

KOMUNITNÍ PSYCHIATRIE VE VELKÉ BRITÁNII – VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

souborný článek

Michaela Routhu^{1,2,3}
Sunil Routhu²
Ladislav Hosák³

¹Tamarind Centre, Birmingham,
Velká Británie

²Reaside Clinic, Birmingham,
Velká Británie

³Psychiatrická klinika,
Univerzita Karlova v Praze,
Lékařská fakulta v Hradci Králové
a Fakultní nemocnice
Hradec Králové, Česká republika

Kontaktní adresa:

Dr. Michaela Routhu, MRCPsych
Tamarind Centre
165 Yardley Green Road
Bordesley Green
Birmingham
B9 5PU
United Kingdom
e-mail: Michaela.hulkova@nhs.net

SOUHRN

Routhu M, Routhu S, Hosák L. Komunitní psychiatrie ve Velké Británii – vlastní zkušenosti

Ve Velké Británii pracuji (M. R.) čtyři roky a nedávno jsem zde úspěšně složila MRCPsych zkoušku (obdobu atestační zkoušky). Během své přípravy jsem měla možnost pracovat jeden a půl roku v komunitních týmech v oblasti Liverpoolu a Birminghamu. Také jsem spolupracovala s krizovými komunitními týmy během svých nočních služeb. S ohledem na to, že připravovaná reforma české psychiatrie do značné míry zrcadlí západní model, článek si klade za cíl osvětlit, jak v praxi reformovaná komunitní psychiatrie funguje, co jsou její výhody a jaké jsou potenciální problémy, na které je třeba myslet při jejím realizování. Jedná se o osobní zkušenost první autorky článku s prací ve Velké Británii, nikoliv o výsledky vlastního výzkumu nebo systematický literární přehled poznatků v dané oblasti.

Klíčová slova: Crisis Resolution Home Treatment Team, Early Intervention Team, komunitní psychiatrie, organizace.

SUMMARY

Routhu M, Routhu S, Hosák L. Community mental health services in the United Kingdom – own experience

I (M.R.) have been working four years in the field of psychiatry in the United Kingdom, and have passed my MRCPsych exam recently. During my training, I had the opportunity to work for 1.5 years in community teams in Mersey and West Midlands. I have wide experience in working with crisis teams during the out of hours. As the newly prepared reform of the Czech psychiatry mirrors the British model to some extent, I felt it could be useful to share my experience in working in the UK with my colleagues from the Czech Republic. This article is focused on benefits and drawbacks of the current UK psychiatry system, based on the personal experience of the first author. The content of the article is neither original research, nor a comprehensive literary review.

Key words: Crisis Resolution Home Treatment Team, Early Intervention Team, community mental health services, organisation.

ÚVOD – POHLED DO HISTORIE

Britské léčebny / psychiatrické nemocnice začaly být zakládány v roce 1377 a zanikly po druhé světové válce.¹ Podnětem k jejich vzniku bylo sociální citění, ale také snaha společnosti zbavit se pohledu na zanedbané trpící.² K zániku psychiatrických léčeben přispěly opět sociální změny ve společnosti, kdy se jevílo jako neetické držet nemocné v ústavech, a samozřejmě také rozvoj léčiv a další biologické terapie, například začátek využívání chlorpromazinu či inzulinových/elektrických šoků. K rušení psychiatrických léčeben přispěly rovněž důvody ekonomické. Pacienti byli postupně propouštěni a léčba byla nahrazena službami komunitní psychiatrie, rovněž menšími psychiatrickými nemocnicemi. Ty obvykle mají velikost současných psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích v ČR.

V minulosti se postupně měnil pohled společnosti na duševní nemoci a duševně nemocné v souladu s vědeckými poznatky i filosofickými názory. Jelikož tento článek není podrobným literárním přehledem, ale je popisem subjektivní zkušenosti první autorky článku s psychiatrií ve Velké Británii, zájemce o historii psychiatrie ve Velké Británii můžeme odkázat na specificky zaměřenou literaturu.^{3,4}

ORGANIZACE

Tak jako v ČR, zdravotní péče je ve Velké Británii bezplatná a státní. Pouze okrajově existuje několik privátních nemocnic, které se starají o bohatší klientelu se specifickými nároky. Velká část nemocnic je vedena manažery, kteří mají vzdělání většinou manažerské, finanční nebo ošetrovatelské. Velmi malé procento manažerů jsou původně lékaři.

