

SOCIOEKONOMICKÁ SITUACE OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM V ČESKÉ REPUBLICE

původní práce

Lucie Kondrátová¹
Dana Chrtková¹
Karolína Mladá¹
Miroslava Janoušková¹
Andrea Štanglová¹
Zbyněk Roboch¹
Marek Páv^{2,3}
Petr Winkler¹

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany

²Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

³Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Kontaktní adresa:

Mgr. Lucie Kondrátová
Výzkumný program
Sociální psychiatrie
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748
250 67 Klecany
e-mail: lucie.kondratova@nudz.cz

Tato studie je výsledkem badatelské činnosti podporované projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I a grantem SUPR: Vytvoření Systému Ucelené Psychiatrické Rehabilitace, NF-CZ11-PDP-1-002-2014, Program CZ11 „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“.

SOUHRN

Kondrátová L, Chrtková D, Mladá K, Janoušková M, Štanglová A, Roboch Z, Páv M, Winkler P. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice

Úvod: Osoby s psychotickým onemocněním patří mezi skupiny nejvíce ohrožené nezaměstnaností, chudobou a souvisejícími problémy s bydlením. Cílem článku je analyzovat epidemiologickou a socioekonomickou situaci lidí s duševním onemocněním psychotického okruhu v České republice.

Metoda: Data byla čerpána z epidemiologické populační studie duševních onemocnění v České republice realizované v roce 2017, databázi Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku, databázi České správy sociálního zabezpečení a kohortové studie lidí užívajících komunitní a lůžkové psychiatrické služby v ČR 2015/2016. Data byla zpracována pomocí deskriptivních a základních analytických statistických metod.

Výsledky: V ČR prožívá symptomy psychotických onemocnění více než 150 tisíc lidí, ambulantně se léčí necelých 50 tisíc a v lůžkové péči pak více než 8 tisíc lidí ročně. Nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče přesahuje 82%. Ani hodinu v jakémkoli typu zaměstnání, včetně tréninkových a chráněných míst, nestráví 63% z lidí čerpajících komunitní psychiatrické služby. V obou těchto skupinách více než 90% lidí čerpá invalidní důchod, což je současně zdroj jejich nejvyššího příjmu. Přibližně 30%

SUMMARY

Kondrátová L, Chrtková D, Mladá K, Janoušková M, Štanglová A, Roboch Z, Páv M, Winkler P. Socioeconomic situation of people with psychotic illness in the Czech Republic

Introduction: People with psychosis are one of the most vulnerable groups in terms of unemployment, poverty and housing issues. The aim of this paper is to analyse the epidemiological and socio-economic situation of people with a psychotic disorder in the Czech Republic.

Method: The data was gathered from multiple sources including: the epidemiological population study of mental health disorders in the Czech Republic conducted in 2017, registers of Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, databases of Czech Social Security Administration and a cohort study of people consuming community and inpatient psychiatric services in the Czech Republic conducted in 2015/2016. The data was analysed using descriptive and basic analytical statistical methods.

Results: More than 150,000 people in the Czech Republic suffer from psychotic symptoms, from this group less than 50,000 people are treated in an outpatient setting and more than 8,000 people are treated in an inpatient setting annually. The unemployment rate of people with psychotic disorders discharged from hospital setting exceeds 82%. About 63% of people with psychosis who consume community services do not work

lidí čerpajících komunitní služby nedosahuje čistého měsíčního příjmu vyššího než 8 500 Kč, příjem vyšší než 12 750 Kč pak nemá ani čtvrtina těchto osob. Rodina poskytuje péči přibližně polovině lidí čerpajících komunitní služby, a to v průměru více než 42 hodin za měsíc. Psychotická onemocnění jsou významnou příčinou nově přiznaných invalidních důchodů a příspěvků na péči.

Závěr: Většině lidí s problémy psychotického okruhu se nedostává soustavné odborné pomoci. Ti, kteří pomoc dostávají, mají závažné problémy v sociální oblasti a často žijí pod hranicí chudoby, k čemuž přispívá i současný systém zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Tato situace je neobhájitelná a vykazuje prvky strukturální diskriminace.

Klíčová slova: podporované zaměstnávání, psychóza, reforma psychiatrické péče, sociální dávky, vážné duševní onemocnění.

for at least an hour per month (including sheltered employment). In both groups, more than 90% of people receive a disability pension, which is also the source of their highest income. Approximately 30% of people using community services do not receive more than 8,500 CZK per month. A quarter of this population has an income higher than 12,750 CZK. About half of the people benefiting from community services, also receive family support at the same time. On average, family members provide care for 42 hours per month. Psychotic disorders are a notable cause of newly granted disability pensions and care allowances.

Conclusion: Most of the people with psychotic disorders do not receive continuous professional care. Those who do receive care, have severe social problems and live under the poverty level. The system of employment of people with severe mental illness contributes to this situation. This situation is untenable and shows elements of structural discrimination.

Key words: psychiatric care reform, psychosis, severe mental illness, social benefits, supported employment.

