

Česká psychiatrie prodělává stejný vývoj jako celá naše medicína, ale pohříchu je jí souzeno plout v těch nejvíce zapeklitých vodách našeho zdravotnic-



tví. Společně s ostatními obory poskytuje svým pacientům lepší péči, než jakou jim nabízela dříve, ale pravdou je, že potenciál vzdělaných a empatických lékařek a lékařů vyzbrojených prostředky moderní medicíny a potenciál široké škály zdravotně-sociálních a sociálních služeb je využit s menší účinností než v ostatních medicínských disciplínách.

Pro představu o rozsahu problému je asi dobré připomenout, že v současné době naši psychiatři pečují asi o 5% občanů naší republiky při vysoké pravděpodobnosti, že vhodných adeptů by bylo až čtyřikrát více. Alespoň tomu nasvědčují studie prováděné v rámci EU, které signalizují, že péči psychiatra vyhledá jenom čtvrtina z těch, kteří by si ji zasloužili, a jenom pětina z nich se dostane přiměřené péče. Tak v tom nejsme sami.

Tradiční Achillovou patou českého prostředí je rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí, ve kterém se po léta nedaří najít

způsob, jak spravedlivě financovat vzájemně se prolínající služby. Pro psychiatrii, která má za hlavní metu resocializaci pacientů a jejich návrat do zaměstnání, je to více než jenom tolerovatelná potíž. Velmi bych se přimlouval, aby se problému ujala nějaká chytrá „Česká Hlava“ a něco rozumného vymyslela. Jen velmi málo témat by mu mohlo konkurovat v celospolečenské přínosnosti v rámci soutěže o grantovou podporu ministerstva zdravotnictví.

Obdobně výrazně je v psychiatrii vyhraněné jinak běžné potýkání mezi ambulancí a lůžkovou sférou. Léčebny vytýkají ambulančím, že jsou ochotny se starat jen o neproblémové pacienty, ambulance léčebnám, že ukládají na lůžka i ty, kteří by mohli být léčeni ve svém přirozeném prostředí. Jak čas plyne, mostů mezi oběma tábory nepřibývá a jejich pálení je populárnější než stavění.

Není v medicíně jiný obor, ve kterém by se tak dramaticky střetávala ochrana práv pacientů s právem okolí na ochranu před rizikovými pacienty. Hledání neustálé rovnováhy mezi oběma právy je denním chlebem psychiatrů a riziko, že to někdy nevyjde, je trvale přítomné. Žít ve stálém riziku není příjemné a to je možnou příčinou potíží z předchozího odstavce. Lékař v léčebně má sklon držet pacienta „pro sichr“ na lůžku déle, než je nutné, a jeho protějšek v ambulanci zase tolik nebaží vzít si do péče rizikové pacienty. Doporučit jim, aby se nebáli odpovědnosti, byli vzájem-

Jak si vede česká psychiatrie?



Cyril Höschl



Vladislav Žižka

volné fórum



Jiří Masopust



Barbora Wenigová



Martin Jarolímek



Eva Šmídová



Radovan Příkryl

ně tolerantní a zapracovali na komunikaci, je snadné. Ale buďte tím konkrétním psychiatrem.

Příjemné čtení přeje

Pavel Vepřek

úhel pohledu

prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.
ředitel, Psychiatrické centrum Praha
a Centrum neuropsychiatrických studií Praha,
přednosta, Psychiatrická klinika 3. LF UK

Jak si vede česká psychiatrie?

Jaká je kvalita péče poskytovaná naší psychiatrii, co je k chlubení a co k nápravě?

Podědili jsme ze socialismu systém, kde psychiatrickou péčí poskytovali téměř výhradně lékaři v husté síti ambulancí, s důrazem na biologickou léčbu. V současnosti jsou sice do péče zapojeny více sestry s terapeutickým vzděláním, sociální pracovníci apod., ale ne v té míře, jako je tomu v zemích s nepřerušenou demokratickou tradicí. Poskytování psychosociálních intervencí je ze strany pojišťoven znevýhodněno. Je zde nerovnoměrnost v kvalitě poskytované péče. Existují vynikající zařízení, ale také zařízení, ve kterých se zastavil čas. Nerovnoměrnost je také regionální. Mezi naše přednosti patří celkem dobrá erudice odborníků a přítomnost i kvalitních zařízení stejně jako přístupnost moderní psychofarmakologické léčby. Mezi zápory patří především fragmentace péče (malá propojenost ambulantní péče, rehabilitační péče a lůžek); přetíženost ambulantní péče (nedostatek prostoru pro řešení jednotlivých případů); převaha institucionální léčebné péče se všemi dalšími negativními důsledky; hlavní nedostatky ve struktuře – stále chybějí rezidenční komunitní služby a krizové psychiatrické služby.

