

Vissarionovič Stalin, resp. Lavrentij Pavlovič Berija. Posléze dal Beriju zastřelit Stalin.

Pokroku ve spolupráci českých a slovenských neuro-psychofarmakologů velmi napomohla Symposia konaná v hotelu Mánes ve Svatce. Obětavě je organizoval neurolog prof. Zdeněk Macek.

Jsem si vědom, že je nebezpečné lovit v paměti jména těch, kterým za mnoho vděčím. Vždy se na někoho zapo-

me. Vystavuji se tomuto nebezpečí, protože jinak bych takto veřejně nemohl děkovat nikomu.

Jsou jména, která jsou v souvislosti s čs. neuropsychofarmakologií jaksí samozřejmě nezapomenutelná. Takovým jménem je prof. Eva Češková.

Evo, děkuji Ti za hřejivá slova uveřejněná v Psychiatrii, k mým devadesátinám.

doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.

Literatura

- Bouček J, Pidrman V. Psychofarmaka v medicíně. Praha: Grada; 286.
- Češková E. Oldřich Vinař slaví 90. narozeniny. *Psychiatrie* 2015 (19): 226.
- Hamilton M. 1960, A Rating Scale for Depression, 1960, *J Neurol Neurosurg and Psychiatry* 1960 (23): 56–62.
- Höschl C, Libiger J, Švestka J. (eds). *Psychiatrie*. Praha; 495.
- Libiger J. Schizofrenie. Praha: Psychiatrické centrum; 136.
- Ocisková M, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Gambal et al. Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch neurotického spektra. *CS.Psychiat*.
- Overall JE. Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Reports* 1962 (10): 799.
- Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. (eds).: *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, Medical Tribune; 2008.
- Vencovský E, Vinař O. *Klinická psychofarmakologie*. Avicenum; 1980: 188.
- Vinař O. Jak jsme zaváděli v Československu psychofarmaka (a jak to pro mne skončilo). *Prakt lék* 85 (4): 352–354, 4. díl 471–474, 5. díl 537–540, 6. díl, dokončení 601–603.

BLAHOPŘÁNÍ K VÝZNAMNÉMU ŽIVOTNÍMU JUBILEU DOC. OLDŘICHA VINAŘE

Vážený a milý Oldřichu,

za celou redakční radu Ti přeji hodně zdraví, osobního štěstí a mnoho dalších aktivních let mezi Tvými blízkými. Současně doufám, že budeš i mezi námi, kteří Tě tak rádi posloucháme, protože nacházíme ve Tvých slovech životní moudrost a tak potřebný nadhled. Osobně jsem si nedávno připomněl některé mezníky české psychofarmakologie, kam patří neodmyslitelně Tvoje knižní publikace,

ze kterých čerpaly celé generace psychiatrů. Mě především vždy fascinuje Tvoje schopnost vystihnout a pojmenovat jednoduchým způsobem velmi složité problémy, ale také zaujmout, inspirovat a „popudit“ k přemýšlení.

Děkuji Ti za to všechno a přeji, ať jsi ještě mnoho let s námi!

doc. Martin Anders

POHLED AMBULANTNÍHO PSYCHIATRA NA REFORMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR

Opět nadějně začíná dlouho avizovaná reforma. V Jeseníku (2016) jsme si ujasnili, že budeme vystupovat konstruktivně, bez animozit. Na diskusi sice již nedošlo, ale bylo řečeno, že vzápětí se budou pracovní skupiny jednotlivých aktérů setkávat. V Lidových a dalších novinách už

psali, že budou Centra duševního zdraví a ubude hospitalizací. Směr je tedy dán a je třeba vykročit.

Jak a kterou cestou jít, ještě nevíme. Téměř s jistotou však víme jedno, že na „to“ jsou nějaké peníze z norských fondů, které by neměly skončit v hlavním městě ČR

a v lůžkových zařízeních. Také proběhla informace o cca 400 milionech Kč, které se loni vydaly za pilotní projekty a ty byly ministerstvem zdravotnictví zastaveny. Jaké projekty? Je to pravda, nebo to není pravda? Chybí informace a nastupuje nejistota, pro koho a kam ta reforma vlastně směřuje. Vůbec nepodezírám někoho „tam nahoře“, že by s penězi manipuloval. Zřejmě se zkoušelo „něco“, aby se ujasnila reformní cesta.

Padla zmínka o rozdílných motivech jednotlivých účastníků a také o příznivcích a odpůrcích reformy. To považuji za nedorozumění. Neznám psychiatry nemotivované pro to, aby se dobře starali o své pacienty. Spokojený pacient = spokojený lékař. Pokud rovnice nefunguje, děje se někde chyba a nastává čas na dotaz „proč“. Jinak nastoupí spekulace a skepse.

