sebe vztahovat i ostatní zaměstnanci na pracovišti, a tím klesá produktivita celého týmu.

Analýza úrovně pracovníků

Mezi obvykle zkoumané charakteristiky patří výkon zaměstnance. Analytický proces je pak krokem ke zjišťování rozdílu mezi požadovaným a skutečným výkonem. Zjišťování předpokladů potřebných k efektivnímu výkonu na určité pracovní pozici je hodnoceno:

- řízeným pozorováním pracovního jednání a chování při konkrétní činnosti zaměstnance,
- rozhovorem s nadřízeným pracovníka a pracovníkem samotným,
- testováním psychických předpokladů,
- testováním postojevých a motivačních struktur,
- testy skupinové práce [4].

Chování při práci

Závisí jak na osobních charakteristikách jedinců, tak na situaci, v níž tito jedinci pracují [2, 5].

Vzájemné působení těchto dvou faktorů bývá označováno interakcionalismus. Postoje, frustrace, stres, agrese a odpor ke změnám patří mezi nejvýraznější faktory ovlivňující chování jedinců při práci.

Postoje

Postojem rozumíme ustálený způsob myšlení vytvářející se na základě zkušeností a následně ovlivňující chování. Ale mohou být změněny vlivem získání nových zkušeností a změnou situace.

Pracovní doba - frustrace a stres

V současnosti se hovoří již delší dobu o požadavcích nového zákoníku práce na dodržování týdenních limitů pracovní doby požadavků na započítávání pracovní pohotovosti jako doby výkonu práce, zejména v odvětví zdravotnictví a dopravě. Hovoří se o potřebách organizací či státu na zajištění nepřetržitého provozu, podstatně méně se však hovoří o zdravotních aspektech a o nepříznivých účincích duševních poruch, a zejména stresu na zdraví jedince majícím své kořeny v nevyhovující pracovní době. Délka či rozvržení pracovní doby, které mají významný vliv na fungování organizací, mohou být spojeny s potencionálními riziky, jejichž dopad na lidské zdraví i pohodu při práci je nutno sledovat a brát v úvahu při přijímání právních předpisů upravujících požadavky na pracovní dobu.

Odpor ke změnám

Lidé mají odpor ke změnám, protože v nich spat-

řují ohrožení známých vzorců chování, svého postavení a finanční odměny. Hlavní příčiny odporu ke změnám jsou obavy z nového nepohodlí, nejistota, ohrožení interpersonálních vztahů, ohrožení postavení nebo kvalifikace, obavy související s vlastními neschopnostmi

II. SPECIÁLNÍ ČÁST

Výchova populace ve 21. století je směřována především k postupné destigmatizaci duševních chorob, která i přes značnou masmediální osvětu stále přetrvává. Ukazuje se, že osobní zkušenost s duševní poruchou má téměř každá rodina [15].

U laické i odborné veřejnosti přetrvávají představy, které ovládají myšlení a chování lidí k duševně nemocným, nejvíce k těm, kteří trpí schizofrenií, mánií, hysterií nebo neurózou. Zdrojem těchto stereotypních představ o duševních onemocněních je strach a obavy z duševních chorob a jejich nositelů. Člověk, který se na pracovišti zvláště izoluje, mluví o ovládnutí nadpřirozenými silami, klade divné otázky a je přesvědčen o svých výjimečných schopnostech, se svému okolí může jevit jako líný podivín, vyhýbající se svým povinnostem a práci. Jako důvod své neschopnosti podává většinou nesmyslná vysvětlení. Postupně se jeho chování zhoršuje, nechodí do zaměstnání, je zanedbaného zevnějšku, jeví se zcela nenormální. Lidé se ho obávají, po straně se mu vysmívají a než se dotyčnému dostane náležité pomoci, může choroba, v tomto případě schizofrenie, značně narušit a zdevastovat jeho osobnost.

Takto získané zkušenosti v rámci jednoho případu, nekorigované racionálními argumenty, se předávají dále a vytváří se negativní postoj vůči duševně nemocným a trvalý názor o lidech s psychickými potížemi. Kdo má „něco společného s psychiatrií“, je většinou lidí vyřazován ze společnosti, vystaven předsudkům a negativním postojům.

Toto stigma (v řečtině „vypálené znamení“) a pověry o duševně nemocných stále u většiny lidí přetrvávají. I když se jejich duševní stav upraví a jsou opět plnohodnotně schopni jakékoliv činnosti, mívají značné potíže s opětovným zařazením do pracovního procesu. Takový člověk je považován za nespolehlivého, neschopného, nevypočitatelného, někdy dokonce za hloupého a nebezpečného.