Jak se dokážeme postarat o pacienty s „rakovinou mezi duševními poruchami“ – schizofrenií?

Psychosociální intervence/péče je dostupná jen pacientům velkoměst, a to jen v určitých regionech. V Praze existuje možnost stacionářů, klubů, chráněného bydlení, chráněné práce. Pokud pacient bydlí na vesnici v odlehlém regionu, nemá nic. Nemá možnost profitovat ze současných poznatků o biopsychosociálním modelu péče, neboť mu nejede vlak. Pacienti ve stabilizované fázi nemoci si přejí pracovat. Na současném trhu práce potřebují v tomto ohledu pomoc – nejen chráněné pracoviště (každý nechce pracovat v kavárně, navíc takových míst není mnoho), ale další formy usnadňující lidem se zdravotním znevýhodněním pracovat. Farmy, dotované firmy, domácí práce, dobrovolnická práce – vznik podobných pracovních příležitostí by měl být podporován

aktivněji než dosud – ve svém důsledku se to vyplatí všem. Případové vedení psychiatrickými sestrami je zatím jen v počátcích, chybí multi-profesní týmy typu asertivní komunitní léčby, péče o komorbiditu (schizofrenie + závislost), které narůstají; péče je systematická jen výjimečně a experimentálně.



Cyril Höschl

Jakou perspektivu mají psychiatrické léčebny a jak funguje spolupráce s ambulantním sektorem?

Psychiatrické léčebny začleněné do větších měst se mohou přeměnit v modernější lůžková psychiatrická zařízení a zčásti se mohou změnit v rezidenční služby. Izolované psychiatrické léčebny s velkou vzdáleností od bydlíšť pacientů budou jen obtížně do budoucna hledat uplatnění v systému péče.

Jaké kroky stojí za to učinit, aby to, co si žádá nápravu, bylo napraveno?

Zařízení, která se osvědčila a poskytují vysokou kvalitu péče (téměř výhradně vznikla díky mimořádnému osobnímu nasazení jedince nebo malé skupiny), přenést do dalších regionů, resp. umožnit tam jejich vznik. Podporovat všechny formy pracovního zapojení (práce dobrovolnická, brigádní, v různé míře chráněná) jako prevenci sociální exkluze, pasivity a rezignace. Jsou nutné změny v Sazebníku výkonů. Je třeba se zdravotními pojišťovnami nasmlouvat nové služby tam, kde je zájem a potřebné kapacity. Příprava profesionálů se musí zaměřit více na VŠ programy pro psychiatrické sestry a postgraduální vzdělávání sociálních pracovníků v péči o psychické poruchy. Je nutné navýšit finanční podporu všech typů služeb, změnit zákon o sociálních službách a zvážit samostatnou legislativu týkající se duševních onemocnění.

Jakým směrem se bude ubírat vývoj psychiatrie a co můžeme v nejbližších letech očekávat?

Očekáváme stárnutí společnosti, a tedy přibývání nemocí spojených s vysokým věkem, a rozvoj gerontopsychiatrie. Důraz na soběstačný život povede k rozvoji domácí péče (mobilní týmy zahrnující kromě psychiatra další profese: zdravotní sestry, sociální pracovníky, pečovatele atd.). Celkově pozorujeme zvyšující se zátěž duševními poruchami ve společnosti (nemocenské, důchodové, zdravotní pojištění), zvyšující se podíl na ztrátě přičeschnosti obyvatel.

Celkově – klady a zápory

Potřebujeme podpořit spolupráci mezi zdravotní a sociální složkou – vymezení, co kam patří, co je odkud financováno a kde je nutnost (či užitek) spolupracovat. Dobrá je u nás péče medicínská, špatná je struktura lůžkových zařízení, je zde nerovnoměrnost služeb (například v karlovarském regionu není – vyjma dílen pro mentálně retardované – žádná sociální služba (!) a zdravotní služby jsou silně poddimenzovány. V platbách z VZP je zohledňována kvantita, ne kvalita. Takže i ambulanti psychiatr, který má zájem věnovat svému pacientovi čas, je mnohdy motivován spíše k 10–15minutovým pohovorům a rychlému receptu než k soustavné a komplexní péči. Psychiatrická péče je podfinancovaná (předposlední místo v EU v platbě ze státního rozpočtu). Péči o duševně nemocné (resp. psychiatrii) potřebujeme dále destigmatizovat, zejména v očích úředníků a politiků, s cílem zvýšit investice do lidí a budov. Potřebujeme zdravotní (psychiatrické) sestry. Vzdělané, mobilní a adekvátně zaplacené. Potřebujeme rozvíjet psychiatrii na základě zmapovaných potřeb pacientů (a s trendem k emancipaci krajů) rovněž regionu.

