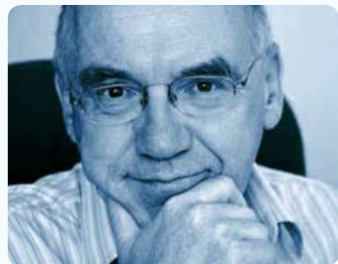


Psychiatrie je oborem, který stále stojí na „staré dobré ruční práci“. Ne že by do osudu jejích pacientů nepromlouvala nová účinná farmaka, nebo



že by se tak docela obešla bez pomoci moderních diagnostických strojů, ale to zásadní stojí na znalostech lékaře, jeho schopnosti porozumět pacientovi i jeho obtížím, ochotě věnovat mu potřebný čas a současně si s ním vytvořit vztah vzájemné důvěry. V době okouzlené novými technologiemi se psychiatrie jeví starosvětská a málo sexy, a je málo platné, že její péči potřebuje stále více z nás. Psychiatrii zjevně zaspali v raných dobách transformace našeho zdravotnictví, kdy si v Sazebníku vyváltili jen takové bodové ohodnocení své práce, že jejich podíl na celkových nákladech zdravotnictví je druhý nejnižší v Evropě. Dnes si oprávněně stýskají na obleněný tok financí do svého oboru, ale tím si mnoho nepomohou. Na účinné politické vydírání nemají potřebnou sílu, a tak jim nezbyvá než nás přesvědčit, že za více peněz dostaneme i více muziky.

Reformátorům zdravotnictví nabízí psychiatrie prostředí, ve kterém jsou všechny hlavní problémy k řešení obsaženy ve dra-

maticky vyhraněné podobě. Kde jinde je kvalita péče tak závislá na koordinaci a kooperaci zdravotníků a sociálních služeb jako u psychiatrických pacientů? Kde jinde je tak důležité znát správná řešení pro situace, kdy pacient není, dočasně či dlouhodobě, zcela nebo částečně, schopen být zákazníkem a chovat se tak, jak od něj očekáváme v běžném chodu zdravotnictví? Kde jinde než v psychiatrii je k vidění tak vyhraněné a přitom věcně zbytečné potýkání mezi zastánci ústavních a ambulantních služeb? Okřídlené rčení praví, že není špatných otázek, jsou jen špatné odpovědi, a psychiatrie nabízí zajímavou příležitost k hledání těch správných. Zároveň je dobrým prostředím k testování robustnosti připravovaných reformních kroků, které budou-li bez zádrhelů použitelné v psychiatrii, budou s jistotou použitelné i kdekoli jinde.

Třeba právě kritici zavádní regulačních poplatků, i když mají více politické než věcné munice, by právě v psychiatrii mohli nějakou vykutat. Můžeme diskutovat o tom, zda měly příslušné paragrafy vypadat jinak, ale obecně platí, že se zákonem nedají ošetřit všechny varianty, které před nás život postaví. Proto se přimlouvám za větší uplatňování zdravého rozumu v kombinaci s jistou velkorysostí. Medicína není strojařina a každý, kdo se v ní pohybuje, musí mít jistou volnost ve svém rozhodování, třeba o tom, že tohoto pacienta tentokrát ošetří bez poplatku.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Jak měnit psychiatrii?

Zdeněk Bašný

úhel pohledu



Erik Hermann
Pavel Tautermann

volné fórum



Alena
Šteřlová



Jana
Žmolíková



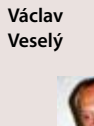
Cyril
Höschl



Boris
Štátný



Barbora
Wenigová



Václav
Veselý



Kamil
Kalina

Průzkum stavu a postojů
pacientských organizací

úhel pohledu >

MUDr. ZdenĚk Bašný, psychiatr, Centrum péěe o rozvoj duševního zdraví

Paradox ěeské psychiatrie

Z otázky v názvu jak diskusního setkání v CERGE, tak i tohoto ěísla Oběana v síti může pro někoho vyplynout, že naše psychiatrie tápe, neví, co chce, a nachází se váhající na názorovém rozcestí. Tento dojem pak umocňují oběasné mediální prezentace extrémních názorů několika málo psychiatrů, kteří se snaží prosadit novým rozdmýcháváním již dříve překonaných, antagonistických postojů poskytovatelů ústavní a komunitní péěe. Přitom jejich rozpor byl v ideové formě překonán již v Koncepti oboru psychiatrie, přijaté na základě konsensu poskytovatelů všech typů služeb, schválené sjezdem Psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně v roce 2000 a Vědeckou radou MZ ĚR v roce 2007. Tím, že se nepodařilo realizovat koncepci v oblasti rozvoje sítě jednotlivých typů psychiatrických služeb, byl vytvořen prostor pro její zpochybňování a prezentaci překonaných názorů, neodpovídajících současným trendům oboru.

