

Možnosti a meze změn struktury psychiatrické péče u nás

Nedávno mne navštívila skupina psychiatrů z Kyrgizie. Byl jsem překvapen tím, že v této zemi je v účinnosti zákon o duševním zdraví a existují zde mechanismy, jak motivovat lůžková psychiatrická zařízení ke kratším hospitalizacím. To by nás mělo vést k vážnému zamyšlení. Naši dosavadní inspirací jsou západní země, kde se od šedesátých let minulého století různou měrou dle místních podmínek prosadily do psychiatrické péče trendy deinstitucionalizace, komunitní péče, zplnomocňování pacientů, rozvoje klientského hnutí a destigmatizace. Deinstitucionalizace a komunitní péče fungují jako spojené nádoby, přeměnu a snížení lůžek v léčebnách si nelze představit bez zavedení specializovaných terénních týmů, krizových služeb, denní péče, rezidenčních komunitních služeb a restrukturalace akutní lůžkové péče. U nás disponujeme v průměru 10,9 psychiatrickými lůžky na 10 tisíc obyvatel (r. 2006, ÚZIS), průměr v evropských zemích v roce 2001 byl 8,7 lůžek na 10 tisíc obyvatel, řada zemí však vystačí jen s 5–10 lůžky na 10 tisíc obyvatel. Ve finském Oulu, které jsem nedávno navštívil a ve kterém existují dostatečné ambulantní služby specializovaných týmů, vystačí s asi 60 lůžky na oblast o 200 tisících obyvatelích. Častým argumentem pro zachování současného stavu je to, že část kapacity psychiatrických léčeben u nás je využita pouze pro hospitalizaci ze sociálních důvodů a tato lůžka se v jiných zemích nezapočítávají do zdravotních služeb, a tedy ani statistik. Ale v tom je právě ten vtíp: Je možné transformovat tuto část lůžek do rezidenčních zařízení, která by více umožňovala začlenění pacientů do běžného prostředí? Diferenciace lůžek v psychiatrických léčebnách na lůžka akutní, následná a sociální by mohla být slibným krokem k nastartování rozvoje komunitních rezidenčních služeb na jedné straně a flexibilnějšímu uspořádání akutních psychiatrických lůžek tak, aby byla geograficky dostupnější pacientům.

Nyní blíže k pojmu komunitní péče. Mnozí si pod tímto pojmem představí sociálně rehabilitační dílnu. Pojem má však zásadně širší význam: je to široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života. Tato podpora by měla vycházet jak z běžných zdrojů v komunitě (rodina, přátelé, běžné služby v obci), tak ze specializovaných služeb (ambulantní psychiatrie, případové vedení, specializované terénní týmy, denní a krizová péče), včetně akutní lůžkové péče, která je provázána s ostatními službami. U nás se nám přes řadu snah bohužel nepodařilo rozvinout komunitní péči ani kvantitativně (sociálně rehabilitační služby, denní péče či psychoterapie jsou omezeně dostupné jen ve větších městech), ani kvalitativně. V tomto ohledu je největší potíží neprovázanost služeb a vážnou spolupráce mezi nimi. Šancí do budoucna je maximálně využít ambulantní psychiatrie, která příznivě posiluje v posledních letech, a těsně spolupracujícího případového vedení zajišťovaného terénními psychiatrickými sestrami (ale i sociálními pracovníky) jako základní prvek péče, kdy tato spolupracující dvojice může v zájmu pacienta navazovat spolupráci jak se sociálně rehabilitačními službami, tak i s další zdravotní péčí. Znamená to ale i ambulantním psychiatrům více rozšířit prostor v jejich zájmu o psychoterapeutické, rehabilitační a sociální potřeby pacientů.

Co brání posunutí strukturu psychiatrické péče blíže k modernějším trendům, by bylo možné shrnout do následujících čtyř bodů:

1. Motivace všech zainteresovaných stran ke změně – pacientů, poskytovatelů péče, plátců péče a politiků. Rozvíjející se klientská hnutí s organizacemi uživatelů nebo příbuzných jsou vítanou příležitostí k dialogu mezi nimi a dalšími stranami. Mezi poskytovateli není vždy jednoduché dosáhnout jednotného postoje k dalším změnám v péči, zabraňují tomu rozdílné profesní zkušenosti a orientace, které jsou psychiatrickému oboru vlastní. Příležitostí ke sladění názorů je obnovená diskuze nad koncepcí oboru psychiatrie. Pro plátce péče a politiky není stále ještě psychiatrie dostatečně „politikum“, aby se jí vážněji zabývali. Svůj díl na tom nese stále silná stigmatizace duševních chorob ve společnosti. S nadsázkou můžeme říci, že reforma psychiatrické péče se nepohne bez destigmatizačních snah zaměřených na celou populaci.
2. Zajištění zvýšených finančních prostředků pro péči o duševně nemocné. Jsme předposledním státem v Evropské unii v podílu vynakládaných prostředků ve zdravotnictví na psychiatrii. Není již kde ušetřit. Každá část péče o psychiatrické pacienty potřebuje navýšení financí. Obávám se však, že bez reciproční nabídky z naší strany vůči plátcům péče to nepůjde – ať už by šlo o kvalitu péče, či změnu ve struktuře služeb.
3. Dostatek odborně vzdělaného personálu. Potřeba většího zapojení psychiatrických sester nebo sociálních pracovníků může brzy narazit na jejich nedostatek. Chybí magisterské studijní programy ošetřovatelství v psychiatrii. U sociálních pracovníků schází systematické postgraduální vzdělávání pro práci s psychiatrickými klienty.
4. Dosažení systémových změn v organizaci a úhradách služeb. Pro modernější systém péče je zapotřebí prosadit jiná pravidla úhrad, bez nich nebudou poskytovatelé motivováni ke změnám. Leccos se již podařilo – úhrady psychiatrickým sestrám pro práci ve vlastním prostředí pacientů nebo možnost úhrady emergentní psychoterapie u psychiatrů mimo prostor ordinace. V těchto změnách je však třeba dále pokračovat: inovace úhrad lůžkodnů, denních stacionářů, pedopsychiatrie, umožnění úhrad pro krizová centra; v oblasti psychiatrické rehabilitace změna kritérií pro nárok na příspěvek na péči dle zákona o sociálních službách.

Ondřej Pěč

MUDr. Ondřej Pěč

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika
Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4
e-mail: eset.pec@volny.cz