ÚVOD

Onemocnění psychotického okruhu (F20–F29 dle MKN-10) patří mezi vážná duševní onemocnění a jejich prevalence se pohybuje přibližně okolo 1 % populace, což by v ČR odpovídalo 100 tisícům lidí.^{1,2} Lidé s psychotickým onemocněním se velmi často ocitají v nižším socioekonomickém postavení než běžná populace a v porovnání s ní jsou mnohem častěji vystaveni riziku chudoby.³ V literatuře se objevují dvě hlavní hypotézy zabývající se kauzalitou mezi duševním onemocněním a nízkým sociálním statutem, přičemž existují data pro podporu obou těchto hypotéz:⁴ dle hypotézy o sociální příčině (*social causation hypothesis*) jsou chudoba a nízký socioekonomický status rizikovými faktory pro propuknutí duševního onemocnění;⁵ naopak dle teorie sociálního skluzu (*social drift/selection hypothesis*) je propuknutí duševního onemocnění příčinou směřování člověka do nízkého socioekonomického stavu.⁶ Osoby s vážným duševním onemocněním dále čelí sociální exkluzi a zvýšenému riziku bezdomovectví či nuceného spolubydlení, jelikož je pro ně daleko složitější finančně dosáhnout na vlastní samostatné bydlení a jsou tak nuceni žít s rodiči, přáteli, sourozenci, což je náročné jak pro ně, tak i ostatní členy rodiny.⁷

Výše popsané jevy jsou důsledkem obtížného uplatnění lidí s vážným duševním onemocněním na trhu práce. Míra nezaměstnanosti u lidí s vážným duševním onemocněním je často vyšší než 80 %.⁸ Přitom je známo, že stálá pracovní pozice je jedním z klíčových faktorů přispívajících k zotavení člověka s vážným duševním onemocněním⁹ a je pro lidi s vážným duševním onemocněním atributem běžného života.⁸ Lidé s vážným duševním onemocněním se však často ocitají na „druhořadém“ trhu práce, který se vyznačuje nízkými mzdami,¹⁰ vyšší mírou nekvalifikované práce, jež často neodpovídá pracovním schopnostem, které lidé navzdory onemocnění mají. Zahraniční studie potvrzují, že programy podporovaného zaměstnávání jako IPS (Individual Placement and Support) výrazně zvyšují šanci lidí s vážným duševním onemocněním uplatnit se na otevřeném trhu práce.¹¹ V rámci těchto programů si totiž člověk s duševním onemocněním sám vybírá takový obor lidské činnosti, o který má skutečný zájem. Společně s terapeutem pak hledá na otevřeném trhu práce zaměstnání v tomto oboru. V České republice však nejsou tyto programy plošně zaváděny.¹²

Cílem článku je systematické zpracování dat o situaci osob se závažným duševním onemocněním psychotického okruhu (F20–F29 dle MKN-10) v České republice. Studie souhrnně předkládá data o prevalenci psychotických onemocnění v obecné populaci a socioekonomických charakteristikách osob s psychózou čerpajících komunitní a lůžkové služby se zaměřením na výši příjmu a zaměstnanost.

METODA

Studie je založena na sekundární analýze dat z několika zdrojů a studií, které jsou popsány níže. Data byla čerpána z následujících zdrojů:

1. Populační data o prevalenci psychotických onemocnění v obecné populaci byla převzata z celonárodní studie provedené Národním ústavem duševního zdraví za použití instrumentu M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview).¹³ Šetření bylo uskutečněno v roce 2017 na reprezentativním vzorku ČR. Celkem se jednalo o soubor 3 306 respondentů. Po vyhodnocení dotazníku M.I.N.I. bylo možné identifikovat respondenty se současnou psychotickou poruchou, jejich procentuální zastoupení v souboru a díky reprezentativnosti vzorku i výskyt psychotických onemocnění v obecné populaci.
2. Počty pacientů ošetřených v psychiatrických ambulancích byly získány z veřejně dostupné roční zprávy Psychiatrická péče vydávané Ústavem zdravotnických informací a statistiky,¹⁴ čerpající z registrů ÚZIS. Data o počtu pacientů propuštěných z hospitalizace v psychiatrickém zařízení nebo na psychiatrickém oddělení zdravotnického zařízení byla převzata přímo z registrů ÚZIS,¹⁵ kam je elektronickou formou poskytují zdravotnická zařízení průběžným zasíláním výkazů s informacemi o ukončených hospitalizacích.
3. Data o výši příjmů, čerpání sociálních dávek, bytové situaci lidí s onemocněním psychotického okruhu byla převzata ze studií CZEPOS (CZEch Psychosis Outcome Study) a SUPR (Systém Ucelené Psychiatrické Rehabilitace),¹⁶ které v letech 2015–2017 realizovaly Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) a Psychiatrická nemocnice Bohnice. Studie CZEPOS a SUPR jsou jednotou kohortní studií zaměřující se na celkovou situaci osob s onemocněním psychotického okruhu. Do studie SUPR byli zahrnuti lidé, kteří byli v době začátku studie hospitalizováni v lůžkových psychiatrických zařízeních a současně byli v uplynulém roce pro duševní onemocnění hospitalizováni 60 dní a více. Studie CZEPOS se účastnili lidé, kteří v době začátku studie čerpali sociální služby v komunitě alespoň po dobu tří měsíců, a zároveň lidé, kteří byli hospitalizováni pro psychotická onemocnění v lůžkových psychiatrických zařízeních a v době začátku studie byli hospitalizováni déle než 90 dní. Lidé v lůžkových zařízeních se v obou studiích překrývali, rozdíl je v tom, že ve studii SUPR byla kritéria pro vstup do studie benevolentnější vzhledem k definici dlouhodobě hospitalizovaného lůžkového pacienta (60 dní hospitalizace v předchozích 12 měsících ve studii SUPR vs. alespoň 90 dní hospitalizace při započítání

studie ve studii CZEPOS). Tab. 1 (viz níže) uvádí sociodemografické údaje respondentů z těchto studií. Tato data byla získána za použití české verze dotazníku CSRI (Client Service Receipt Inventory) – SKPS (Soupis klientem přijatých služeb). Tento nástroj je administrován metodou polostrukturovaného rozhovoru. Tazatelé byli řádně proškoleni v používání tohoto nástroje.