Psychiatrické koncepci je mimo jiné vyěítána její obecnost, nedefinování nástrojů transformace, chybění analýzy ekonomických nákladů pro její realizaci, její dopad na systém financování zdravotnictví atd. Jako protiklad marným snahám psychiatrů o změnu je ěasto uváděna úspěšná forma prosazování oborových zájmů např. ze strany stomatologů, kardiologů, onkologů, zástupců oborů používající nákladné diagnostické zobrazovací

Paradoxem naší psychiatrie je skuteěnost, že v situaci, kde nejenom u nás, ale v celém světě trvale stoupá potřeba jejich služeb, nadále podmínkami poskytované péěe propadá mezi ostatními medicínskými obory.

podpory změn v psychiatrii. Ta bohužel neřeší jenom exaktně definovatelné, pěevážně monotematicky zaměřené problémy, jako je tomu u většiny výše uvedených oborů, ale je v úzké návaznosti rozkroěena od akutní péěe v oblasti lůžkové,

denních stacionářů, krizových center, ambulancí, pěes jednotlivé typy zařizení péěe následné, zdravotně-sociální a sociální. Souěasně musí psychiatrie řešit problematiku ochranných léěeb všech typů a zabezpeěení pacientů s projevy ohrožujícími jejich okolí. Navíc neřízeným rozvojem a „lidovou“ tvorbou typologie při rozvoji ambulantních služeb s nejasným definováním zdrojů pro jejich financování po roce 1989 nebyly vytvořeny stabilní podmínky pro jejich systémové zařazení do sítě služeb a financování (terapeutické komunity, zařizení pracovní a sociální rehabilitace apod.). Proto je nezbytným úkolem probíhající revize koncepce oboru definování služeb zdravotnických a sociálních, financovaných z příslušných resortů nebo pojišťoven. Vymezení služeb zdravotně-sociálních a jejich financování zůstane pravděpodobně více politickému rozhodování.



ZdenĚk Bašný

Paradoxem naší psychiatrie je skuteěnost, že v situaci, kde nejenom u nás, ale v celém světě trvale stoupá potřeba jejich služeb, nadále podmínkami poskytované péěe propadá mezi ostatními medicínskými obory. Narůstající potřebnost dokládají údaje Světové zdravotnické organizace a Světové banky, podle kterých neuropsychiatrické choroby představují větší zdravotní zátěž (DALY – Disability Adjusted Life Years) pro obyvatelstvo než choroby kardiovaskulární a nádorové.

Strukturou lůžkových psychiatrických služeb jsme na úrovni 1. poloviny minulého století. Lůžková, ambulantní péěe i péěe sociální jsou rozloženy na území ĚR nerovnoměrně, v některých krajích poskytovatelě některých druhů základní péěe zcela chybějí, např. psychiatrická lůžka ve Středoěeském kraji. Stav psychiatrických služeb

odpovídá prostředkům vyčleněným ve zdravotnictví na psychiatrii, kde jsme v rámci zemí EU na předposledním místě před Slovenskem. Daný alarmující stav české psychiatrie překvapivě nikoho nealarmuje. Pravděpodobně z důvodu, že v pohledu naší společnosti a jí volených zástupců (rozhodujících o toku peněz ve zdravotnictví) není nic nenormálního (a nemorálního) léčit duševně nemocné v archaickém modelu lůžkových zařízení bez odpovídající návaznosti na ambulantní a další komunitní služby. Beze změny tohoto postoje společnosti a jí zvolených zástupců nám nepomohou sebelépe vypracované koncepte, ekonomické analýzy, případně další obdobné aktivity, a můžeme se opět sejít po několika letech na semináři „Jak měnit psychiatrii?“

**MUDr. Erik Hermann, MUDr. Pavel Tautermann,
Sdružení ambulantních psychiatrů ČR**

Psychiatrie se mění v sociálních interakcích

Psychiatrii není třeba měnit – ostatně to ani žádnou zevní manipulací nejde. Psychiatrie se mění sama v sociálních interakcích, které jsou sotva cíleně administrovatelné. Co je třeba měnit, jsou podmínky a možnosti, meze, ve kterých se psychiatrie děje. Před 110 lety – v roce 1897 – píše Kuffner: „Budíž přiznáno, že až dosud psychiatrie nezasloužila si v řadě lékařských věd rovnoprávného postavení. Bývaly časy, že vůbec neuznávala potřebu družiti se k nim (...) že má s nimi se všemi společnou přírodní podstatu“. Její postupné oddělení od neurologie (která co obor také není prastará) nebylo volním aktem. Změna lékaře ambulujícího za pacienty v jejich domově v lékaře, za nímž pacienti ambulantně přicházejí, nebyla nijak plánována. Ambulantní služby byly kdysi poskytovány – pokud vůbec – jen v nepatrném rozsahu ústavními zařízeními hlavně propuštěným nemocným. Nebylo to pocíťováno jako nedostatek – psychiatrická péče většinou nebyla vyhledávána dobrovolně. Nyní – to je od druhé poloviny minulého století – je hlavní dějiště psychiatrie v ambulancích, jejichž péče je většinou dlouhodobá (činí průměrně více i mnohem více než čtyři pětiny časové historie psychiatrického pacienta). Skutečný prospěch z psychiatrie může mít lidská obec, jen bude-li skutečně prospívat psychiatrie v ambulancích.