Snaha vyhnout se tomuto „značkování“ vede k popírání poruchy, oddalování nebo vyhýbání se léčbě. Zvláště jestliže rodina, přátelé a spolupracovníci tvrdí, že psychiatrii člověka „odrovnají“, dávají lidem psychofarmaka, a to jsou drogy, které ničí mozek, játra, ledviny a člověk z nich „zblbne“. Psychoterapie je prý „vymývání mozku“ a „psychiatr je také blázen“. A tak stigmatizace mění chování okolí k pacientovi a ten se stává izolovaným a stigmatizace je celoživotní. Často se celá rodina obává, že se na veřejnost provalí, že mají

doma či v příbuzenstvu „blázna“ a že je tím poznamenána celá rodina a že to bude „hanba“. Proto tuto skutečnost utajují a nemocného odrazují od léčení na psychiatrii.

Je proto důležité, aby veřejnost měla dostatek hodnotných informací o duševních nemocech, jejich průběhu a léčení. Jedině takto se může změnit postoj rodiny, přátel, zaměstnavatele a usnadnit návrat nemocných ke společenskému uplatnění a řádnému pracovnímu zařazení, aby jej lidé nevnímali jako méněcenného [13].

Valné shromáždění OSN přijalo dne 17. 12. 1991 rezoluci *Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví*. Boj proti stigmatu duševní nemoci je nejenom zápasem s předsudky, ale i se segregací a diskriminací, zejména v zaměstnání. Proto také jednou z iniciativ Evropské unie, která vznikla již v roce 2001, je *Athénská deklarace*. Zabývá se vztahem mezi duševním zdravím a násilím. Program Světové zdravotnické organizace (VHO GAP – Global Action Program) je postaven na 4 přístupech:

- informovanost veřejnosti,
- pozitivní uvědomělost,
- obhajoba práv postižených,
- pomoc při poskytování péče a prevence.

Uvádějí se 3 zdroje stigmatu:

- biologické,
- sociální,
- psychologické

(Mentall Illness, Stigma in Europe, Ministerial Conference, 27.-29. 3. 2003).

Toto vedlo k vytvoření projektu a neziskových organizací, jejichž cílem je systematická osvěta a podpora přesunu péče z velkých psychiatrických léčeben do komunální péče. Pro mnoho trpících psychózou je nejvýhodnější po ukončení léčby postupný návrat do práce. K tomuto účelu slouží různé resocializační, rehabilitační a edukační programy.

Označení člověka za duševně nemocného mívá často za následek různé formy represe, sociálního a existenčního ohrožení, takže není divu, že se lidé takovému označení brání, a pokud možno se psychiatrovi snaží vyhnout. Mnohde převládá ještě přesvědčení, že „psychiatr vidí blázny všude“ – nikdo pro něj není „normální“. Pro nápadně se chovající lidi s poruchou osobnosti používá laická veřejnost pojem „podivín“, nebo jej považuje za „divného“, nebo „nenormálního člověka“.

Stigmatizace může výrazně ovlivňovat na mnoha rovinách cestu k pomoci. Proto je kladen důraz v tomto procesu proměny postojů k duševně nemocným na zdravotní osvětu a výchovu. Nedostatečná informovanost pomáhá udržovat nepříznivý stigmatizovaný stereotyp duševně nemocného s celou řadou předsudků o jeho chování a léčbě. Jakákoliv nehoda, sebevražda, agrese nebo zločin, pokud jsou spáchány duševně nemocným, je to vždy uvedeno v médiích. Přitom se nerozlišuje, zda šlo o psychózu, depresi, neurózu nebo jinou poruchu. Dotyčný se

prostě léčil na psychiatrii, a proto je to všem jasné. Je zajímavé, že novináři podobně zacházejí i s psychiatry. Kdyby Karadžić byl chirurg nebo onkolog, nebyla by jeho profese pravděpodobně uváděna, byl by prostě hodnocen jako lékař. To, že je psychiatr, je přece senzace, zejména pro bulvární tisk [6, 9, 13].

Lidé trpící duševní nemocí jsou vnímáni jako „ti druzí, jiní, než jsme my sami.“ Převládají názory, že jsou nebezpeční, nepředvídatelní, že je možné jim klást za vinu jejich onemocnění, že jsou schopni dát se dohromady a je s nimi obtížná komunikace. To vede k odlišení „my a oni“ a k následné ztrátě postavení a diskriminaci.