4. Data o kladně vyhodnocených posudcích pro účely invalidních důchodů a příspěvků na péči / zvýšení důchodu pro bezmocnost byla převzata z databázi Lékařské posudkové služby (LPS). Databáze LPS obsahuje informace o povaze a výsledcích zdravotních posudků v případě žádosti o některou z vybraných forem sociálních dávek. Příslušné posudky byly vyhodnocovány lékaři LPS, přičemž zdravotní stav byl u každého žadatele hodnocen jednak k úrovni příslušného zdravotního omezení, jednak ve vztahu k diagnóze, na kterou se toto omezení vázalo. Data o počtu a struktuře přiznaných příspěvků na péči / zvýšení důchodu pro bezmocnost byla získána z databázi České správy sociálního zabezpečení.
5. Data týkající se zaměstnávání lidí s duševním onemocněním v ČR byla získána analýzou stávající legislativy a analýzou zkušeností se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním v Národním ústavu duševního zdraví.
6. Data týkající se problematiky bydlení byla získána analýzou stávající legislativy a analýzou zkušeností s bytovou situací osob s duševním onemocněním v PN Bohnice a dalších zařízeních zapojených do studie SUPR.

VÝSLEDKY

Epidemiologická situace

Zjištění ze šetření na obecném vzorku populace pomocí nástroje M.I.N.I. v roce 2017 ukazují, že prevalence současných psychotických poruch v české neinstitutionalizované populaci starší 18 let dosahuje 1,5 %. Počet lidí s psychotickým onemocněním ošetřených v psychiatrických ambulancích dosahoval 48 541 v roce 2015, což odpovídá přibližně 0,5 % české populace. V lůžkových zařízeních pak bylo v roce 2014 hospitalizováno 8 119 lidí s problémy psychotického okruhu. Povaha dat v databázích ÚZIS neumožňuje zjistit, jaký byl překryv mezi těmito dvěma skupinami ošetřovaných, resp. kolik lidí ošetřených ambulantně bylo také hospitalizováno. Nicméně vzhledem k tomu, že počty lidí s problémy psychotického okruhu bývají víceméně stabilní, je možné usuzovat, že většinu lidí s těmito problémy se v ČR nedostává žádné odborné pomoci.

Popis vzorku ze studie CZEPOS a SUPR

Celkový počet lidí užívajících komunitní psychiatrické služby není znám. Ve studiích CZEPOS a SUPR jsme sledovali vzorek 138 lidí s psychózou užívajících komunitní služby a 118 lidí užívajících lůžkové služby. Základní charakteristiky tohoto vzorku jsou popsány v tab. 1.

Tab. 1. Charakteristiky vzorku lidí s psychózou užívajících komunitní a lůžkové služby

	Komunitní služby (N = 138)		Lůžkové služby (N = 118)	
	Počet	%	Počet	%
Pohlaví				
Muž	73	52,9	68	57,6
Žena	65	47,1	50	42,4
Věk				
18–30	23	16,7	23	19,5
31–40	42	30,4	40	33,9
41–50	43	31,2	32	27,1
51–60	24	17,4	21	17,8
61+	6	4,3	2	1,7
Rodinný stav				
Svobodná/ý bez stálého partnera	75	54,3	77	68,8
Svobodná/ý se stálým partnerem	19	13,8	11	9,8
Vdaná/Ženatý	12	8,7	8	7,1
Rozvedená/ý	31	22,5	14	12,5
Vdova/Vdovec	1	0,7	2	1,8
Chybějící údaj	0		6	
Vzdělání				
Základní	22	15,9	34	30,4
Vyučený, vyučený s maturitou	55	39,9	42	37,5
Středoškolské	45	32,6	27	24,1
Vyšší odborné	5	3,6	0	0,0
Vysokoškolské	11	8,0	9	8,0
Chybějící údaj	0		6	

Zaměstnanost a příjmy osob se závažným duševním onemocněním

Nezaměstnanost u lidí propuštěných z hospitalizace pro psychotické poruchy v letech 2005 až 2014 dosahovala 82,1 %.^{14,15} Údaje o zaměstnaneckém statusu jsou uvedeny v tab. 2.

Tab. 2. Zaměstnanecký status lidí propuštěných v období 2005–2014 z hospitalizace pro F20–F29.

