

úvodník

JE PSYCHIATRIE V ROZKLADU?

Nesporně je v poslední době pod velkým mediálním tlakem – a není vykreslována v nejlepších barvách. Že něco není v pořádku, cítí každý, kdo alespoň okrajově pracuje v klinické praxi – potřeba psychiatrických služeb je značná, roste a vyžaduje enormní úsilí všech zapojených tuto potřebu uspokojit. To se děje v situaci, kdy máme za sebou cca 10 let reformního úsilí, které přineslo mnohá očekávání. Určitě je tedy namístě reflektovat, co bylo a je cílem, která očekávání mohou být naplněna, která jsou méně realistická, která opatření můžeme očekávat od pokračujících aktivit reformy a která je nutné řešit mimo její dlouhodobé cíle a reagovat tak na akutně vznikající problémy. Tady není prostor pro komplexní reflexi, dovolím si však několik komentářů k aktuální situaci.

Jedním z velmi pozitivních výsledků reformy je dostupnost podrobnějších dat o psychiatrických službách (Národní portál psychiatrické péče spravovaný ÚZIS – <https://psychiatrie.uzis.cz/>). Vidíme díky tomu, že v ČR je dlouhodobě nedostatečná kapacita všech psychiatrických služeb (kapacita sítě je definovaná v základním dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče z r. 2013). Přitom žijeme v době zvýšené potřeby našich služeb – jak v dospělé, tak dětské populaci –, která je výrazně vyšší než v době formulace kapacity sítě před deseti lety. Zvýšenou potřebu vidíme v datech, od roku 2010 narostl počet ošetřených pro F-diagnózu o 22 % na 756 tis. v roce 2021. Byť celkový nárůst ošetřených pacientů za poslední dva roky není zjevný, jde zřejmě o dosažení maximální kapacity, kterou naše síť zdravotních služeb dokáže absorbovat, což odráží čekací doba na prvovýšetření, délka do kontroly v ambulanci po hospitalizaci, odmítání nových klientů z kapacitních důvodů...

Zvýšená potřeba je celosvětový problém – např. Spojené státy hlásí, že stávající kapacita zdravotnických služeb nedostačuje zvýšené potřebě: Americká psychiatrická společnost řeší krizi lůžkové péče; prezident US psychiatrické společnosti na sjezdu v r. 2022 sděluje, že nejčastější téma jeho telefonátů je žádost o zajištění ambulantního psychiatra; duševní zdraví adolescentů bylo v r. 2021 vyhlášeno US akademií pediatriů, akademií dětských a dorostových psychiatrů a asociací dětských nemocnic národní krizí; data o dospělé populaci také ukazují na nárůst duševních potíží, jak ve Spojených státech, tak globálně (Global disease burden study) a podíl lidí s duševními potížemi, kterým se nedostane psychiatrické péče, dosahuje hrozivých čísel. Pro zájemce reflexe tohoto fenoménu v americkém tisku v článku Nialla Fergusona na portále Bloomberg, resp. Washington Post z 26. 2. 2023.

Ani v ČR tedy kapacita psychiatrických služeb nestačí zvládat zvýšenou potřebu. V některých regionech skončil ambulantní psychiatr a není za něho náhrada, dochází tak ke zhoršení regionální dostupnosti. Na druhou stranu vznikají nové ambulance a ambulance s rozšířenou péčí. Ukazují tedy data, že nějaká služba snížila svou kapacitu? Dětské ambulance, dospělé ambulance, lůžka? Zjevně ne, počty úvazků ambulantních psychiatrů zůstávají dlouhodobě stabilní. Zvýšený tlak na zdravotní služby je tedy způsobený nárůstem potřeby, na kterou síť není postavena, a protože funguje dlouhou dobu na nižších než stanovených kapacitách, tj. s vysokou produktivitou (minimálním časem na přímou práci s klientem), neexistuje již prostor pro zvýšení kapacity dalším omezením již nyní minimalistické péče o klienty.