Podstata lékařství vůbec a psychiatrie zejména je v diadickém vztahu mezi dvěma lidmi, kteří se setkávají proto, že jeden potřebuje a přeje si radu a pomoc, kterou si neumí a nemůže poskytnout sám, a druhý mu je schopen více či méně vyhovět a jeho potřebu splnit. Základní prostředek psychiatrie je kontakt s pacientem – především řečí a souvisejícím pozorováním, vzájemnou verbální a neverbální komunikací ve vztahu vzájemné akceptance. Vytvoření takového vztahu se nedá zmechanizovat, zprostředkovat nějakými přístroji nebo elektronickými médii. Nedá se vtěsnat do žádných standardizovaných schémat, i když ovšem postup vyšetření, rozpoznávání a léčení má svá pravidla – ostatně řadu desetiletí osvědčená a v podstatě jen málo měněná, spíše doplňovaná. Oba – psychiatr a pacient (nemáme rádi slovo klient – původně propuštěný otrok, závislý na patronovi, a pak zákazník advokáta) – potřebují především dostatek nerušeného času. Praktická psychiatrie nepotřebuje přístroje, možná některé diagnostické stupnice (ale ty obvykle zůstávají v poličce nad psacím stolem) a ani její nejbližší pomocnice – klinická psychologie – není žádný přístrojový obor. Psychiatrie je jako každý jiný lékařský obor souborem poznatků, kterým se lze naučit. Naučit se a dodržovat lze i etické principy. Ale žádný jiný obor či lékař jiného oboru není tak jako psychiatrie závislý na dvou hluboce neidentických mentálních mohutnostech: na soucitu a vcítění. Soucit i vcítění mohou u člověka existovat zcela samostatně – dokonce izolovaně. Všichni víme, jak obtížné a nemilé mohou být vnucované projevy upřímného soucitu bez současného vcítění; méně je známo, že izolovanou schopnost vcítění bez soucitu nacházíme u úspěšných podvodníků. Dobrý lékař by měl mít schopnosti obě, ale

Psychiatrie se mění sama v sociálních interakcích, které jsou sotva cíleně administrovatelné.

jen v psychiatrii jejich nedostatečivost a nesoulad nelze ničím kompenzovat. I hluchý, naučí-li dobře notopis, může obstát ve velkém orchestru, ale nikdy nebude sólistou. A psychiatři, především v ambulancích, jsou sólisté (ne že by se tu a tam nevyskytli někteří, kteří se nenaučili ani ten notopis).

Medicínské myšlení v psychiatrii moc neprofitovalo rozškátulkováním a změnami, zdánlivě usnadňujícím diagnózu, ale hlavně počítačové a statistické zpracování (i statistika však užívá

hlavně kódové názvy kapitol). Vynikající psychiatrický terminolog Pavlovský napsal, že některé (starší a celostnější, dodáváme my) diagnózy chybějí a „se značným sebezapřením musíme



Pavel Tautermann

užívat diagnózy, jejichž charakteristika se jeví uboze šedivá ve srovnání s barvitým popisem Myslivečkovým, obtížně se smiřujeme s diagnosami psychiatrizujícími jevy z neostře hranice mezi normou a naznačenou psychopatologií, litujeme mizení obsažných pojmů, jejichž vyslovení vyvolalo jasné spektrum klinických a všeobecně uznávaných pojmů“ ve prospěch kostrbatých rozvětvenin nedynamické poruchy.

Tomuto vývoji možná porozumíme líp, když si uvědomíme, že vývoj MKN už dlouho sponzorují farmaceutické firmy, a když nám jejich dealeři radostně oznamují, že ten či onen jejich výrobek firma indikuje pro další subdiagnózu té či oné kapitoly F. Velkým neštěstím medicíny ostatně je, že si sama nemůže dostatečně vydělat na vlastní pokrok a že v tom je odkázána především na farmaceutické firmy. Pro ně je však tuze často prospěch nemocného jen chytře využívané vehikulum k prospěchu vlastnímu. Nedá-li se vydělat na dobré, ale výrobně i prodejně laciné molekule, stáhnou ji firmy beze studu z registrace. Úspěšně se snaží o přímý i nepřímý vliv na stanovení (= rozšiřování) indikací i na motivace pacienta.