Každý z účastníků reformy je limitován horizontem znalosti problematiky, ve které se pohybuje, svou osobností, zkušenostmi, kompetencemi a finančním prostředím. Jsme součástí společnosti, která od nás někdy očekává víc, než dokážeme, někdy nás mylně obviňuje, ale bez nás – psychiatrů si v odborných otázkách většinou neporadí. Naše práce je finančně hodnocena na podkladě politických rozhodnutí tak, aby v bezplatném socialistickém systému zdravotní péče mohli být všichni (?) saturováni. Proto se po zrušení regulačních poplatků podařilo ihned zaplnit psychiatrické nemocnice a málokoho trápilo, že v nich bezdomovci našli své zázemí. Co na tom, že se prodlužují objednací doby k ambulantním psychiatrům, kteří mnohdy již nové pacienty ani přijímat nemohou, protože počet 30 a více ošetřených pacientů denně u nich vede k vyhoření. Stárne věkový průměr psychiatrů a nových je poskrovnu. Bude zajímavé, pokud zdravotní pojišťovny dovolí doporučený nárůst psychiatrických ambulancí, odkud noví psychiatři přijdou.

Současný systém psychiatrické péče si (ve srovnání se zahraničím) dovoluji označit za funkční, pokud jde o dostupnost a kvalitu odborné péče, která ale nenahradí chybějící psychoterapeutické, sociální a rehabilitační služby. Ambulantní psychiatr dokáže pacienta cíleně nasměrovat na tyto služby, pokud existují. Někteří pacienti a jejich blízcí ale nečekali na spuštění naší reformy a již dávno se sdružili, z vlastní iniciativy spolupracují s psychiatry a s veřejností a dokážou formulovat, co potřebují. Pokud již bylo rozhodnuto o vzniku Center duševního zdraví,

pak by se (dle mého mínění) mělo navázat na stávající dobré zkušenosti spolupráce psychiatrů s těmito sdruženími a společně vytvářet příznivou společenskou atmosféru pro potřebné změny. Vývoj žádoucích změn v jednotlivých regionech ČR nebyl rovnoměrný, proto zřejmě nebude vhodná paušální aplikace plánovaných změn.

Pokud se v mé privátní psychiatrické ambulanci v Brně daří dlouhodobě úspěšně ošetřovat přes 500 pacientů trpících psychotickým onemocněním, pak je to díky spolupráci se sdruženími Dotyk a Práh, jejichž členové (někteří z nich stabilizovaní psychotici) potřebné pacienty pravidelně případově vedou, věnují se jejich rodinám a se mnou zdravotní problematiku konzultují. Až na výjimky není třeba pacienty hospitalizovat a také nevyužíváme denních stacionářů. Pacienti se individuálně i společně navštěvují, podporují v soběstačnosti, k odpovědnosti v léčbě a průběžně své problémy konzultují. Psychiatr je pro ně odborná a morální autorita, se kterou se oni radí, ale sami rozhodují o kvalitě svých životů. Za sebe mám jasnou představu o tom, jak dál mohu psychiatrickou péči o pacienty zlepšit – rozšířit zavedenou ambulanci o dalšího psychiatra, psychoterapeuta a sociálního pracovníka. Co postrádám v našem regionu, je provázanost a vzájemná informovanost o dostupných psychiatrických a návazných službách. Také bych uvítala odborného konzultanta a koordinátora psychiatrických služeb na úrovni kraje.

Doporučuji řídicím činitelům reformy otevřeně a průběžně **informovat** lékařskou i nelékařskou veřejnost o plánech, postupu a dílčích výsledcích reformních změn za účelem vzniku a třibení diskuse, která umožní získat podporu a konsensus odborníků a veřejnosti. Reforma se týká celé společnosti.

Za nezbytné považuji **transparentně zveřejnit, jaké finanční prostředky** budou vynaloženy na cíle, které reformou sledujeme, a jak zajistit udržitelnost dosažených změn. Je třeba **vydiskutovat**, zda cílem reformy je vytvořit nové instituce, které možná nezbytně chybějí (pak je dobře, že vzniknou), a/nebo lze cíle také dosáhnout kultivací již existujícího a přirozeně se měnícího systému psychiatrické péče.

Hlavně však **doporučuji naslouchat hlasu pacientů**, bez jejichž zkušeností a podnětů si vlastní práci nedokážu představit.

Marta Holanová,
ambulantní psychiatr, Brno

K REFORMĚ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Projekt „Služby schizofrenikům v domácím prostředí“ podpořený MZ prostřednictvím Norských fondů, který DOTYK II, o.p.s., aktuálně realizuje, potvrzuje správnost našich vizí, jak organizovat a vést podporu a péči o duševně nemocné schizofrenií.

V DOTYKu poskytujeme terénní (v domácím prostředí nemocných) služby od roku 2010. Vývoj dospěl až do situace, že dnes, hlavně s přispěním realizace výše uvedeného projektu, navštěvujeme uživatele služby dvakrát až třikrát v týdnu. Náš tým se skládá z odborníků nemoci nejvýše