Ambulantní a komunitní péče jsou organizovány státem a psychiatr je přímo zaměstnanec státu, ne tedy jako v ČR, kde privátní osoba (psychiatr) má smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Platy zaměstnanců v nemocnicích a v ambulancích jsou po celé UK stejné (tabulkově dané a veřejně publikované). Velká většina lékařů v ambulancích se podílí na nočních službách. Odměny však obecně představují jen velmi malou součást platu lékaře.

Lékař je v komunitní psychiatrii vedoucím nebo spoluvedoucím celého týmu spolu s manažerem týmu. Malé týmy, kde by pracoval jen psychiatr, případně za pomoci jedné sestry, se v Anglii prakticky vůbec nevyskytují. Týmy zde mají většinou k dispozici vlastní budovu. Je výhodné mít více menších středisek, která budou blíže nemocným. Tím do značné míry odpadají problémy s dopravou pacientů a jejich stigmatizací. Tým klasicky sestává z vedoucího lékaře, sekundárního lékaře, několika komunitních psychiatrických sester, pracovního terapeuta, sociálního pracovníka/pracovnic, psychologa, sekretářky, recepční, pomocných nižších ošetrovatelských pracovníků (tzv. support workers) a sester ve výcviku.

Role komunitního týmu zahrnuje také další funkce než jen ambulantní péči. Součástí náplně práce jsou domácí návštěvy pacientů, kteří se z nějakých důvodů nemohou do ambulance dostavit, ať už například proto, že mají

agorafobii, nebo pro nedostatek náhledu na své duševní onemocnění, například schizofrenii. Tým se také podílí na vyšetření nezbytném k nedobrovolnému příjmu duševně nemocného do nemocnice. Významná role je svěřena vysoce specializovaným psychiatrickým komunitním sestram. Ty provádějí většinu vyšetření v komunitě a většinu domácích návštěv, mohou pacientovi donést léky a dohlédnout na to, že si je vezme, odebrat vzorek moči na toxikologický rozbor, odebrat krev, podat injekci depotní medikace, a to vše u pacienta doma. Běžně také vyšetřují zjevné změny v psychickém stavu a riziko pacienta pro něj samotného nebo pro ostatní osoby. Pokud má komunitní sestra obavy, informuje o svém zjištění lékaře. Sociální pracovník pomůže vyřídit sociální dávky a chránit v rámci své odbornosti děti, zranitelné dospělé a starší osoby. Může také pomoci najít zaměstnání. Pracovní terapeut vyšetřuje prostředí domova pacienta a případně doporučí změnu prostředí. Například pro pacienty s demencí a kognitivním postižením je možné zařídit asistenci při mytí, praní, obsluze elektrických přístrojů/plynu, pokud je to nutné pro bezpečnost pacienta, při donáše obědů nebo podávání medikace. Může být objednan speciální alarm, který je spojený s místní policejní stanicí a spustí se, pokud pacient otevře dveře v noci. Takto se zamezí riziku spojenému s touláním se nemocného ve zmateném stavu. Pracovní terapeut může rovněž navrhnout úpravu domácího prostředí, aby se zamezilo pádům.

Jednou týdně se koná půldenní schůze týmu, kde se diskutují klinické a organizační problémy a tvoří se plán pro konkrétní pacienty s vyššími nároky na péči.

Popsaný systém funguje spádově. Komunitní týmy vyšetřují pacienty jen od svých spádových praktických lékařů, což usnadňuje sdílení informací. Zároveň to však do jisté míry znemožňuje svobodnou volbu ošetroujícího personálu nemocným. Pokud je pacient nespokojen se svým psychiatrem, může požádat o změnu ošetroujícího lékaře u vedení zdravotnické organizace, prostřednictvím vyjádřeného nespokojenosti (stížnosti) a žádosti o změnu. Je mu pak většinou přidělen jiný psychiatrický tým.

K lepšímu sdílení informací dále přispívá, že týmy mají laptopy a „chytré“ mobilní telefony, takže mají přístup do databáze a k e-mailu i v době, kdy nejsou v kanceláři. Uvedené moderní technologie jsou dostupné celosvětově, ale pro britského lékaře z ekonomických důvodů přece jen lépe než pro lékaře českého. Ve Velké Británii je kladen důraz na dobrou komunikaci jak v rámci týmu, tak navenek.