Mnohem bezprostřednějším omezením reálné prospěšnosti psychiatrie je ale současný regulační úhradový systém, který zejména ambulantní psychiatrii dusí už několik let. I když samotná farmakoterapie nestačí v psychiatrii téměř nikdy bez dobré dávky aspoň nesystematické psychoterapie, je ve zcela převážné většině případů psychiatrie

na léčích závislá. I když stále se rozšiřující záplava psychofarmak nijak neodráží skutečný farmakologický pokrok, přesto se téměř každý rok objeví lék, který přínosem je. Bohužel je drahý – minimálně dokud trvá patentová ochrana – a proto její při přísném dodržování ověřených indikačních omezeních můžeme předeptat jen zlomku skutečně potřebných. Jinak nám nejen hrozí, ale dopadne na nás regulační srážka – ne



Erik Hermann

malá, někdy v řádu až set tisíc. Totéž ostatně, byť menší měrou, hrozí, překročíme-li limit výkonů a vyžádané péče. Možnosti obrany jsou nevelké, ale stojí za to o nich diskutovat. Pojišťovny argumentují nedostatkem financí v pojistných plánech – ostatně pravdivě – a omezující regulace rok od roku přitahují. V dlouholetém dohodovacím řízení se poskytovatelům podařilo prosadit do smluv, že pokud lékař ošetří za dané zúčtovací období – zpravidla pololetí – statisticky nevýznamný počet unicitních pojištěnců (dosud 50) té které zdravotní pojišťovny, nebude se mu vypočítávat léková regulace (protože by se metodicky spravedlivě vypočítat nedala). Nyní se pojišťovny – především oborové, protože u nich většinou ten statisticky nevýznamný počet pojištěnců máme –

pokoušejí tuto volnost pro nás a omezení pro ně zrušit s odůvodněním, že ji „zneužíváme“ předpisováním těchto nákladných léků, protože za to nemůžeme být pokutováni. A mají pravdu, skutečně se méně rozmýšlíme napsat psychofarmakon poslední nebo předposlední generace, když víme, že to nebudeme muset zaplatit sami. Vědomí, že tak upřednostňujeme pojištěnce jedné pojišťovny před druhými (obvykle VZP), je depresogenní a moc nám neulevuje další vědomí, že těch upřednostněných není a nemůže být vzhledem k malé-

...potřebné změny potíže hned tak nepřinesou, protože dlouho nenastanou.

mu počtu mnoho a ani jistota, že se tato ošklivá situace nezmění, dokud se budou na psychiatrii v ČR vynakládat pořád jen mizerná cca 3 % ze všech zdravotnických nákladů. Jsme na předposledním místě v Evropě – za námi je jen Slovensko se 2 %. I Portugalsko dává víc než 4 %; a jsou ovšem země, které vynakládají přes 13 %. Zcela jistě u nás není přepsychiatrizováno. Průměrný

ambulantní psychiatr se stará o 300 až 500 i více pacientů ročně – na západ od nás i ch hranic to nebývá víc

Jsme přesvědčeni, že řešení je v rozdělení péče na standard hrazený ze solidárního pojištění, od nadstandardu placeného pacientem, z komerčního připojištění nebo z dalších zdrojů.

než 100. Máme cca 600 ambulantních psychiatrů a bylo by jich třeba nejmíň 1100. V Praze by mělo být nejméně dvakrát tolik psychiatrů na 100 000 lidí než dosud – aspoň 11 místo dosavadních 6; nelze vycházet jen z počtu obyvatel Prahy, protože do ní denně přijíždí nejméně další milion.

Jak by se měly potřebné změny uskutečňovat? O tom má podle našeho mínění smysl mluvit, až bude patrná ochota a politická vůle ty nákladové, úhradové, regulační poměry změnit. Takže potřebné změny potíže hned tak nepřinesou, protože dlouho nenastanou. Některé, o jejichž potřebnosti trochu pochybujeme, ale asi potíže přinesou. Lze předpokládat, že v psychiatrii budou mít regulační poplatky za následek významné ztížení a rušení péče např. o chronické psychotiky, které je ke spolupráci nutno přesvědčovat a získávat, a o staré nemocné s organickými poruchami. Např. v ambulanci jednoho z nás ze 484 ošetřených v roce 2006 bylo 72 schizofrenních psychóz, 93 závažných afektivních poruch

a 110 organických poruch, tedy téměř pro polovinu z nich může být placení problém s odrazujícím efektem. Zkušenosti slovenských kolegů jsou taky takové, tam se to ovšem vyřešilo množstvím výjimek a nevynucováním. Někteří pacienti snad budou moci žádat sociální odbor o nějaké vysvědčení chudoby, bude to nepochybně znesnadnění péče. Jsme přesvědčeni, že řešení je v rozdělení péče na standard hrazený ze solidárního pojištění, od nadstandardu placeného pacientem, z komerčního připojištění nebo z dalších zdrojů. A v dalších krocích i v diferencování povinné solidarity a konečně i v podstatně změně regulačního zadání pro zdravotní pojišťovny. I taková reforma bude bolestná, ale jinou možnost nějaké nápravy současné bolestnější situace nevidíme. Jak by se tohle všechno mělo uskutečňovat? Kdybychom věděli, jak se uskutečňuje rozumná politická vůle vládnoucích institucí, dovedli bychom asi odpovědět.

