
ÚVODNÍK

Který model?

Rektor J.

Je konec srpna a šéfredaktor tohoto časopisu mě mailem upozorňuje na můj závazek připravit na listopad úvodník. Případá mi to ještě daleko, ale napadá mě téma „řízená péče“, se kterým jsem se setkal na letní konferenci psychoterapeutů. Ti američtí využívali každou příležitost, aby model řízené péče kritizovali, byli jím znechuceni. Hovořili o tom, jak tento systém poškozují klienta, jak je nemožné poskytovat péči v potřebné kvalitě a potřebném rozsahu. Nejenže je omezena svobodná volba lékaře či terapeuta, ale administrativně je znemožňována jakákoliv kontinuální psychoterapeutická pomoc. Zároveň se lékař, který do tohoto systému vstoupil, smluvně zavazuje, že od pacienta nepřijme prostředky nad rámec jasně definovaných a velmi omezených služeb, byť to pacient potřebuje a požaduje. Kdo z lékařů či psychologů může, kdo je alespoň trochu zavedený, snaží se do tohoto systému nevstupovat. Důsledkem je, že řízenou péči poskytují většinou mladí, nezkušení, dosud nezavedení odborníci.

Zpočátku beru tato sdělení jako významná, ale přece jen omezená na situaci v psychoterapii, ač je jistě špatné, že se k ní nedostanou lidé s nižšími příjmy, kterým nic jiného než řízená péče nezbyvá. K mému překvapení jsem se však s podobnou zkušeností amerických kolegů setkal i na Světové psychiatrické konferenci v září v Praze. Ať už šlo o psychoterapeuty nebo biologicky orientované psychiatry, v negativním postoji vůči řízené péči se shodovali. Stěžovali si na to, že jim tento systém znemožňuje léčit v „dobré víře“ (good faith), na čemž si všichni velmi zakládali. Popisovali systém a organizace, které jej reprezentují, jako byrokratické, dehumanizované, orientované výhradně na kumulaci zisku. Pacienta i lékaře vnímali jen jako bezvýznamné a zvěcnělé objekty systému.

I po získání těchto informací jsem stále zvažoval, zda se řízenou péčí podrobněji zabývat v úvodníku. Na jedné straně mě to lákalo, neboť sdělení kolegů působila velmi věrohodně a na onu miskou vah přispěla i dvě osobní setkání s vysoce postavenými činiteli ODS. Oba se nezávisle shodli na nutnosti reforem zdravotnictví, ale jeden z nich vyslovil názor, že řízená péče by se neměla týkat psychiatrie a druhý ji rovnou nazval sociálním inženýrstvím. Nakonec však dominoval argument na místě druhé, který mě demotivoval: „*Má vůbec cenu psát o něčem, co stejně nemůžeme ovlivnit? Vždyť ministerstvo zdravotnictví při přípravě zákonů sot-*

va naslouchá svým koaličním partnerům, natož aby diskutovalo a bralo v potaz názory pouhých odborníků...”.

Je začátek listopadu, termín se blíží, ale spíše než úvodník mám v hlavě svou přednášku na konferenci sociální psychiatrie. Chci tam hovořit o projektu „primární psychiatrické péče“ a o některých tendencích zasahovat do náplně práce psychiatrů z jiných než odborných pozic. Vedla mě k tomu dvě setkání a výroky, které na těchto setkáních zazněly. Jeden pochází z diskuse na senátním semináři v březnu 2007: „*...neurotici by měli platit vyšší poplatky ve prospěch psychotiků...*” a druhý vyřkl vysoký představitel WHO na schůzi expertů pro otázky duševního zdraví v Lucembursku letos v květnu: „*...psychiatry potřebujeme v komunitní péči, o ostatní se postarají praktici...*” Tyto názory mne zneklidnily a vedly k úvahám nad potřebami a zájmy různých skupin účastníků psychiatrické péče, nad respektem k subjektivnímu utrpení každého nemocného, nad tendencí kategorizovat strádání na základě diagnostické škatulky místo zhodnocení aktuálního stavu. Nejvíce mě však dráždila představa, že by měl psychiatra v péči o velké skupiny psychicky nemocných nahradit praktický lékař. Ten má ve svém odborném curriculum měsíci psychiatrické praxe (který většinou celý neabsolvuje) oproti 5 letům náročné specializační přípravy psychiatra. Kromě chybějící erudice nemají praktici na dialog s pacienty čas a jak jsem od několika svých přerovských kolegů zjistil, většinou se této odbornosti ani věnovat nechťejí. Oproti tomu by měl model primární psychiatrické péče zajistit, aby se psychicky nemocnému dostalo komplexní, dostupné, kontinuální a kvalitní odborné péče, přičemž by byl psychiatr jakýmsi koordinátorem, průvodcem pacienta v systému psychiatrických služeb – ať už ambulantních, komunitních, nebo lůžkových.