Dotazníkovou akcí byly zjištěny značné kulturní rozdíly mezi vnímáním duševně nemocných. Angermayer prokázal na výsledcích dotazníkové akce, že zatím co lidé v Novosibirsku či Ulanbátaru nepovažují duševně nemocné za nebezpečné, v Německu je zkušenost přesně opačná (průzkum byl proveden mezi 2369 respondenty – *přednáška na konferenci, Athény, 27.-29. 3. 2003*) [2].

Evropská unie věnuje již dlouhou dobu značnou pozornost duševnímu zdraví obyvatelstva. K tomuto účelu vydala „Deklaraci o duševním zdraví a „*Akční plán pro Evropu*“ a tzv. „*Zelenou knihu*“, pojednávající o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva a o strategii duševního zdraví pro Evropskou unii (Brusel, 14. 10. 2005). V „*Zelené knize*“ jsou shrnuty základní postupy a předpoklady pro realizaci tohoto projektu. Cituji některá zvláště důležitá doporučení:

1. Duševní nemoci nepříznivě ovlivňují 1 ze 4 obyvatel v Evropské unii a mohou vést k sebevraždám, jež jsou příčinou příliš mnoha úmrtí.

2. Duševní nemoci způsobují značné ztráty hospodářskému, sociálnímu, vzdělávacímu, jakož i trestnímu i soudnímu systému a jsou pro tyto systémy rovněž významnou zátěží.

3. Stále existují stigmatizace, diskriminace, nedodržování lidských práv a nerespektování důstojnosti duševně nemocných a osob s duševním postižením, čímž jsou v sázce základní evropské hodnoty.

„*Zelená kniha*“, pojednávající o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva, je první reakcí na uvedenou výzvu. Navrhuje stanovit strategii Evropské unie v oblasti duševního zdraví. „*Zelená kniha*“ si klade za cíl zahájit s evropskými orgány, vládami, zdravotnickými odborníky, zúčastněnými stranami v jiných odvětvích, občanskou společností, organizacemi pacientů a výzkumnou obcí diskusi o významu duševního zdraví pro EU, potřebě strategie na úrovni EU a jejich možných prioritách. Další návrhy přísluší výlučně pravomoci členských států.

Zdraví bytostně souvisí se zdravím duševním

Pro občany představuje duševní zdraví prostředek, jenž jim umožňuje, uskutečňovat duševní

a citový potenciál, nacházet a plnit role ve společenském, akademickém a pracovním životě. Ve společnostech přispívá dobré duševní zdraví obyvatelstva k prosperitě, solidaritě a sociální spravedlnosti. Z duševních nemocí naopak plynou četné náklady, ztráty a zátěž občanů i společenských uspořádání. Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje duševní zdraví jako „stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen se podílet na životě své komunity“. Duševní nemoci zahrnují psychické problémy, stres, narušené fungování související s tísní a příznaky diagnostikovatelné duševní poruchy, jako např. schizofrenii a depresi.

Nejrozšířenějšími duševními poruchami jsou v EU úzkostné stavy a deprese. Očekává se, že do roku 2020 se deprese stane nejnvýznamnější příčinou nemocí a pracovní neschopnosti v rozvinutém světě. V EU v současnosti každoročně umírá v důsledku sebevražd zhruba 58 tisíc občanů, což je vyšší počet než v případě úmrtí v důsledku dopravních nehod, vražd nebo HIV/AIDS. Duševní a tělesné zdraví spolu úzce souvisí. Zařazení péče o duševní zdraví do všeobecné nemocniční péče proto může značně snížit dobu hospitalizace, a tím rovněž uvolnit hospodářské zdroje na jiné účely. Odhaduje se, že náklady související s duševními nemocemi činí 3-4 % z HDP, a to především v důsledku ztráty produktivity. Duševní poruchy jsou rovněž často příčinou předčasného odchodu do důchodu a invalidního důchodu [14].

Za nezbytnou je považována podpora zařazení duševně nemocných nebo lidí s duševním postižením do společností a ochrana jejich základních práv a důstojnosti. Duševně nemocní, nebo lidé s duševním postižením, se v kontaktu s ostatními lidmi střetávají se strachem a předsudky, které se mnohdy zakládají na nepochopení problematiky duševních nemocí. Stigma zvyšuje osobní újmu, vyloučení ze společnosti a může být překážkou v přístupu k bydlení a zaměstnání. Strach ze stigmatizace může těmto lidem bránit i ve vyhledávání pomoci a práce [18].