Posílit naši kapacitu mají nové komunitní služby. Ukazuje se, že jde o služby, které nejsou alternativou ambulantní péče, ale jejím doplněním pro pacienty, kteří v dosavadním systému nefungovali dobře, buď vypadávali z péče, nebo v důsledku psychosociálního stresu opakovaně relabovali a bez intenzivní podpory ztráceli kompetence pro samostatný život v komunitě. Centra duševního zdraví vidím jako velmi užitečnou službu, zejména pro pacienty na začátku onemocnění, kterým – spolu s novými metodami léčby – umožní setrvat v komunitě, nevypadnout ze systému zdravotních a sociálních služeb a u nichž zabrání rozvoji těžkých funkčních deficitů. Díky asertivní práci mohou napojit na služby ty, kteří z nich už vypadli nebo je nikdy nezačali čerpat (podle dat ÚZIS je v ČR v ambulantní péči pouze 46 tis. pacientů s dg. z okruhu F2, při celoživotní prevalenci schizofrenie 1 % tak náš zdravotní systém zachytí cca 50 % nemocných!). Určitě umožní přechod části chronických pacientů z dlouhodobých hospitalizací, kteří s vyšší mírou podpory zvládnou začít znovu život mimo instituci. I přes to bude stále existovat skupina pacientů náročných na péči (nejen SMI, ale zejména organické, neurovývojové poruchy, reziduální stavy „toxických“ poruch, mentální retardace...), pro které zatím neexistuje žádná sociální služba (postrádá kompetenci zvládat intermitentní poruchy chování a nepřetržitě dostupnou podporu) a pro které t. č. není jiná alternativa než služba zdravotní. To je výzva pro rozvoj nových sociálně-zdravotních pobytových služeb pro klienty náročné na péči, s novým způsobem financování i personálním a pobytovým standardem.

Reformní aktivity namodelovaly, odpilotovaly a nastavily financování nových typů jistě potřebných služeb, ať už jde o výše zmíněné komunitní služby, centra krizové péče, nový standard akutní lůžkové péče, nebo o ambulance s rozšířenou péčí. Tyto služby však vznikají velmi pomalu a s obtížemi – základním problémem je totiž nedostatek odborného personálu, který by v těchto službách mohl pracovat. Jak už jsem uvedl dříve, kapacita v celém systému psychiatrických služeb je nedostatečná a představa, že lidé přejdou z jedné služby do druhé, se ukázala jako lichá a hraničící se sociálním inženýrstvím. To ukázalo například „odkrytí“ malé části akutní péče v psychiatrických nemocnicích – akutní péče vyžaduje násobně vyšší personální obsazení než péče následná a se stávajícím personálem se nemocnice dostaly na hranici možného při minimálních počtech nasmlouvaných akutních lůžek, ve srovnání s objemem akutní péče, kterou reálně poskytují (druhým úzkým hrdlem jsou pobytové standardy akutní péče v pavilonech z konce 19. století). Psychiatr a klinický psycholog také spíše přejde z lůžkové péče do ambulantní sítě, která se nejenom znovu otvírá, ale navíc v ní dochází ke generační obměně, než aby hledal uplatnění v komunitních službách. Proto neexistuje žádné opatření, které rychle vyřeší problém udržení a rozvoje sítě služeb. Proto je základním řešením nedostatku psychiatrických služeb zvýšení počtu nových odborníků v systému – a to jsou proto z mého pohledu klíčová opatření, která se nám daří realizovat, jako je např. rezidenční program pro pedopsychiatrii, zvýšení školicí kapacity v pedopsychiatrii, změna vzdělávacího programu – po kmeni je možné se vzdělávat k atestaci v jakémkoliv segmentu psychiatrie (vč. CDZ a ambulancí!) – definice kompetencí po kmeni, která vychází z obsahu vzdělávacího programu – zejm. kompetence provést akutní vyšetření a intervenci u dětského pacienta, prosazení vzdělávání v psychoterapii pro lékaře...