Existují dvě skupiny pacientů, jedna s občasnými ambulantními návštěvami, druhá je pak ta, která potřebuje intenzivnější péči týmu. Skupina nemocných se zvýšenými potřebami má pro každého svého člena alokovanou sestru či sociálního pracovníka (case manager).⁵ Jedna komunitní psychiatrická sestra pečuje zhruba o 10 až 40 pacientů, s nimiž se pravidelně schází. Tento systém je však flexibilní. Pokud se psychický stav nemocného zlepšil, je přesunut do neakutní kategorie, kde má jen občasná schůzky s psychiatrem. Pokud se stav některého pacienta zhorší, sestra mající právě volnou kapacitu jej přijme do svého souboru.

Co se týče managementu relativně méně závažných psychiatrických onemocnění, praktický lékař většinou předepisuje první antidepresivum a někdy první antipsy-

chotikum, pokud pacient nepředstavuje výrazné riziko sám pro sebe nebo pro ostatní. Pouze klozapin a některé léky pro léčbu hyperkinetické poruchy a demence mohou být předepsány výhradně psychiatrem. Vzhledem k nedostatku psychiatrů, což je podobný problém jako v ČR, se psychiatrie provozuje velmi pragmaticky.⁶ V roce 2011 vždy jedna z pěti psychiatrických pozic ve Velké Británii nebyla obsazena.⁷ Praktický lékař doporučí pacienta k vyšetření, psychiatrický tým nemocného pak vyšetří a navrhne medikaci. Pokud je pacient po několika kontrolách psychiatrickým týmem v remisi, propustí jej zpět do péče praktického lékaře. Ten pak pokračuje v pravidelné preskripci antidepresiv či antipsychotik, případně současně monitoruje metabolický syndrom a EKG, jak je doporučeno ve vodítkách psychiatrické péče.⁸ Pokud se stav pacienta časem zhorší, praktický lékař jej pošle znovu k psychiatrovi. Tím se docílí, že celkový počet pacientů v soustavné léčbě připadající na jednoho psychiatra je podstatně nižší oproti České republice. Typicky jeden komunitní tým má na starosti přibližně 300 až 400 pacientů.

Ve Velké Británii je vytvořen široký systém chráněného bydlení pro duševně nemocné. Existují zde rozsáhlé možnosti různých typů ubytování – od domovů s nepřetržitou ošetrovatelskou péčí a pravidelnou návštěvou psychiatra, přes jiné typy ubytování, kam sestra dochází jen během dne a kde je v noci dostupný pouze hlídač, až po domovy, kde v noci není nikdo z personálu a přes den jen hlídač. Typ ubytování se odvíjí od potřeb konkrétního pacienta. Existují specializované typy ubytování pro adolescenty, nemocné závislé na návykových látkách, s trestnou činností, úzkostnými poruchami, v krátkodobé krizi, pro pacientky s dětmi aj.

Denní stacionáře většinou nejsou součástí nemocnic, fungují nezávisle a jsou financovány z jiných zdrojů, například v rámci sociální péče. Noční stacionáře jako takové období ve Velké Británii nemají, pokud nepovažujeme za jejich variantu domy s nepřetržitou sestřerskou službou.

Pokud jde o pracovní příležitosti duševně nemocných, ve Velké Británii existují chráněné dílny a také podporovaná pracovní místa, kde zaměstnavatel obdrží finanční benefit za zaměstnání osoby s psychickým onemocněním nebo handicapem. Zde je zaměstnavatel pouze informován, že zaměstnává někoho, kdo by jinak měl nárok na sociální dávky z důvodu svého onemocnění, nezná však diagnózu pacienta. Některá pracovní místa jsou specificky určena pro pacienty s duševními poruchami a personál je trénován, aby uměl podpořit jejich konkrétní potřeby. Je možnost dobrovolnické práce nemocného například v obchodech organizovaných charitativními organizacemi. Tím pacient získá pracovní návyky a posílí své sebevědomí, než začne usilovat o stálé zaměstnání. Od chráněných dílen se postupně upouští, podporují se jiné formy zaměstnávání duševně nemocných.

Sekundární lékaři pracují v komunitních týmech od počátku svého výcviku. Zpočátku tu byla obava, že nechají odejít z ambulance někoho se závažným onemocněním nebo rizikem, ale zkušenost ukázala, že mladí lékaři jsou naopak spíše úzkostní a vyhledají staršího kolegu, pokud si nejsou jisti.