Dalo a mělo by se mluvit ještě o mnohém důležitém: že psychiatrie se – jako jediný lékařský obor – zabývá i poruchami, které člověka zbavují schopnosti rozpoznávat vlastní či cizí prospěch a takovým rozpoznáním se řídit, že podobně jako infekční lékařství má za úkol nejen léčit, ale i chránit společnost před projevy některých nemocí, že vážná porucha, vyžadující trvalé léčení, nebrání dobrému sociálnímu a pracovnímu přizpůsobení, pokud se pacientovi podařilo dosáhnout skutečného náhledu a začlenit jej do svých postojů a jednání, že zejména v psychiatrii se nelze vyhnout nepřijemným pravdám, které se těžko říkají i poslouchají, ale jejichž zpracování je podmínkou úspěchu, že psychiatr může rozumět cizím pohnutkám, jen rozumí-li svým vlastním. Ale na to už není čas.

A jestli se něco skutečně změní? Woody Allen napsal: Chcete-li pobavit Pána Boha, seznamte ho se svými plány do budoucnosti.

Nadace

OPEN SOCIETY FUND PRAHA

o. s. Občan děkuje za podporu
Nadaci Open Society Fund Praha

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. *Myslíte si, že je co měnit v české psychiatrii?*
2. *Jakou změnu byste si případně přál/a?*
3. *Jaké dopady do oblasti psychiatrie očekáváte od zahajované reformy zdravotnictví?*



prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych., prezident Asociace evropských psychiatrů

Odpovědi Cyrila Höschla:

1. Ano

2. Navýšení investic a prostředků na pracovní síly (sestry!), v rozumné míře transformaci systému poskytování psychiatrické péče směrem ke komunitní, diferenciaci a modernizaci léčeben a jejich proměnu v moderní psychiatrické nemocnice, emancipaci psychiatrického výzkumu v rámci medicíny, úhradu všech aktivit poskytované péče včetně psychoedukace, case managera, sociální/ho pracovníka/atd. Už je na čase vybudovat moderní, světově konkurenceschopné psychiatrické zařízení pokrývající diagnostiku, léčbu, epidemiologii, výzkum mozku, genetiky a výuku, jež by bylo mladší než z r. 1909 (!!!).

3. Bohužel žádné; tvůrci reformy o psychiatrii, obávám se, zřejmě mnoho nevědí. Rád bych se mýlil.



MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., ředitelka kanceláře WHO v ČR

Odpovědi Aleny Šteflové:

1. Určitě ano. Domnívám se, že je to jediná oblast v rámci naší zdravotní péče, která změnu potřebuje. Je zde znatelný rozdíl mezi pojetím psychiatrické péče v zemích západní a východní Evropy, kde se služby poskytují v rámci širokého spektra komunitních zařízení, a ne již výlučně v izolovaných a velkých institucích. Daleko větší důraz je kladen na práva psychiatrických pacientů, ale pozornost přitahuje i ochrana před agresivním chováním. Dle údajů Světové zdravotnické organizace se počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí v posled-

ních 10 letech zvýšil o více než jednu třetinu. Způsob a formy poskytování psychiatrické péče je těmito trendům třeba přizpůsobit. Chápu, že naplnit tyto záměry je však z různých organizačních, kapacitních a finančních důvodů velmi obtížné.

2. Ideálně vzato by zdravotní péče měla být schopna zajistit podporu duševního zdraví a prevenci nemocí v místní komunitě i léčení v blízkosti pacientova bydliště, a to v úzké spolupráci a návaznosti se systémem základní zdravotní a sociální péče.

Zlepšení této péče je ostatně úkolem pro všechny státy evropského regionu. K Deklaraci Světové zdravotnické organizace o duševním zdraví a z ní vyplývajícímu Akčnímu plánu, který byl přijat na ministerské konferenci v Helsinkách v r. 2005, se přihlásila i Česká republika. Přes snahu řady odborníků a nevládních, především patientských organizací k jeho koordinovanému naplňování v našich podmínkách zatím nedochází.

3. Doufám, že připravovaná reforma zajistí racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb.

Odpovědi Borise Štastného:

1. Česká psychiatrie je bezpochyby na světové úrovni; stejně jako v celém zdravotnictví, i v české psychiatrii jsou však

samozřejmě věci, které se podle mne dají zlepšit.



*MUDr. Boris Štátný, místo-
předseda zdravotního výboru
PS a předseda pracovní komise
pro pražské zdravotnictví na
MZ ČR*

2. Stejně jako v dalších oborech pokládám za potřebné stále zlepšovat péči o nemocné na úrovni středního zdravotnického personálu a celkovou úroveň nemocničního servisu. V poslední době jsem se znepokojením sledoval debaty okolo zajištění krizové pomoci, její dostupnosti a financování. Jsem přesvědčen, že v budoucnu se o zachování a rozšíření této pomoci duševně nemocným musíme daleko více zasazovat.