Ještě bych se rád zastavil u jednoho problému, který je podle mě brzdou rozvoje našeho oboru a kvality poskytovaných služeb – a tím je překonaný koncept následné péče. Následnou lůžkovou péči v určité míře určitě potřebujeme. Když definujeme jako cíl akutní péče zvládnutí akutní exacerbace do takové míry, že je možná další péče v ambulanci nebo komunitní službě (u valné většiny pacientů – i těch farmakorezistentních – toho dosáhneme do 3 měsíců), existuje populace pacientů, která přechod do domácího prostředí nezvládá a vyžaduje delší doléčení. Dnešní způsob financování následné péče a s tím související nízký personální standard jsou nedostatečné pro to, aby byla poskytována individualizovaná péče. Druhým rozměrem problematické kvality následné a dlouhodobé péče jsou pobytové podmínky, resp. chybění pobytového standardu, který by odpovídal 21. století. Viděl jsem výjimky – a těm, kterým se daří zajistit důstojné prostředí a péči, patří velké poděkování. Tento typ péče si zaslouží nově definovat potřebný objem, délku, účel, obsah pro jednotlivé cílové skupiny (gerontopsychiatrie, adiktologie, sexuologie, psychoterapeutický program, psychiatrická rehabilitace SMI...), personální i pobytový standard a s tím spojený způsob financování. A vrátím se zde k myšlence potřeby sociálně-zdravotní pobytové služby pro klienty náročné na péči.

Někteří kolegové z oblasti sociálních a komunitních služeb s nelibostí konstatují, že se v poslední době silně prosazuje „zdravotnický pohled“ na duševní zdraví. Reforma psychiatrické péče se totiž postupně změnila v reformu péče o duševní zdraví, která zapojila většinu

množství resortů, kromě sociálního také školství, spravedlnost, komunální a regionální administrativu, uživatele atd. a zaměřila se kromě kvality a humanizace psychiatrické péče na rozvíjení multioborové spolupráce i preventivních programů. To je všechno v pořádku a je dobře, že tyto aktivity pokračují a rozvíjejí se. Nicméně v oblasti zdravotnictví se hromadí problémy, které je nutné řešit uvnitř resortu tak, abychom udrželi potřebnou síť a zvyšovali kvalitu našich služeb. Psychiatrie důsledně pracuje s bio-psycho-sociálním modelem duševní nemoci a všichni víme, že bez respektování všech těchto oblastí není možná adekvátní intervence k podpoře duševního zdraví. Každodenní praxe nás ale také učí, že u konkrétních případů je podíl jednotlivých etiologických složek odlišný a existují nemoci, u kterých je biologie dominantní, nemoc se projeví i přes dobré sociální prostředí a dosavadní pozitivní psychický vývoj. Bez hledání inovací v psychiatrických intervencích a bez opatření pro zajištění dostupnosti kvalitních psychiatrických služeb bychom ochuzovali naše pacienty o naději na zvládnání jejich nemoci. Pokrok v psychiatrické léčbě umožňuje měnit očekávání, jak duševní nemoc mění fungování v životě, a otevírá prostor pro lepší funkční kapacitu i kvalitu života. Už teď se ukazuje, že nová antipsychotická léčba má potenciál redukovat četnost závažných chronifikujících průběhů schizofrenie, a doufejme, že spolu s dostupností rozvinutých komunitních služeb nebude v budoucnu potřeba dlouhodobých pobytových služeb, ať už budou kdekoliv. Pokud bych přenesl situaci s duševními nemocemi do oboru ortopedie – jak by se asi tvářil ortoped na domácí péči, která by mu říkala, že není potřeba řešit dostupnost kloubní náhrady u gonartrózy III. stupně, ale je nezbytné zainvestovat do výtahů v domech a funkce (schopnost vystoupat do bytu ve 4. patře) bude adekvátně zajištěna? Potřebné je obojí...

*Tomáš Kašpárek
Kasperek.Tomas@fnbrno.cz*

Literatura

Ferguson N. US Teens Feel Down, But the Adults Aren't All Right Either. The Washington Post 2023, Feb. 26.