Speciální týmy se starají o potřeby specifických skupin klientů. Například „Crisis Resolution Home Treatment

Team“ (CRHT), jak název napovídá, pečuje o screeningové vyšetření pacientů s psychickými poruchami v rámci rychlé lékařské pomoci (především vyšetření osob, které představují riziko pro sebe či ostatní). Aby se předešlo přetížení nemocnic a akutních lůžek, je zde alternativa příjmu pro osoby s psychickým onemocněním a středním stupněm rizika, a to monitorování psychického stavu doma (buď telefonicky, nebo osobně, podle rizika a závažnosti duševního onemocnění) zkušenou sestrou z CRHT.

Jiný příklad specializovaného týmu je „Early Intervention Team“, který se stará specificky o skupinu lidí do 30 let s časnou fází psychózy nebo suspektní počínající psychózou, a to po první 3 roky onemocnění pacienta. Tým má podobné složení jako komunitní tým, ale má specifickou klientelu a menší skupinu pacientů. Takovýto tým pečuje přibližně o 100 pacientů, jedna sestra má na starost většinou jen 10–15 pacientů. S těmito nemocnými se tým schází velmi často a také výběr aktivit, které nabízí, je širší. Psycholog týmu provádí kognitivně-behaviorální terapii pro psychoticky nemocné a je velmi snadno dostupný. Je dobře vědecky prokázáno, že práce tohoto specializovaného typu týmu prokazatelně zlepšuje prognózu onemocnění pacientů.⁹

Jednou z výhod práce v týmu je sdílená (právní) zodpovědnost týmu. Dejme tomu, že psychiatr si nebude jistý, zda pacient má nebo nemá být léčen klozapinem, s ohledem na rizika nežádoucích účinků léčiva. Na druhé straně tento nemocný, pokud nebude léčen dostatečně, může ohrozit sebe nebo své okolí. V takovém případě může uvedený psychiatr buď konzultovat zkušenějšího kolegu, nebo může daleko snadněji přenést tento problém k rozhodnutí do diskuse týmu. Zde se mu dostane rady a podpory ostatních. Současně platí, že pokud by měl pacient například velké komplikace léčby, je rozhodnutí týmu právně lépe obhajitelné než rozhodnutí jednotlivce. Právní odpovědnost za celý tým pak nese nemocnice.

Co v komunitní psychiatrii ve Velké Británii funguje?

1. *Pacient je více ve středu dění.* Schází se s různými pracovníky multidisciplinárního týmu, místo aby čekal, kdy za ním někdo přijde na vizitu v nemocnici či ústavu.
2. *Předchází se zbytečné institucionalizaci psychiatrické péče.* Pacient je podporován v užívání co nejvíce vlastních zdrojů a schopností.
3. *Nemocný je léčen ve svém přirozeném prostředí.* To snižuje stres a usnadňuje rehabilitaci.
4. *Nižší cena této péče.* I když psychiatrická sestra musí navštívit pacienta u něj doma třikrát denně, systém zpravidla vyjde levněji než nepřetržitá péče v nemocnici.
5. *Možnost individualizované léčby poruch osobnosti a osob s duální diagnózou.* Vzhledem k tomu, že není potřeba vybrat specifické oddělení v rámci nemocnice, je jednodušší „ušít léčbu na míru“ pacienta. Některá psychiatrická oddělení v ČR vylučují pacienty s poruchami osobnosti a problémovým užíváním drog z psychoterapeutických programů. Individuální komunitní přístup může být vhodným řešením pro tyto skupiny pacientů.