3. Zavedení regulačních poplatků přinese další zdroj finančních prostředků i do psychiatrie.

Odpovědi Jany Žmolíkové:

1. Určitě, vidím nutnost definovat psychoanalýzu a vyjmout ji částečně nebo zcela z péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Chybějí mi v psychiatrii obecně známé preventivní programy, větší propagace významu psychohygieny. Dále

větší péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou, a to nejen až ve finálních stádiích, ale programy na posílení mozkových funkcí jako součást léčby.

2. Hlavně změnu v přístupu veřejnosti k duševně nemocným. Za posledních 15 let dokázala naše společnost respektovat potřeby fyzicky hendikepovaných – snaha o bezbariérové přístupy je už dnes samozřejmostí, stejně jako úpravy chodníků pro nevidomé, již malé děti se učí vcítit a zažít pocit takto hendikepovaných, mají různé možnosti vyzkoušet si omezení samy na sobě. V oblasti mentálně hendikepovaných se, díky prezentaci jejich tvorby, vnímání společnosti zlepšuje, ale zcela zůstává v oblasti duševně nemocných. Společnost potřebuje daleko širší praktické informace o projevech duševně nemocných, aby lidé dokázali odlišit nebezpečné formy chování od neohrožujících projevů duševní nemoci a dokázali na ně adekvátně reagovat.



*MUDr. Jana Žmolíková,
lékařka*

3. Šanci na prosazení žádoucích změn, zlepšení vztahu mezi nemocnými včetně jejich příbuzných a ošetřujícími léka-

ři spolu s ostatním personálem s důrazem na spolurozhodování nemocného o své léčbě.



*Václav Veselý, programátor
a herec divadelního spolku
Budeč*

Odpovědi Václava Veselého:

1. + 2. Těžko si představit někoho, kdo si myslí, že je co měnit, ale přitom si tuto změnu nepřeje, takže spojmím odpovědi na prvé dvě otázky. V prvním okamžiku jsem byl v pokušení odpovědět: „Ne, nevím o žádných problémech v psychiatrii“. Vzápětí jsem se však musel zamyslet nad tím, jestli není problémem právě to, že o psychiatrii vlastně nic nevím... Je to můj osobní problém, nebo nedostatkem informací trpí většina obyvatel? Nevím o tom, že bych se někdy setkal s psychicky nemocným člověkem. Ale co když ano? Třeba jsem v podivínovi, kterému je lepší se vyhnout, jen nerozpoznal nemocného člověka, kterému lze pomoci a vyléčit ho. Možná je tedy potřeba v první řadě zvýšit informovanost o psychiatrii.

3. Od reformy očekávám především vyřešení financování, což je globální problém, který bude mít stejný dopad na psychiatrii

jako na kteroukoliv jinou část zdravotnictví. Očekávám odstranění neefektivního a ke korupci náchylného státního monopolu ve prospěch konkurenčního prostředí, jež bude zákony regulováno pouze v míře nezbytné pro omezení podvodů.



*Mgr. Barbora Wenigová,
ředitelka Centra pro rozvoj
péče o duševní zdraví*

Odpovědi Barbory Wenigové:

1. Ano, česká psychiatrie potřebuje změnu. Je stále založena na tradičním modelu, který má těžiště v lůžkové péči a je přizpůsoben potřebám odborníků více než pacientům a jejich rodinám. Oproti rozvinutým zemím u nás nedochází ke změnám – snižování počtu psychiatrických lůžek a jejich nahrazování ambulantní psychiatrickou péčí a potřebnými rehabilitačními službami. Další velkou bolestí naší psychiatrie je její nedostatečné financování. Do tohoto oboru přichází pouhých 3 % z rozpočtu na zdravotnictví oproti průměru v Evropě, který je 5 % a více.

2. Dnešní péči o duševně nemocné by nejvíce pomohl větší zájem politiků a zřizovatelů služeb a uvědomění si součas-

ných nedostatků. Ty si bohužel nejvíce a každodenně uvědomují pouze pacienti. Pakliže by byla politická podpora psychiatrii, mohl by vzniknout závažný, dlouhodobý (nejméně pětiletý) plán reformy a financování psychiatrie, který by obsahoval podporu vytváření adekvátních služeb na včasné diagnostikování a léčbu duševních poruch v rámci nemocnic, vytváření systému krizových center, rozvoj služeb zabývajících se sociálními problémy pacientů, pozvolnou redukcí lůžek v léčebnách a další. Nedílnou součástí změn by byla podpora vzdělávání a výzkumu v oboru psychiatrie. Celkovou reformu psychiatrie by od začátku doprovázela práce v oblasti legislativy a důslednější systematická osvěta vůči veřejnosti. Pro celý tento proces by byla žádoucí také změna ve spolupráci mezi samotnými odborníky. Zdá se, že v poslední době se dokážou spolu lépe dohodnout na tom, co by se mělo v psychiatrii změnit. Stále bohužel ale přetrvávají zájmové střety, což výrazně zhoršuje schopnost zaujmout jednotný postoj a žádat (pro psychiatrii) výhodnější distribuci financí.