Zaměstnanecký status	Počet	%
Nepracující, dítě	33 491	82,1
Vedoucí a řídicí pracovník	584	1,4
Vědecký a odborný duševní pracovník	321	0,8
Technický, zdravotní a pedagogický pracovník	997	2,4
Nižší administrativní pracovník	706	1,7
Provozní pracovník ve službách	1 590	3,9
Kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	105	0,3
Řemeslník a kvalifikovaný dělník	1 603	3,9
Obsluha strojů a zařízení	308	0,8
Pomocný a nekvalifikovaný pracovník	1 095	2,7
Celkem	40 800	100,0

Pozn.: Celkem bylo propuštěno 40 800 lidí, kteří měli dohromady 113 123 hospitalizací. V případě pacientů s několika hospitalizacemi za toto období byla použita poslední z nich.

Dle údajů ze studie CZEPOS pak 63 % osob s psychotickým onemocněním čerpajících komunitní služby není nijak pracovně aktivních, tj. včetně tréninkových a dobrovolnických pozic.¹² V průměru na jednoho klienta komunitních služeb připadá pouze 92,4 odpracované hodiny za rok.¹⁷

Ze vzorku lidí užívajících komunitní a lůžkové služby v ČR, který byl sledován v rámci studií CZEPOS a SUPR, byl také sestaven přehled o výši příjmů a čerpání sociálních dávek u lidí se závažným onemocněním psychotického okruhu. Pro absolutní většinu respondentů (93,3 %) představuje invalidní důchod jejich nejvyšší příjem, přičemž více než 90 % z nich pobírá invalidní důchod 3. stupně. Kromě invalidních důchodů čerpají další sociální dávky, a to nejčastěji příspěvek na bydlení (16,7 %) a příspěvek na péči (14,5 %). Celkový přehled o výši příjmů lidí s psychotickým onemocněním užívajících komunitní a lůžkové služby je zobrazen v tab. 3. Ve stejné tabulce je uveden i přehled výše příjmů lidí využívajících lůžkové služby. Nejvyšší procentuální zastoupení respondentů je v obou případech v kategorii 8 501 až 12 750 Kč (46,4 % v komunitních službách; 33 % v lůžkových službách), méně než čtvrtina ze vzorku osob čerpajících komunitní

Tab. 3. Přehled čistých příjmů lidí se závažným duševním onemocněním psychotického okruhu čerpajících komunitní a lůžkové služby v ČR.

Příjem v Kč	Komunitní služby (N = 138)			Lůžkové služby (N = 118)		
	Počet	%	Kum. %	Počet	%	Kum. %
Bez příjmu	0	0,0	0,0	2	2,1	2,1
1 až 4 250	6	4,3	4,3	20	20,6	22,7
4 251 až 8 500	35	25,4	39,7	25	25,8	48,5
8 501 až 12 750	64	46,4	86,1	32	33,0	81,5
12 751 až 17 000	26	18,8	94,9	5	5,1	86,6
21 250 a více	6	4,3	99,2	3	3,1	89,7
Odmítl/a odpovědět	1	0,8	100,0	10	10,3	100
Chybějící údaj	0			21		

Pozn.: Tabulka uvádí výši čistého měsíčního příjmu v Kč.

služby pak má čistý měsíční příjem překračující 12 750 Kč. V souvislosti s nízkými čistými příjmy pouze pětina osob čerpajících komunitní služby žije ve vlastním domě či bytě (24,1 %), nejvíce osob žije v domě či bytě svých příbuzných či známých (27,0 %); významná část z našeho vzorku (15,3 %) pak čerpá sociální služby bydlení zahrnující sociální byty, tréninkové byty či chráněné bydlení.¹⁷

System sociálního zabezpečení: invalidní důchody a péče o osobu blízkou

Jak již bylo zmíněno, nejvyšší příjem čerpá 93,3 % lidí z invalidních důchodů. Duševní onemocnění patřilo v období mezi lety 2001 a 2010 ke čtyřem nejčastějším příčinám přiznání invalidního důchodu v ČR. V letech 2010–2011 představovala duševní onemocnění druhou nejčastější příčinu přiznání invalidních důchodů s 16,7 % za nemocemi svalové, kosterní soustavy a pojivové tkáně s 28 % (z celkového počtu 28 000 nově přiznaných invalidních důchodů za rok). Podrobná analýza invalidních důchodů z důvodu duševního onemocnění ukazuje významný růst mezi lety 2001 a 2008, kdy můžeme sledovat stabilizaci počtu nově přiznaných invalidních důchodů přibližně na úrovni 5 500 případů ročně. Po legislativních změnách v roce 2010 je vidět výrazný pokles na hodnotu cca 4 600 nových případů za rok. Ve struktuře přiznaných invalidních důchodů podle jednotlivých diagnóz ze skupiny F00–F99 v období 2010–2011 byla nejčastějšími příčinami pro přiznání důchodu duševní onemocnění spadající do skupiny afektivních poruch (25,8 %). Druhými v pořadí byly schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy (19,1 %) společně s poruchami neurotickými a stresovými (19,0 %).¹⁸

Analýza zkušeností z oddělení následné péče v psychiatrických lůžkových zařízeních ukazuje na zvláště závažnou socioekonomickou situaci osob, které mají přiznaný určitý stupeň invalidity, ale z důvodu nedostatečného podílu odpracovaných let v daném období nemají nárok na jeho výplatu. Šetření provedené v jednom ze zařízení zapojených v projektu SUPR v roce 2017 k danému datu ukazuje, že 17 % (N = 23) ze 136 osob hospitalizovaných déle než rok má přiznaný invalidní důchod, ale po zohlednění odpracované doby a předchozího výděleku nemá nárok na výplatu vyměřeného invalidního důchodu.