MUDr. Vladislav Žižka,
ředitel, Psychiatrická léčebna v Dobřanech

Perspektiva psychiatrických léčen, spolupráce s ambulantním sektorem

Vrátíme-li se do historie, jakým způsobem se vyvíjela péče o duševně nemocné, teprve 19. stol. definitivně zařadilo psychické poruchy mezi nemoci a péči o jejich nositele do péče zdravotní. Tím byl nastartován rychlý rozvoj specializovaných zařízení, dnes známých jako psychiatrické léčebny. Stavěly se převážně

na okraji města nebo zcela izolovaně mimo městské aglomerace.

Zhruba od 60. let 20. století probíhá ve většině vyspělých zemí světa revize tohoto dnes již klasického modelu. Zpočátku převážně kritický proud se proměňoval v konstruktivní hledání nových podob léčby, alternativních postupů a později celou transformaci péče. V 70. a 80. letech byl kladen důraz na rozvoj ambulantní-komunitní péče. Jeho hlavním cílem bylo vytvářet alternativu k velkým psychiatrickým zařízením. Více se věnuje pozornost sociálním a psychosociálním faktorům jak v rozpoznávání etiologie, tak v procesu léčby duševních chorob. Proces



Vladislav Žižka

systematického rozvoje komunitní péče je datován od počátku 90. let a poslední roky roste snaha o jeho koordinaci na národní úrovni. Znamená péči o duševně nemocné, jež sdružuje všechny relevantní poskytovatele služeb v oblasti zdravotní a sociální, kteří mají vztah k potřebě nemocného.

Ale vraťme se k psychiatrickým léčebnám. V České republice je jich 17 včetně dětských a specializovaných na závislosti. Řada z nich byla postavena v době Rakouska-Uherska, část za první republiky. Byly poplatné své době jako ústavy pro choromyslné, jsou dědictvím po našich předcích, se kterým se musíme nějakým způsobem vyrovnat. Struktura péče o psychiatrické pacienty je u nás dosud postavena na těchto léčebnách, což jistě není dobře, ale nelze zase tvrdit že je to jenom špatně, léčebny nelze jen tak zrušit a postavit nové. PL poskytují 80 % lůžkové péče, pouze 20 % pacientů je hospitalizováno na psychiatrických odděleních nemocnic. Trend snižování počtu lůžek v PL a navýšení počtu lůžek v nemocnicích se zdařil jen částečně, názory na zrušení nebo výrazné omezení péče v ústavech již nejsou aktuální, takže obec psychiatrů – obhájci a odpůrci léčen, dochází postupně k rozumné dohodě. Je třeba podporovat rozvoj komunitní péče a tak transformovat léčebny na moderní psychiatrické nemocnice.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jak dobře se, podle Vás, stará česká psychiatrie o své nemocné?
2. Co je ke chlubení a co spíše k pláči?
3. Kdyby to záleželo jenom na Vás, co byste změnil/a?



*MUDr. Jiří Masopust,
vedoucí lékař, Psychiatrická
klinika LFHK a FNHK*

odpovědi Jiřího Masopusta:

1. Myslím, že v daných podmínkách vcelku dobře. Počet psychiatrů na obyvatele není příliš pod evropským průměrem, máme k dispozici většinu moderních psychofarmak, pozvolna se zlepšuje i prostředí léčených a nemocnic.

2. Za zmínku stojí to, jak se naši psychiatři stále více prosazují v mezinárodním měřítku – prezentací výsledků své práce na kongresech či publikacemi v kvalitních zahraničních periodikách. Profesor Höschl zastával významnou funkci předsedy Evropské psychiatrické asociace. Byly rekonstruovány budovy některých psychiatrických zařízení, v Hradci Králové byla dokonce vybudována zcela nová klinika. Poslední stavba určená

pro psychiatrii byla předtím uskutečněna před více než 40 lety. Naopak financování psychiatrické péče je stále hluboko pod evropskými zvyklostmi. Dořešená není oblast postgraduálního vzdělávání. Velké rezervy vidím ve spolupráci psychiatrů v lůžkových zařízeních s ambulantní sférou a také psychiatrů s praktickými lékaři a specialisty. Z mnoha důvodů je pomalý přesun těžiště péče z velkých léčených a oddělení nemocnic do sektoru komunitní péče.