3. V rámci koncepční práce Centra pro rozvoj péče o duševně nemocné (www.cmhcd.cz) se vytváří první optimální model psychiatrické péče. Ten reflektuje současné požadavky odborníků a pacientů v různých diagnostických skupinách na typy a množství služeb. Ve výsledku nabídne srovnání současného reálného a optimálního stavu a nástin jednotlivých kroků k dosažení žádoucího stavu. První model moderní péče bude vytvořen v roce 2008 pro hlavní město Praha a po jeho dokončení bude připraven k replikaci na další regiony v České republice.

Hlavním cílem celého projektu je podpora definování cílů reformy oboru psychiatrie a nacházení nových kroků k jejím uskutečnění.



*MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN Praha*

Odpovědi Kamila Kaliny:

1. Ano, myslím si, že je opravdu co měnit. Česká psychiatrie jako systém (nemluvím teď o psychiatrii jako o oboru – to je jiné téma) chronicky uvázla v „předreformním“ stavu, z něhož jsme vymýšleli cestu už koncem 80. let. Je pravda, že zejména v Praze existují „příklady dobré praxe“, jaké představují třeba Denní sanatorium Ondřejov se svými extenzemi nebo ESSET/ESSET Help, či na druhé straně resocializační aktivity nadace BONA nebo sdružení FOKUS, ale příliš dlouho zůstávají pouze příklady a nestaly se jádrem systémových změn. Vytváří to ve mně dojem, že reforma není v zájmu ani poskytovatelů služeb, ani plátců (tedy zdravotních pojišťoven), a tak se o ní přestalo mluvit.

2. Přál bych si například změnu účetního myšlení na ekonomické myšlení. Ilustrací tohoto problému je např. letoš-

ní ohrožení existence krizového centra v PL Bohnice se zdůvodněním, že je prodělečné. Nikdo nebral v úvahu, co krizové centrum ušetří na pozdějších nákladech hospitalizace, o ostatních sociálních nákladech nemluvě. Stejným, tj. účetním způsobem pořád uvažují i zdravotní pojišťovny, takže neposkytují pro změny ekonomické stimuly.

Další fenomén, který mě znepokojuje, je fascinace farmakoterapií mezi psychiatry. Samozřejmě že psychofarmaka jsou důležitá, ale je jednoznačně prokázáno, že účinnost kombinované léčby, tj. farmakoterapie + psychoterapie, je vyšší než u léčby zaměřené pouze farmakoterapeuticky. V nelehké době 70. a 80. let, kdy se psychoterapie v psychiatrii setkávala se značnými potížemi, mělo daleko více mých kolegů-psychiatrů zájem o psychoterapii a psychotherapeutický výcvik než dnes. V zahraničí se dnes běžně setkáváme aspoň s kombinací

farmakoterapie a kognitivně behaviorální terapie – jako psychoterapeut mám jiné zaměření, ale kéž by aspoň tohle bylo běžné i u nás. Pro pacienta je to přece jen účinná přidaná hodnota k psychotropním lékům, pro psychiatra to ovšem znamená práci jaksi navíc – a zase je tu otázka, zda je k tomu (a k patřičnému výcviku a vzdělání) finančně motivován.

Do třetice – pořád se k vlastnímu údivu setkávám s předsudky vůči duševně nemocným, se schémata, které někdy sami psychiatři sdílejí a udržují v nepsychiatrickém okolí, např. v justici nebo ve veřejné správě. Člověk pořád může v psychiatrickém systému hodně špatně dopadnout. Nechci paušalizovat, jsou to ojedinělé zkušenosti, ale velmi bolestné.

3. „Zahajovaná“ reforma je comebackem toho, co jsme s ministrem Stránským promýšleli na ministerstvu zdravotnictví v letech 1995–97 jako „dovršení“

či „pokračování“ reformy. Velmi tento comeback vítám a přeju mu úspěch. Zkušenosti z jiných reforem (např. ve Velké Británii, Nizozemsku a konečně i z naší „půlky“ reformy z 90. let) ale ukazují, že změny ve zdravotnictví jako celku sice mohou přinést nové možnosti a impulsy, ale psychiatrii je žádoucí nějak specificky „dotáhnout“, protože „samo o sobě“ se to potřebné neuděje. Zase jen ilustrace: „postavit pacienta do středu dění“, dát mu více rozhodovacích pravomocí, je teorém, který u řady lidí s vážnějšími poruchami duševního zdraví může narážet na jejich omezené schopnosti se vůbec ve světě nějak vyznat a nějak se rozhodovat. Potřebují průvodce – takže rozvoj přístupu, kterému se říká „case management“, je nezbytným doplňkem k vyrovnání jejich šancí. A změna toho účetního myšlení na myšlení ekonomické také asi jenom od psychiatrických pacientů nevyjde.