Druhým typem sociální dávky využívané osobami s duševním onemocněním je příspěvek na péči (14,5 %). Jeho účelem je částečně kompenzovat zátěž rodiny v situaci, kdy člověk z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc blízké osoby. Tato dávka je vyplácena v několika stupních dle míry závislosti na pomoci ostatních. Mezi lety 2009 a 2011 byl průměrný počet nově přiznaných příspěvků 52,8 tisíce za rok (20,6 tisíce mužů a 32,2 tisíce žen). Duševní onemocnění byla v tomto období třetí nejčastější skupinou diagnóz vážící se k příslušnému stupni závislosti (15,6 %), a to po nemocech oběhové soustavy (30,9 %) a nemocech svalové a kosterní soustavy (17,8 %). Nejpoužtější skupinou diagnóz v rámci duševních onemocnění představovaly organické duševní poruchy (F00–F09), které jsou typicky spjaté s věkem. Jedná se zejména o demence Alzheimerova typu, které v letech 2009–2011 tvořily více než polovinu žádostí (51,8 %). Druhými v pořadí (s přibližně čtvrtinovým zastoupením)

byly mentální retardace, následovány schizofrenií (poruchy schizotypální a poruchy s bludy) s 8,6% zastoupením mezi přiznanými dávkami.¹⁹

Šetření provedené v rámci projektu SUPR ukazuje, že 81 % pacientů z celkového počtu 136 osob hospitalizovaných v daném lůžkovém zařízení déle než rok nemá přiznaný příspěvek na péči. U 12,5 % pacientů nevznikl nárok na výplatu vyměřeného invalidního důchodu a zároveň není přiznaný příspěvek na péči, pouze necelých 15 % má jak přiznaný invalidní důchod, tak i příspěvek na péči.

Neúspěšná žádost o přiznání příspěvku na péči nemůže být důvodem k nezařazení nemocného do pořadníku zařízení sociálních služeb, přesto je někdy překážkou při výběrovém řízení pro vstup do daného zařízení. S ohledem na nedostatek pobytových komunitních služeb a existenci finanční prahu pro vstup do těchto služeb je pro zajištění komplexního sociálního řešení těch osob s vážným duševním onemocněním, které nemají možnost využít neformální péče, pokračování psychiatrické hospitalizace často jedinou alternativou života bez domova či ve zcela nevyhovujících podmínkách.

Čerpání neformální péče

Důležitým ukazatelem zapojení rodin do péče a současně indikátorem zátěže připadající na blízké osoby člověka s duševním onemocněním je rozsah tzv. neformální péče, tedy péče poskytované především rodinnými příslušníky a jinými blízkými osobami. Analýza vzorku ze studie CZEPOS ukazuje, že neformální péči rodinných příslušníků a jiných blízkých osob čerpá přibližně 46 % lidí (63 ze 138) s problémy psychotického okruhu čerpajících komunitní služby, a to v celkovém rozsahu 2 672 hodin měsíčně, tedy v průměru 42 hodiny na jednu osobu čerpající tyto služby za měsíc.

Praxe zaměstnávání lidí se závažným duševním onemocněním v ČR

V ČR nejsou plošně podporovány efektivní služby zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním a osoby s vážným duševním onemocněním jsou zpravidla umísťovány na chráněný pracovní trh neodpovídající parametrům otevřeného trhu práce, čímž tato praxe vede k sociální izolaci.¹² Státní politika zaměstnanosti zahrnuje mimo jiné právo na zaměstnání a opatření na podporu a dosažení rovného zacházení s osobami se zdravotním postižením a osobami, které mají ztížené postavení na trhu práce. Dle platné legislativy nemá osoba, která je invalidní ve 3. stupni a není schopná výdělečné činnosti za mimořádných podmínek, s výjimkou fyzické osoby, která je invalidní ve 3. stupni a je schopna výdělečné činnosti za mimořádných podmínek (např. zkrácený pracovní úvazek, podpora pracovního asistenta, možnost práce z domova, flexibilní pracovní doba), povinnost být v evidenci ÚP. Rozhodnutí, zda osoba je či není schopná výdělečné činnosti, vydává orgán sociálního zabezpečení, který si posudek vyžádal u lékařské posudkové služby jako podklad pro rozhodnutí. Zkušenosti s poskytováním služby podporovaného zaměstnávání v rámci činnosti NUDZ²⁰ ukazují, že lidé s duševním onemocněním ve třetím invalidním stupni jsou

zpravidla označeny za osobu, jež není schopna výdělečné činnosti ani za zcela mimořádných podmínek. S ohledem na nedostatečné komunitní služby zaměstnávání se tyto osoby potě ocitají na hranici chudoby, jsou ohroženy sociálním vyloučením a prakticky nemají mnoho možností, jak zvýšit svůj status. Výše jejich invalidního důchodu často nedosahuje ani výše životního minima a snadněji se stávají závislými na rodině a sociálních dávkách. Situace je zvláště závažná u osob, kterým nebyl společně s invaliditou přiznán i nárok na vyplácení invalidního důchodu – zpravidla z důvodu toho, že nemají odpracovanou potřebnou dobu k jeho přiznání (např. onemocněly ještě v době studií). Z důvodu současného nastavení legislativy jsou využívány zejména nástroje podporující zaměstnávání osob s postižením na chráněném trhu práce, čímž ovšem nedochází k jednomu ze základních cílů politiky zaměstnanosti, tj. začlenění těchto osob do většinové společnosti a na otevřený trh práce.