Onemocnět duševní chorobou ještě neznamená, že se člověk bude muset vzdát svého zaměstnání nebo jakékoliv práce vůbec. Nemocný je ovlivněn v tomto směru několika faktory. Jsou to: závažnost samotného onemocnění, dosavadní pracovní zkušenosti, osobnostní rysy, pracovní podmínky stávajícího zaměstnání, kvalita rodinného zázemí, dostupnost služeb zaměřených na pracovní rehabilitaci.

V Evropě vznikla řada organizací sdružujících zastoupení duševně nemocných (EUFAMI, Evropská asociace lidí s duševní nemocí) i zástupců médií. Probíhá antistigmatizační kampaň (WPA – World Psychiatric Association) s názvem „Open the Door“, která má pomáhat zařazení duševně nemocných do běžného života a pracovního procesu po propuštění z psychiatrického zařízení. V rámci

reformy svých psychiatrických služeb přecházejí mnohé země při poskytování služeb v oblasti duševního zdraví od velkých psychiatrických zařízení ke službám zajišťovaným komunitou. Nahrazení těchto psychiatrických zařízení alternativami zajišťovanými komunitou obecně poskytuje příležitost pro lepší kvalitu života postižených lidí a možnost jejich pracovního zařazení. Lidé často považují za svou degradaci začít pracovat v chráněných podmínkách [18].

Rada Evropy začala v roce 2006 pracovat na přípravě „European reference tool for ethic and human rights in mental health“. (Evropského referenčního nástroje pro etiku a lidská práva v oblasti duševního zdraví).

Květnová deklarace

Česká asociace pro psychické zdraví spolu s iniciativní skupinou rodičů Sympathea uspořádala 13. 5. 2003 diskusní konferenci s cílem popsat současné postavení duševně nemocných v naší společnosti. Účastníci konference závěrem přijali „Květnovou deklaraci“:

My, zástupci poskytovatelů služeb o duševní zdraví, zástupci psychiatrických pacientů a jejich příbuzných, zástupci státní správy, zdravotních pojišťoven a dalších institucí, kteří jsme se sešli na půdě Ministerstva zdravotnictví České republiky, shodli jsme se na závažnosti dosud neřešených problémů každodenního života duševně nemocných lidí i jejich nejbližšího okolí. Shledali jsme, že se vzájemně prolínají a ovlivňují často k tíži zdravotního stavu, problémy zdravotní a sociální, jež přitom zůstávají na okraji zájmů. Shodujeme se na tom, že je potřeba takto palčivé problematické oblasti řešit co nejdříve, optimálně pak ještě před vstupem do Evropské unie. Proto se pro jejich nápravu zavazujeme učinit maximum a jsme připraveni spolupracovat s příslušnými orgány a organizacemi.

Ke spolupráci jsou vyzvány Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, zdravotní pojišťovny, Česká správa sociálního zabezpečení, pracovní úřady, Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo spravedlnosti, Psychiatrická společnost ČLS JEP, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně a Česká lékařská komora, Vládní výbor pro zdravotně postižené, parlament a vláda České republiky a všechny oborové asociace, působící ve sféře péče o duševně nemocné.

V příloze Květnové deklarace jsou uvedeny základní koncepce:

- zdravotní péče
- zaměstnávání psychiatrických pacientů,
- sociální situace psychiatricky nemocných,
- práva psychiatrických pacientů.

V oblasti zaměstnávání psychiatrických pacientů hraje významnou roli souběh invalidního důchodu a zaměstnání. Osoba, která pobírá plný invalidní důchod, může vykonávat samostatnou

výdělečnou činnost v neomezeném rozsahu. Musí však nejpozději do osmého dne následujícího měsíce po měsíci zahájení činnosti oznámit tuto skutečnost na předepsaném tiskopisu a doložit jej spolu s kopií Oprávnění k podnikání. Výše výdělku není omezena.

Pacienti, kteří pobírají důchod z psychiatrické indikace, mají tedy sice možnost pracovat, ale ochota přijímat tyto lidi do zaměstnání je velmi malá. Potvrzuje se, že nálepka psychiatrického pacienta hraje stále velkou roli v možnosti získat zaměstnání. Většina psychiatrických pacientů se pochopitelně takovéto situace obává, a proto se o normální zaměstnání ani nepokusí. Přitom ale víme, že adekvátní pracovní zařazení vede zpětně ke zlepšení jejich klinického stavu. Větší množství pacientů sice není schopné práce v běžných podmínkách, ale při uzpůsobení pracovních podmínek se mohou zapojit i oni.