Průzkum stavu a postojů patientských organizací

Průzkum zaměřený na patientské organizace v ČR provedla agentura IBRS (International Business and Research Services) v době od 25. května do 6. června 2007 formou čtyřicetiminutových osobních rozhovorů s řediteli, resp. vedoucími představiteli 60 patientských sdružení. Jeho cílem bylo získat přehled o stavu patientských organizací, jejich aktivitách, prioritách, potřebách a postojích. Průzkum byl realizován podle standardů ICC/ESOMAR.

Základní fakta zjištěná výzkumem

Dle výsledků průzkumu považují respondenti za hlavní poslání patientských organizací psychickou a fyzickou pomoc pacientům. Jako neméně důležité vyplynulo z průzkumu úsilí těchto organizací o zkvalitnění života svých členů v blízkém období jednoho roku či dvou let, a to zejména pořádáním výletů, ozdravných pobytů, poskytováním osvětových a preventivních přednášek. Tyto priority se jeví jako nejvýznamnější i pro dlouhodobější horizont cca 5 příštích let, kromě zmíněných tu vyvstává i prioritou zajištění financování.

Stávajícími aktivitami patientských organizací jsou zejména jsou rekondiční pobyty a různé formy besed a vzdělávacích akcí pro členy sdružení – tyto aktivity by také měly být do budoucna nově rozvíjeny. Směrem k veřejnosti jde zejména o osvětovou činnost – besedy, semináře a vzdělávací kurzy – v těchto aktivitách by také většina sdružení chtěla v budoucnu pokračovat.

Z hlediska organizačních záležitostí se patientské organizace většinou musejí zabývat především omezenými pracovními prostory a nedostatečným IT vybavením.

Za zásadní považují patientské organizace finanční zajištění svých provozních nákladů a realizace akcí představujících naplňování cílů těchto organizací, potřebné finance nejčastěji očekávají od státu.

Výzkum prokázal, že patientské organizace z 90 % úzce spolupracují s odborníky. Polovina respondentů považuje lékařskou péči za kvalitní, ale téměř dvě třetiny zároveň uvádějí, že pacient je podle nich jen pasivním příjemcem informací a záleží tak na dobré vůli lékaře, do jaké míry bude pacient informován. Tři čtvrtiny respondentů by uvítaly možnost výběru typu pojištění, a tedy možnost připlatit si za kvalitnější péči. Od reformy zdravotnictví respondenti v souhrnu neočekávají žádné převratné změny v oblasti vztahu lékaře a pacienta.

Shrnutí výsledků výzkumu

Prvotním smyslem patientské organizace je poselství ostatním stejně nemocným, že v tom nejsou sami. Současně dalším poselstvím je nabídka autentických zkušeností se zvládnáním společné nemoci.

Všechny ostatní aktivity jsou nadstavbou, která velmi závisí na podnikatelském duchu vůdčích osobností patientských organizací a zadání jejich sponzorů. Některé patientské organizace se vyvinuly v „cestovní kanceláře“ s šancí získat dodatečné prostředky z darů, grantů, veřejných fondů apod., jiné se zaměřily na „podnikání“ v oblasti organizace různých vzdělávacích akcí.

Zjištění, že patientské organizace potřebují hlavně peníze a nejlépe od státu, jenom potvrzuje logický předpoklad, že jejich chování nevybočuje z ekonomické reality.

To, že polovina respondentů z řad představitelů patientských organizací pokládá poskytovanou péči za kvalitní, je nepochybně ovlivněno tím, že v oblastech, ve kterých se vytvořily patientské organizace, je komunikace mezi pacienty a lékaři na lepší než standardní úrovni.

Neutrální postoj k reformě ukazuje, jak nedostatečně je reforma s veřejností komunikována – ani představitelé „angažované“ veřejnosti (jakými zástupci patientských organizací nepochybně jsou) se s ní neztotožňují a zjevně nikoli z důvodů její věcné nesprávnosti, ale proto, že jim nebyla dostatečně srozumitelně představena (možnost si doplatit na lepší péči, nebo si vybrat mezi různými typy pojištění, což většina vítá, je právě tou „reformou“).

To, že většina nevěří, že zavedení poplatků posílí postavení pacientů ve zdravotnictví, ale více než třetina z nich si myslí, že pacienti přestanou chodit do ordinací zbytečně, znamená, že si dovedou představit změny ve svém chování při zavedení nové motivace, ale nikoli v chování těch, kteří jim poskytují služby (přitom, pomíneme-li psychologický dopad přímé platby kdekoli, je nepochybné, že absolutní úbytek pacientů v ordinacích bude lékaře nutit ke změně chování, neboť pacienti budou mířit k těm lékařům, kteří jim nabídnou služby v očekávané kvalitě).

Z výsledků výzkumu vyplývá, že faktická poptávka po změně postavení pacientů ve zdravotnictví (z pasivních konzumentů v aktivní zákazníky) je mezi představiteli patientských organizací zatím nízká, respektive se pohybuje jenom v rovině verbálních deklarací (chtějí informace a možnost výběru), které nejsou sledovány ochotou k činům (zaplatit alespoň symbolický poplatek).