V diskusi k mé přednášce na konferenci mě zaujaly dva podněty. Jednak jsem se dověděl, že většina zastánců komunitní péče již opustila tzv. anglický model jako pro naše podmínky nevyhovující. Nevolají po masovém rušení psychiatrických lůžek ani po nahrazení psychiatrů praktiky. Chtějí koordinovaný a dobře kooperující systém služeb pro duševně nemocné, v němž komunitní péče a týmová práce budou hrát významnou roli. Druhý podnět navazoval dotazem, zda jsou ambulantní psychiatři opravdu ochotní a schopni realizovat předložený model primární psychiatrické péče. Z pohledu taze-

tele jsou do sebe zahleděnou spokojenou skupinou, která nemá motivaci k tomu, aby se o pacienta starala nad rámec zaběhlého stereotypu a která ve své podstatě nemá zájem na týmové práci a kooperaci s rozvíjejícími se komunitními službami.

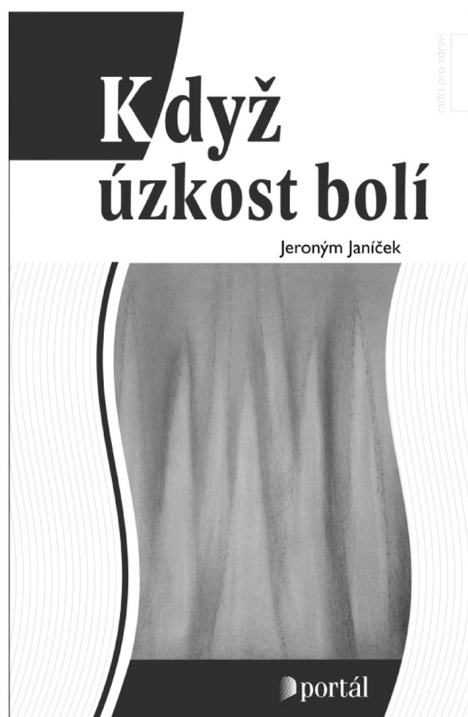
Autorovu dotazu svým způsobem odpověděla přednáška dr. Hejzlara z Pardubic. Popsal v ní spolupráci komunitních služeb v regionu s psychiatry a následný průzkum potvrdil převážnou spokojenost obou skupin účastníků péče se vzájemnou kooperací. Nicméně položená otázka zůstává v prostoru a je na samotných psychiatrech, jak se k ní v praxi postaví.

Letošní konference sociální psychiatrie pro mne byla zvláštním zážitkem. Byla to konference jubilejní, třicátá, a zúčastnilo se jí cca 200 lidí. Byl jsem na těchto konferencích už před cca 25 lety, kdy se konaly v Kroměříži, i v posledních letech v Brně a Poděbradech. Tato konference byla v něčem jiná. Byla téměř bez psychiatrů, nepočítám-li cca 25 stá-
le stejných nadšenců pro problematiku komunitní

péče. Velkou většinu účastníků tvořili mladí lidé - sociální pracovníci, sestry, psychologové a uživatelé. Jak jiný zážitek oproti Jeseníku, „Špindlu“ či konferenci WPA (ta z nich měla svou náplň k sociální psychiatrii nejbližší). Je to ještě psychiatrie, když se koná bez psychiatrů?

Účastníci působí jako uzavřená komunita, která si vyměňuje zkušenosti, ale které chybí možnost komunikovat s psychiatry, po které - zatím - volají. Při pohledu na věk, energii a nadšení nemám pochyby, že se tato skupina prosadí. Jsou motivovaní, rostou jejich sebevědomí i právní vědomí, získávají si podporu veřejnosti, ombudsmana, orgánů Evropské unie. Buď psychiatři nástup této komunity zachytí a budou s ní komunikovat a spolupracovat, nebo se bude rozvíjet paralelně mimo ně. Nečeká nás pak paradoxně onen nechtěný anglický model? Silné komunitní služby kooperující s praktiky a na okraji pár psychiatrů - konzultantů?

Prim. MUDr. Juraj Rektor



Jeroným Janíček

Když úzkost bolí

Autor vychází z osobní zkušenosti s jednou z úzkostných poruch a z poznání, že destigmatace lidí trpících duševním onemocněním je procesem, závislým na kvalitě informací, které se k nemocnému a jeho okolí dostanou. Autorem není psychiatr, nýbrž novinář, který se o vlastní zkušenosti nebojí otevřeně hovořit. Kapitoly vznikaly na základě rozhovorů s odborníky z oborů psychiatrie, interního lékařství, fyziologie, imunologie a urgentní medicíny.

Z úvodu autora:

Tato kniha je určena všem, kterým úzkost a strach znemožňují žít život naplno a svobodně. Všem, kdo se rozhodli nastoupit cestu válečníka a nerezignovat. Přijetí faktu, že naši soupeři, kteří dokážou obratně používat masku s výrazy pomalu každé druhé existující nemoci, mají své kořeny v naší nemocné psychice, je opravdu těžké. Stále v nás bude nejspíše pracovat ono pověstné „co kdyby to náhodou bylo jinak“. Strach ze smrti, bezpochyby jeden z hlavních motorů úzkostných poruch a generátor obav o zdraví, je pro každého z nás velkým vyzyvatelem. Zemřít můžeme kdykoli a kdekoli, bez ohledu na zdravotní stav či věk. A k naší nelibosti jednou skutečně zemřeme. Nastoupit cestu válečníka znamená umění smířit se s vlastní smrtelností. Skutečný válečník ví, že se svou smrtí nic nezmůže, ale se svým životem ano.

Vydalo nakladatelství Portál, s.r.o., 208 stran.

portál