3. Určitě bych se zasadil o navýšení finančních prostředků vynakládaných na psychiatrii. Podpořit je třeba snahu o destigmatizaci jak duševně nemocných, tak psychiatrie jako oboru.



*Mgr. Barbora Wenigová
ředitelka, Centrum pro rozvoj
péče o duševní zdraví,
klinická psycholožka*

odpovědi Barbory Wenigové:

1. Pokud jde o medicínskou úroveň (medicínské znalosti lékařů, dostupnost psychofarmakologické léčby), tak dobře. Naopak psychotherapeutická erudice psychiatrů je stále velmi nedostatečná.

V české psychiatrii silně převažuje biologický přístup k duševním nemocem a jejich léčbě, a to jak odborníků, tak plátců. Neumíme (nechceme) se starat o hlubší příčiny nebo sociální dopady nemocí.

Pokud se nemocný člověk dostane včas do adekvátního zařízení, což je spíše ve velkých městech, pak se o něj umíme postarat. Na druhou stranu zejména v menších městech se mnohdy člověk nedostane včas k odborné pomoci a pomoc mu není poskytnuta v adekvátních podmínkách. Sociální a zdravotní pomoc mimo ústavy je nedostatečná a regionálně velmi nevyvážená. Jsou regiony (jako například Karlovarský kraj), kde je nedostatek lůžkových i ambulantních služeb a kde naprosto absentují specializovaná pracoviště (AT, gerontopsychiatrické či pedopsychiatrické služby), stejně tak sociální služby.

2. K chlubení jsou bezesporu některá pracoviště (Hradec Králové, PCP nebo sanatoria ESET, Ondřejov, FOKUS atd.) nebo regiony s dobrou komunitní péčí – Pardubický kraj, Vysočina) atd. K chlubení je činnost některých našich patientských organizací, které se snaží upo-

zorňovat na svoje problémy (Kolumbus, Sympathea atd.).

K pláči je to, že se politici a úředníci takřka nezajímají o stav psychiatrie, i když její podfinancování přináší často tragické dopady na lidi, kteří onemocní. Stává se (a ne tak zřídka), že za mnou (jako za odborníkem) přijde úředník, politik, podnikatel a řekne, že potřebuje pomoc pro svou dceru, rodinu nebo sebe sama, ale mimo ordinaci bude hlásat, že si každý musí z deprese pomoci sám, a pohrdavě se usměje při slově „blázen“.

K pláči je vysoká míra stigmatu, která jde ruku v ruce s nedostatečnou kvalitou, kvantitou služeb a vzděláním veřejnosti i samotných odborníků.

K pláči je to, že jsou stále lidé, kteří jsou ve zhoršeném psychickém stavu, a pokud se sami nedostanou k lékaři, nemají šanci na včasnou léčbu (díky nedostatku krizových služeb, mobilních týmů, psychiatrických sester, nespolupráci jednotlivých služeb atd.).

3. Zasadila bych se o dlouhodobý závazný plán pro psychiatrii (řešící financování, navýšování kapacity služeb, spolupráci služeb). V tomto plánu by byly zohledněny potřeby nejen odborníků, ale i samotných pacientů.

Při mapovacím výzkumu v Praze (2007) a v Karlovarském kraji (2009) (www.cmhcd.cz) se ukazuje, že samotní pacienti chtějí, vedle psychiatrických ambulancí, větší počet a dostupnost krizových služeb, sociálních služeb, denních sanatorií a mobilních týmů. Prostě mít kam jít, když se jim zhorší stav.

Zasadila bych se o vzdělání a lepší ohodnocení psychiatrických sester a sociálních pracovníků.

Zasadila bych se o systematickou kampaň upozorňující na problematiku duševních poruch na úrovni ministerstev.



MUDr. Martin Jarolímek, vedoucí lékař, Denní Psycho-terapeutické Sanatorium „Ondřejov“

odpovědi Martina Jarolímka:

1. Mělo by se rozdělit, o jaké nemocné se jedná. Např. jsem přesvědčen, že doc. Papežová na psychiatrické klinice Prahy 2 dělá, co může, aby holkám s poruchou příjmu potravy pomohla. Ale samozřejmě nejvíc berou lidé se schizofrenií, a o ty se mi psychiatrie staráme velmi málo. Problém je v tom, že naše psychiatrie je orientována především na psychopatologii, resp. psychotické příznaky u dotyčného jedince. Jakmile tyto pominou (nebo se pacient naučí dovednosti dissimulace), psychiatr je zklidněn a jeho zájem o dotyčného človíčka hasne. Někdy se mu pak donese zpráva, že dotyčný suicidoval... ale co, vždyť to byl blázen.