DISKUSE

Výsledky ukazují, že většinu lidí s duševním onemocněním psychotického okruhu se nedostává komplexní intervence cílící na jejich potřeby. Lůžkové hospitalizace v psychiatrických nemocnicích jsou neadekvátně dlouhé a mnoho lidí je hospitalizováno více než 10 let.²¹ Tyto dlouhé hospitalizační doby jsou dány i nízkou kapacitou sociálních pobytových služeb, které by byly schopny nemocné s komplexními potřebami přebírat. Ačkoli přesná čísla nejsou známa, multidisciplinární komunitní služby jsou též dostupné pouze zlomku lidí s psychotickým onemocněním.

Vzhledem k velkému množství lidí, jimž se nedostává žádných odborných služeb, což může být také spolu zapříčiněno velmi vysokou mírou stigmatizace ve společnosti,^{22,23} považujeme za nutné testovat jinde efektivní destigmatizační aktivity a služby včasné intervence (tzv. Early Intervention). Obecně lze na včasné intervence nahlížet jako na intervence, které byly poskytnuty dříve než v rámci standardní péče, jsou poskytovány specializovanými komunitními týmy, jsou postaveny na spolupráci s primární péčí a s rodinou klienta²⁴ a mnohdy jsou doprovázeny osvětovými kampaněmi, které mají za cíl destigmatizovat psychiatrickou péči.²⁵ Zahraniční studie ukazují, že včasné intervence představují ve srovnání s běžnou péčí o osoby s vážným duševním onemocněním potenciál ve snížení rizika hospitalizace, snížení rizika relapsu, snížení symptomů nemoci,²⁶ ve zkrácení doby neléčené psychózy²⁷ a v předcházení ztrátě zaměstnání,^{28–32} čímž přispívají ke zlepšení prognózy onemocnění u osob, které se setkají s vážným duševním onemocněním. V neposlední řadě považujeme za důležité testovat různé formy podpory neformálních pečovateli, neboť nesou v souvislosti s těžkým duševním onemocněním svého bližního velkou zátěž.

Paralelně s destigmatizačními programy, programy prevence a včasné intervence (zahrnující též služby včasné detekce) je třeba podporovat programy podporovaného zaměstnávání a zřizování chráněných pracovních míst na otevřeném trhu práce – tj. trh práce, kde více než 50 % pracovníků je bez zdravotního omezení. V současnosti

představují sociální dávky pro většinu osob s vážným duševním onemocněním nejvyšší příjem, což představuje zátěž pro celou společnost. Dosavadní zkušenosti ovšem ukazují, že programy podporovaného zaměstnávání jsou v tomto směru velice efektivní a přispívají k předcházení riziku sociální exkluze a současně přispívají k řešení často špatné finanční situace osob s vážným duševním onemocněním. Domníváme se, že problematická je v této souvislosti též povinnost registrace v evidenci Úřadu práce ČR (ÚP) pouze pro osoby s invalidním důchodem 1. stupně. Osoby s 2. a 3. stupněm již tuto povinnost nemají, často ani nevědí, že mohou vstoupit do evidence ÚP, ať už za účelem nalezení zaměstnání, či rekvalifikace. Navíc se o nich nedozvědí ani zaměstnavatelé. Legislativní úprava by dopomohla ke snižování rizika sociální exkluze osob ve druhém a třetím stupni invalidity, které jsou navzdory onemocnění schopny za vhodně uzpůsobených pracovních podmínek pracovat na otevřeném trhu práce. Nezbytný je v tomto kontextu rovněž systém vzdělávání úředníků ÚP, kteří nemají dostatek informací o duševních onemocněních a o možnostech zotavení se.

Dále je nezbytné rozšíření nabídky pobytových služeb pro nemocné s vážným duševním onemocněním. Systém sociální péče, který je postaven na vstupních kritériích, často z cílové skupiny vylučuje vážně duševně nemocné. Čekací doba v domovech se zvláštním režimem, chráněných bydlech, komunitách a jiných službách, jež poskytují podporu duševně nemocným, se navíc aktuálně pohybuje i v řádu let. Kapacita těchto služeb neodpovídá poptávce a zároveň je jednou z příčin, proč jsou nemocní nuceni často setrávat v dlouhodobých pobytech v lůžkových psychiatrických zařízeních následně péče, případně zůstávají bez jakékoliv podpory. Pokud se jedná o nemocné s duální diagnózou, potom komorbidní závislost na návykových látkách je často vylučující kritérium vstupu do tohoto typu služby a je možné udat, že pro tuto cílovou skupinu pobytová sociální zařízení de facto absentují. Sociálně pobytové služby realizované v psychiatrických zařízeních (tzv. zdravotně sociální péče) také vyžadují z důvodu zabezpečení úhrady poskytované péče přiznaný a vyplácený invalidní důchod, a tedy ztěžují skupině nemocných s přiznanou nízkou mírou invalidity či nevypláceným invalidním důchodem možnost konzumace těchto služeb.