Posledním zákonem, který upravuje sociální služby, je zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. 3. 2006 O sociálních službách [21]. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, příspěvku na péči a další. Upravuje předpoklady pro výkon sociálního pracovníka.

Dále se v zákoně uvádí, že „rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob“.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje takový, který omezuje duševní smyslové nebo fyzické schopnosti, má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost a trvá nejméně 1 rok.

Státní správu podle tohoto zákona vykonávají :

- A) Ministerstvo práce a sociálních věcí
- B) Krajské úřady
- C) Obecní úřady s rozšířenou působností
- D) Úřady práce

Rozlišuje se stupeň I. (lehká závislost), stupeň II. (středně těžká závislost), III. (těžká závislost), IV. (úplná závislost). Tyto stupně závislosti jsou přesně vymezeny a podle nich se stanovuje forma a výše sociální pomoci a podpory.

Usnesením č. 21 ze 6. schůze Poslanecké sněmovny, výboru pro sociální politiku, konané 29. 11. 2006 byly podány k návrhu zákona o sociálních službách další připomínky. Od doby platnosti tohoto zákona, od 1. 1. 2007, byl dále podán pozměňovací návrh ve znění zákona č. 29/2007 Sb. Materiál podal SKOK (Spolek oborové konference nestátních ziskových organizací působících v sociální a zdravotně sociální oblasti). V březnu 2007 byla vydána vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Bohužel, k psychiatrii se tento zákon zachoval poněkud macešsky. V Praze a jejím nejbližším okolí není ani jediný domov důchodců s psychiatrickou péčí.

U pacientů se vyskytují dva přístupy k návratu do zaměstnání. Jedni návrat do práce úspěchají, druzí s ním příliš otálejí. Většinou však u nikoho z nich neprobíhá příprava ke vstupu zpět do pracovního procesu. Jestliže se člověk po prodělané psychotické epizodě rozhodne vrátit do zaměstnání, je na prvním místě potřeba, aby se nemoc nacházela v období remise, tj. aby zdravotní stav byl již stabilizovaný. Je proto lépe se vydat cestou malých změn, než po krátkém období v tzv. řádném zaměstnání, díky stresu z nezvládnutí pracovních úkolů a dalších nároků běžného zaměstnání, riskovat propuknutí nemoci či v lepším případě rezignovat na jakoukoliv práci. Každá práce přitom umožní pacientovi trochu zvýšit sebedůvěru, samostatnost a schopnost bez problémů komunikovat s lidmi.

Je potřeba, aby úřady práce byly více nakloněny zřizování (a tím pádem i finanční podpoře) chráněných a tréninkových pracovních míst a všech dalších forem pracovního zařazení duševně nemocných. Je potřeba více motivovat podnikatelskou sféru k zaměstnávání lidí s duševním postižením, ať už na normální pracovní místo či formou přechodného nebo podporovaného zaměstnání.

Mnozí psychiatři pacienti pozbyli v důsledku své nemoci sociální dovednosti nezbytné k jejich budoucímu samostatnému fungování. Ke znovunabytí těchto dovedností velmi dobře slouží chráněné či tréninkové byty, kterých je ale žalostně málo. Nedostatek těchto služeb vede k tzv. fenoménu otáčivých dveří, což je velmi nebezpečné. Pacient propuštěný z lůžkového psychiatrického zařízení se pod vlivem sociálního stresu ocitá znovu v psychické krizi a často už po několika měsících je opět hospitalizován.

U nás se zatím nedaří systém komunitní péče patřičně rozvinout. Dosavadní péče má převážně z velké části charakter institucionální. Od devadesátých let dvacátého století u nás dochází k postupnému rozšiřování denních stacionářů a krizových center. Nejvíce těchto služeb je rozvíjeno ve velkých městech. Jednotlivé složky komunitní péče jsou však stále málo propojeny.

Z novějších forem doléčovacích psychiatrických zařízení jsou to především:

Sociální firmy a sociální družstva. Jsou to samostatné provozy, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou. Jsou podporovány státními institucemi nebo sponzory.

Přechodná a podporovaná zaměstnání, která nabízejí duševně nemocným podporu, případně zařazení na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách (nejčastěji pomocné administrativní práce, úklid, zahradnictví apod.). Rehabilitace probíhá za podpory sociálních pracovníků a školených terapeutů.