2. Je mi líto, ale ke chlubení není naprosto nic. To, co předkládá prof. Raboch, že jsme

skvěle zorganizovali v roce 2008 Mezinárodní psychiatrický kongres, je blábol. Já sám jsem byl vyzván podílet se na tzv. paralelním programu na Staroměstské radnici, a tak vím, jak to bylo velmi chaoticky organizováno. A kongres samotný? Co nového přinesl? Nic. Nesouhlasím s vámi, že jsou věci k pláči. Bible, kniha Kazatel: “Je čas kameny sbírat, a je čas kameny házet...”

3. Já už věci měním, na různých úrovních. Je však jasné, že bez politické podpory se nic neuděje. Takže jenom sbírám argumenty, náboje, připravuji pro naši definitivní vládu konkrétní návrh... a třeba to zase půjde všechno do háje a já si zase sbalím batoh a odjedu do Keni.



PhDr. Mgr. Eva Šmídová, ředitelka, Helen Doron Early English Prostějov

odpovědi Evy Šmídové:

1. Na začátek musím předsat, že moje osobní zkušenost s psychiatrickými léčebnami, ambulancemi a stacionáři se opírá o nemnoho návštěv těchto zařízení, a to v roli psycholo-

ga, pozorovatele, návštěvníka, pomocné ruky... Abych byla konkrétní, asi nejvíce času jsem strávila a trávím v PL v Kroměříži. Nikdy jsem zde nebyla v roli pacienta či klienta, který hledá onu pomocnou ruku. Jako psycholog se dívám na psychiatrii z bezpečné perspektivy toho, kdo je za plotem. Přesvědčila jsem se o tom, že psychiatrie je taková, jakou ji dělají lidé, co ji dělají. Nejsem typ pilulkomila, ale vím, že u řady diagnóz jsou moderní psychofarmaka klíčovou součástí léčby, a nebojím se přiznat k tomu, že v těchto případech jim blahorečím. Na druhou stranu Skálopevně věřím na léčebnou moc psychoterapie a u mnoha diagnóz vidím právě psychoterapii jako klíčovou součást léčby. Co bych to jinak byla za psychologa, že? Nevím, zda je to vlivem štěstěny či instinktu nebo zda jde o jev statisticky podložený, nicméně dosud jsem na poli psychiatrie narážela na lidi, co umějí pohladit, často nejen slovem, lidí, kteří se svými klienty a pacienty žijí a prožívají jejich životy.

2. Prototypem psychiatra, ke kterému mám a jako pacient bych měla důvěru, je např. olomoucká paní doktorka Tyraiová, aktuálně pracující ambulantně ve své soukromé praxi.

Do její moudré, bodré a vřelé náruče se za desítky let, kdy se věnuje zejména schizofrenním pacientům, rády vracely a vracely desítky pacientů. Myslím, že bychom se měli chlubit takovými výjimečnými osobnostmi, kterých má naše psychiatrie určitě celou řadu. Kde vidím velký prostor ke zlepšení, jsou zařízení, ve kterých se život pacientů a nás jako jejich průvodců v nemoci odehrává. Nebolí, myslím, že software je dobrý, ale na hardwaru by to chtělo zapracovat :o).

3. Je potřeba, aby se hodně vědělo o lidech, kteří psychiatrii dělají dobře, aby i oni dostali ocenění za to, že to dělají právě tímto způsobem. Zároveň bylo by dobré vědět, kde to naopak není ideální. Takže jedním slovem evaluace, která pokud má být efektivní, musí mít vazbu na následná systémová opatření.

odpovědi Radovana Přikryla:

1. Česká psychiatrie se stará o své nemocné velmi dobře, a to navzdory dlouhodobému podfinancování oproti oborům somatické medicíny.

2. K chlubení je celková úroveň české psychiatrie včetně výzkumu, která je na světové úrovni. Po více než 40 letech byla v ČR postavena nová budova



doc. MUDr. Radovan Přikryl, Ph.D., Psychiatrická klinika FN Bohunice a LF MU

psychiatrické kliniky v Hradci Králové speciálně určená pro léčbu duševně nemocných.

K pláči je potom zejména technický stav mnoha psychiatrických zařízení, finanční podhodnocení oboru, nedostatek zkušeného odborného personálu v lůžkových zařízeních, neustále se zvyšující administrativní nároky a přetrvávající stigmatizace duševních onemocnění ve společnosti.

3. Finanční ohodnocení péče o duševně nemocné.