ZÁVĚR

Péče o člověka s duševním onemocněním se přesouvá z běžných nemocnic do komunit s cílem nabídnout člověku péči v prostředí, které zná a na něž je zvyklý. Dle zahraničních zkušeností vede tento systém k větší spokojenosti lidí s duševním onemocněním, zvyšuje kvalitu jejich života, snižuje počet dní strávených v hospitalizaci, je nákladově efektivnější a nevede ke zvýšení kriminality.^{33–36} Česká republika se nyní nachází v počáteční fázi implementace kroků reformy psychiatrické péče. Smyslem tohoto reformního procesu je větší efektivita celého systému psychiatrické péče a přenesení jejího těžiště co nejbližší lidem s duševním onemocněním. Člověk s duševním onemocněním musí být v centru této reformy, a proto je nezbytné upevňovat péči orientovanou na člověka s duševním one-

mocněním (tzv. *patient-oriented care*). Tento přístup, který je založen na prosazování rovnocenného postavení profesionála a člověka s duševním onemocněním, se dlouhodobě ukazuje jako velmi přínosný, protože zvyšuje aktivní zapojení člověka s duševním onemocněním na jeho cestě zotavením a posiluje jeho motivaci k dodržování léčebného postupu.^{37,38} Léčba je tak výsledkem vzájemné interakce a spolupracující atmosféry založené na dialogu člověka s duševním onemocněním a profesionála. Paralelně s tím je však nutné budovat systém, který bude vytvářet pro

osoby s vážným duševním onemocněním prostředí, které umožní jejich znovuzapojení do života společnosti. Tento systém by měl lépe než ten současný propojovat zdravotní a sociální služby, ať již přímo na úrovni komunitního servisu typu Center duševního zdraví (CDZ), nebo širší nabídkou sociálních pobytových služeb zaměřených na cílovou skupinu duševně nemocných při současném zajištění toho, aby tyto služby byly budovány v souladu s principy péče zaměřené na zotavení a byly primárně zaměřené na potřeby nemocných.

LITERATURA

- Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21 (9): 655–679.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21 (10): 718–779.
- Wilton R. Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Soc Sci Med* 2004; 58 (1): 25–39.
- Saraceno B, Levav I, Kohn R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World psychiatry* 2005; 4 (3): 181–185.
- Kohn ML. Class, Family, and Schizophrenia – Reformulation. *Soc Forces* 1972; 50 (3): 295–304.
- Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiat* 1997; 42 (3): 285–290.
- Philippot P, Lecocq C, Sempolux F, Nachtergaeel H, Galand B. Psychological research on homelessness in Western Europe: A review from 1970 to 2001. *J Soc Issues* 2007; 63 (3): 483–503.
- Drake RE, Whitley R. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Can J Psychiat* 2014; 59 (5): 236–242.
- Kiejna A, Piotrowski P, Misiak B, Adamowski T, Schubert A et al. Predictors of vocational status in schizophrenia patients – Results from the Polish nationwide survey. *Int J Soc Psychiat* 2015; 61 (8): 9.
- Cook JA, Burke-Miller JK. Reasons for job separations in a cohort of workers with psychiatric disabilities. *J Rehabil Res Dev* 2015; 52 (4): 371–383.
- Reissner V, Scherbaum N, Wiltfang J, Kis B, Meiler B et al. Psychiatric interventions for the unemployed. *Nervenarzt* 2016; 87 (1): 74–80.
- Kondráťová L, Winkler P. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. *Čes a slov Psychiat* 2017; 113 (3): 132–139.
- Winkler P, Formánek T, Mladá K, Čermáková P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2018; e1728.
- ÚZIS. Psychiatrická péče 2014. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2015.
- ÚZIS. Národní registr hospitalizovaných. Nepublikováno.
- Páv M, Kališová L, Holly M. Poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v ČR a možnosti zlepšení realizované v rámci projektu SUPR. *Čes a slov Psychiat* 2017; 113 (2): 51–58.
- NUDZ. Národní ústav duševního zdraví. Nepublikováno.
- Janoušková M, Winkler P, Kázmér L. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011. *Psychiatrie* 2014; 18 (4): 161–165.
- Janoušková M, Kázmér L, Winkler P. Péče o blízkou osobu s duševním onemocněním v ČR mezi lety 2001 a 2011. Nepublikovaný manuskript.
- Štanglová A, Machů V, Kondráťová L. Program podporovaného zaměstnávání osob s duševním onemocněním: příklad dobré praxe. *Čes a slov Psychiat* 2018; 114 (1): 9–15.
- Winkler P, Mlada K, Krupchanka D, Agius M, Ray MK et al. Long-term hospitalizations for schizophrenia in the Czech Republic 1998–2012. *Schizophr Res* 2016; 175 (1–3): 180–185.
- Winkler P, Mlada K, Janouskova M, Weissova A, Tuskova E et al. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51 (9): 1265–1273.
- Winkler P, Csémy L, Janoušková M, Mladá K, Motlová LB et al. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *Eur Psychiat* 2015; 30 (6): 801–806.
- NICE. Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance. London: NHS: National Institute of Care Excellence 2016.
- Lloyd-Evans B, Crosby M, Stockton S, Pilling S, Hobbs L et al. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (4): 256–263.
- Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010; 197 (5): 350–356.
- Larsen TK, Melle I, Auestad B, Haahr U, Joa I et al. Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychol Med* 2011; 41 (7): 1461–1469.
- Andrew A, Knapp M, McCrone PR, Parsonage M, Trachtenberg M. Effective interventions in schizophrenia: the economic case. A report prepared for the Schizophrenia Commission [online]. LSE 2012 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://eprints.lse.ac.uk/47406/>.
- Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry* 2013; 202 (1): 35–41.
- McCrone P, Park A-L, Knapp M. Economic evaluation of early intervention (EI) services: Phase IV report [online]. Personal Social Services Research Unit 2010 [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <http://eprints.lse.ac.uk/39340/1/DP2745%2Cpdf.pdf>.
- Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophrenia Bull* 2009; 35 (5): 909–918.
- Valmaggia L, McCrone P, Knapp M, Woolley J, Broome MR et al. Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychol Med* 2009; 39 (10): 1617–1626.
- Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic

- consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Comm* 2011; 19 (2): 113–125.
34. Kunitoh N. From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiat Clin Neuros* 2013; 67 (6): 384–396.
35. Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J, Beecham J. Deinstitutionalisation and community living-outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report [online]. University of Kent 2007 [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <http://eprints.lse.ac.uk/3460/>.
36. Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csemy L, Janouskova M et al. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016; 208 (5): 421–428.
37. Latvala E, Janhonen S, Moring J. Passive patients: a challenge to psychiatric nurses. *Perspect Psychiatr Care* 2000; 36 (1): 24–32.
38. Latvala E. Developing and testing methods for improving patient-oriented mental health care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9 (1): 41–47.

referáty z literatury

Solmi M, Veronese N, Correll CU et al. Bone mineral density, osteoporosis, and fractures among people with eating disorders: a systematic review and meta-analysis

(Hustota kostních minerálů, osteoporóza a zlomeniny mezi lidmi s poruchami příjmu potravy: systematický přehled a metaanalýza)

Acta Psychiatrica Scandinavica 2016; 133 (5): 341–351

Cílem desetičlenného mezinárodního týmu odborníků z Itálie, USA, Belgie a Velké Británie bylo poskytnout systematické metaanalytické důkazy o hustotě kostních minerálů (BMD – Bone Mineral Density), proporcích zlomenin a osteoporóze u poruch příjmu potravy (ED – Eating Disorders) proti zdravým kontrolám (HCs – Healthy Controls).

Tři nezávislí autoři prohledali hlavní elektronické databáze až do srpna 2015 se zaměřením na zkřížené průřezové studie referující o BMD u lidí zejm. s mentální anorexií (AN – Anorexia Nervosa) a bulimií (BN – Bulimia Nervosa) proti HCs. Statisticky byly mj. vypočítány poměry šancí (ORs – Odds Ratios) pro osteopenii, osteoporózu a zlomeniny.

Celkem vzato, 57 studií bylo vhodných a zahrnovalo 21 607 účastníků (ED = 6 485, HCs = 15 122). Ve srovnání s HCs měly osoby s AN významně nižší hodnoty BMD v bederní páteři, v celém kyčelním kloubu, v intertrochanterické a trochanterické krajině a v krčku kosti stehenní. Sníženou BMD zprostředkovaly trvání ED a amenorea. Mentální anorexie byla spojena se zvýšenou pravděpodobností osteoporózy (OR = 12,59) a zlomenin (OR = 1,84). Nebyl nalezen žádný rozdíl v BMD mezi BN a HCs.

Autoři uzavírají, že lidé s AN mají sníženou BMD se zvýšenou pravděpodobností osteoporózy a rizika zlomenin. Aktivní monitorování a intervence jsou potřebné ke zmenšení kostní ztráty u AN.

Dachew BA, Mamun A, Maravilla JC Pre-eclampsia and the risk of autism spectrum disorder in offspring: meta-analysis

(Preeklampsie a riziko poruchy autistického spektra u potomka: metaanalýza)

Brit J Psychiatry 2018; 212 (3): 142–147

Důkaz o účinku nitroděložní expozice preeklampsii na poruchu autistického spektra (ASD – autism-spectrum disorder) u potomka není náležitě stanoven. Záměrem australských autorů z University of Queensland (pracoviště Brisbane) bylo tedy zkoumat spojitost mezi preeklampsií a ASD.

Byly prohledány 3 databáze a vypočítána relativní rizika (RR) s 95% intervaly spolehlivosti (CI – confidence intervals). Pro patřičnou statistickou sílu metaanalýzy autoři provedli analýzy podskupin a citlivosti. Pomocí speciálního statistického testu též hodnotili předpojatost publikací, ale nenašli pro ni žádný důkaz.

Deset studií vyhovělo vstupním kritériím. Riziko ASD bylo o 32% vyšší u potomka vystaveného nitroděložní preeklampsii v porovnání s těmi bez této expozice (RR = 1,32, 95% CI = 1,20–1,45).

Závěrem autoři potvrzují, že preeklampsie zvýšila riziko ASD u potomka. Nález naznačuje potřebu časného skríningu ASD u potomka žen s preeklampsií.

MUDr. Jaroslav Veselý