Budují se zařízení pro podporu v oblasti bydlení jako jsou:

komunitní bydlení, chráněné bydlení, domy

a byty na půl cesty, podporované bydlení, terapeutické komunity pro osoby závislé na drogách.

Vznikají i další zařízení na pomoc duševně nemocným k usnadnění opětovného zařazení do života. Jsou to: *Centra denních aktivit a Centra sociálních služeb*. Tvoří se svépomocné aktivity lidí s duševní poruchou a jejich rodinných příslušníků. Tato se zaměřují především na obhajování a prosazování práv pacientů, poskytování informací apod. [12].

ZÁVĚR

Četné výzkumné studie zemí západní Evropy i naše zkušenosti prokazují, že adekvátní sociální podpora v komplexním systému komunitní péče pro psychiatrické pacienty je přibližně stejně drahá jako opakované hospitalizace, někdy i levnější. Důležitý je ale fakt, že komunitní péče jednoznačně vede k vyšší míře spokojenosti psychiatrického pacienta i jeho rodinných příslušníků, ohrožených vývinem pozdější převážně psychosomatické nemoci v důsledku namáhavého soužití s duševně nemocným. Je potřeba, aby obecní úřady přihlížely ke specifčnosti psychiatrického onemocnění a braly na zřetel, že lidé s duševní nemocí by měli mít minimálně stejný nárok na pomoc a podporu jako ostatní, jinak hendikepovaní občané [18].

LITERATURA

1. **Armstrong, M.:** Personální management. Grada Publishing, Praha, 1999, ISBN 80-7169.
2. **Armstrong, M.:** Řízení lidských zdrojů. 10. vyd., Grada Publishing, Praha, 2007.
3. **Brhel, P., Manoušková, M., Hrnčíř, E.** (editoři): Základy primární pracovnělékařské péče. Pracovní lékařství, Vyda-

- vatel NCO NZO, vyd. 1., 2005, s. 338, ISBN 8070134143.
4. **Costa, G.:** The impact of shift and night work on health. *Appolied Ergonomice*, 27, 1996, pp. 20-26.
5. **Eiselt, E.:** Pracovní výkonnost, kalorický výdej a účinnost práce ve stáří. *Čas. lék. Čes.*, 107, 1968, s. 585- 588.
6. **Fink, P. J., Tasan, A.:** Stigma and mental illnes. American Psychiatric Press INC, Washington DC, 1991.
7. **Kubíčková, D.:** Pracovní doba, stres a evropský výzkum. *Bezpečnost a hygiena práce*, 57, 2007, s. 7-9.
8. **Leff, J., Warner, R.:** Social inclusion of people with mentall illnes. Cambridge University Press, United Kingdom, 2006.
9. **Libiger, J.:** Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*, 2001, 5, s. 38-40.
10. **Matoušek, O., Baumruk, J.:** Směnová a noční práce. *Bezpečnost a hygiena práce*, 48, 1998, s. 12-15.
11. **Matoušek, O., Baumruk, J.:** Výkonnost starších pracovníků. *Bezpečnost a hygiena práce*, 48, 1998 s. 1-5.
12. **Pěc, O.:** Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu komunitní péče o duševně nemocné. *Čes. a slov. Psychiatr.*, 104, 2008, s. 78-84.
13. **Praško, J.:** Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie*, 2001, 5, s. 32-37.
14. **Raboch, J.:** Evropská unie a současné trendy v psychiatrii. První sjezd ČPS, Špindlerův Mlýn, 1996, abstrakta, Galén, s. 69.
15. **Raboch, J.:** Psychiatrie pro 21. století. *Čes. a slov. Psychiatr.*, 96, 2000, s. 295-296.
16. **Sartorius, N.:** Reducing the stigma of mentall illnes. Oxford University Press INC. New York, 2005.
17. **Stýblo, J.:** Moderní personalistika, trendy, inspirace, výzvy. Grada Publishing, Praha, 1998, s. 277-278, ISBN 80-7169-250-6.
18. **Thorncroft, G., Schurmet:** Discrimination against people with mentall illnes. Oxford University Press INC. New York, 2006.
19. **Wenigová, B.:** Změna stop stigma. Projekt změna. Nadace Medica Pragensia, 2006.
20. *Word Health: Active Age.* WHO, 1997, č. 40.
21. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. 3. 2006 O sociálních službách.

*Doc. MUDr. František Faltus, DrSc.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
120 00 Praha 2*