Na co je třeba myslet při reformě české psychiatrie

1. *Plán při zhoršení psychického stavu pacienta.* Potenciální výzvou pro komunitní psychiatrickou péči v ČR zřejmě bude, co dělat, pokud u pacienta v komunitě nastane relaps onemocnění. Obecně je vhodné, aby pacient trávil svůj život doma a s rodinou. Co se však očekává od rodiny nebo pečovatelů, pokud má pacient počínající relaps? V UK přijedou dva speciálně vyškolení lékaři, z nichž jeden musí být nezávislý (tj. nezná nemocného ani jeho ošetřujícího psychiatra), a pověřený sociální pracovník. Ti vyšetří pacienta a mají zákonem danou pravomoc odeslat jej do nemocnice. Pokud je to nutné, při nedobrovolném přijetí může asistovat policie. Toto se provádí, nejen pokud je pacient rizikem pro sebe sama nebo své okolí, ale i pokud jeho psychické zdraví je potenciálně ohroženo v důsledku neuzívání léků nebo neprovedení odborného vyšetření. V ČR zatím bohužel podobná legislativa pro komunitní psychiatrickou péči chybí. Dá se očekávat, že rodina bude vyvíjet tlak na lékaře, aby přijali do nemocnice pacienta, který je na počátku relapsu. Je třeba říci, že obava rodiny z agresivity pacienta je v některých případech důvodná, například u schizofrenie. Britský výzkum vražd ukázal, že pokud pacienti se schizofrenií někoho zabijí, je obětí mnohem častěji člen rodiny než u agresivních osob bez duševního onemocnění.¹⁰
2. *Bezpečnost personálu.* I když se situace, kdy se personál dostal do ohrožení, vyskytují v psychiatrii poměrně zřídka, je potřeba vzít na vědomí, že byly případy, kdy byl zaměstnanec napaden, nebo i zavražděn.¹¹ Samozřejmě toto riziko se již v současnosti vyskytuje u sociálních pracovníků, kteří konají domácí návštěvy v ČR, avšak je obecně akceptováno, neboť je velmi nízké a ve většině případů se mu dá předejít. Uvedené riziko je možno regulovat vhodným výcvikem zaměstnanců

(zaměstnanec by měl pokaždé dát vědět, že jde na návštěvu k pacientovi a kdy se bude vracet do kanceláře, jaké oblečení má na sobě, kdyby vyvstala potřeba jej hledat). Některé organizace si vedou specifické knih návštěv, kde tyto údaje zaměstnanci vždy povinně zapíší před každou návštěvou. Dalším podpůrným prostředkem je trénink v komunikaci, deeskalaci konfliktu a sebeobraně. Významnou složkou je sdílení informací.¹² Pokud pacient sdělí psychiatrovi nebo komukoliv jinému z týmu (případně praktickému lékaři) cokoliv, co se zdá být spojené s rizikem (například paranoidní myšlenky týkající se jednoho člena týmu, nebo obecné myšlenky na násilí), musí to být okamžitě sděleno zbytku týmu. Pokud je pacient znám násilným chováním v minulosti nebo se pracovník necítí z jakéhokoli důvodu v bezpečí, když jde sám na návštěvu, je vhodné uskutečnit tuto návštěvu nemocného doma s kolegou. Přes všechna tato opatření je v některých případech lepší požádat o asistenci policie.

K výše uvedeným bodům je nutno uvést, že není vědecky doložena větší rizikovitost systému komunitní péče oproti systému založenému na velkých psychiatrických nemocnicích. Pokud je však systém psychiatrické péče ve větším rozsahu měněn z nemocniční na komunitní, je třeba na tyto problémy myslet a předcházet jim.

ZÁVĚR

Komunitní psychiatrie přináší velké možnosti rozšíření služeb poskytovaných duševně nemocným. Pokud se podaří model implementovat úspěšně a vyvarovat se rizik zmíněných výše, stane se jistě velkým obohacením české psychiatrie. Při provádění reformy psychiatrické péče v ČR je vhodné klást důraz na vědecká data, pocházející z našeho sociokulturního a zdravotnického prostředí, tak aby reforma byla založena na vědeckých důkazech.

LITERATURA

1. Jones K. A History of the Mental Health Services. London and Boston: RKP; 1972: 414.
2. Dostupné z: <http://studymore.org.uk/mhhtm#Genesis>
3. Wright N, Bartlett P, Callaghan P. A review of the literature on the historical development of community mental health services in the United Kingdom. *J Psych Ment Health Nursing* 2008; 15 (3): 229–237.
4. Scull AT. The most solitary of afflictions: Madness and society in Britain 1700–1900. New Haven: Yale University Press; 1993: 442.
5. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0. Praha: MZ ČR; 2013: 78.
6. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Prostředí a očekávaný budoucí vývoj. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0. Praha: MZ ČR; 2013: 17–18.
7. Deb T, Lomax GA. Why don't more doctors choose a career in psychiatry? *BMJ Careers* on the 9th of January, 2014; <http://careers.bmj.com/>.
8. National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. London: NICE; 2002: 64.
9. McCrone P, Craig TK, Power P et al. Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2010; 196 (5): 377–382.
10. The University of Manchester. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, annual report. Manchester: The University of Manchester; 2013: 135.
11. Bond A. Charity worker, 22, 'should not have been alone' when she visited mental health patient who killed her by stabbing her so many times and with such force he broke three knives. *Daily Mail* 2013; 28. 5. 2013.
12. Kennedy HG. Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment* 2002; 8 (6): 433–443.