

úvodník

DENNÍ STACIONÁŘE HLÁSÍ STOPU STÁLE NEZAVÁTOU

Někdo by si mohl říci, že denní stacionáře při rozpuku center duševního zdraví a nových specializovaných multidisciplinárních týmů jsou již přečtenou kapitolou a nyní jsme otočili list ke kapitole nové. V tomto úvodníku však chceme nabídnout pohled jiný, a to, že denní stacionáře byly a jsou podrostem, na kterém současná reforma staví a který je součástí nového spektra služeb. Je potřeba tedy o tuto součást dále pečovat a rozvíjet ji.

Synonyma k dennímu stacionáři jsou mnohá, často jej také nazýváme denní sanatorium či denní nemocnice nebo denní klinika (day clinic, day treatment program). Základním odlišujícím prvkem od jiných léčebných uspořádání je to, že pacient pobývá v léčebném zařízení pouze v denní době, večerní a noční dobu tráví doma. Kdysi existovaly také tzv. noční stacionáře či sanatoria, kde pacient pobýval večer a přes noc a v denní době chodil do práce.

Denní stacionáře se zrodily v poválečném období a 50. letech 20. století. Na jejich vzniku se podílely hlavně dva proudy. Především to byl vliv konceptu terapeutické komunity (Thomas Main, Maxwell Jones), která přinášela větší podíl demokratické kultury do terapeutických vztahů, větší spoluzodpovědnost pacientů v léčbě a také praxi skupinové psychoterapie. Tím druhým proudem byla deinstitucionalizace, která s sebou přinesla potřebu alternativy k lůžkové péči, která byla současně i usnadněna rozvojem nových psychofarmak. K nám se dostala léčebná forma denního stacionáře až koncem 60. let zásluhou prof. Knoblocha a dalších jeho spolupracovníků a odrazila se v založení Denního sanatoria Horní Palata v roce 1969 jako jednoho z pokračování terapeutické komunity v Lobči a ještě předtím na dalších místech. U nás byla tedy kolébkou denních stacionářů také terapeutická komunita stejně jako i jinde ve světě. Další denní stacionáře se u nás objevovaly až po delší přestávce: v roce 1986 Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, dále rovněž denní stacionář Karlov a několik doléčovacích denních stacionářů při psychiatrických odděleních. Větší rozvoj denních stacionářů však umožnily až demokratické politické poměry a možnost zakládání samostatných ambulantních zařízení v devadesátých letech. Tou dobou se začaly objevovat nové denní stacionáře ve Fokusu Praha, na Klinice ESET, v Psychosociálním centru v Přerově, Dům duševního zdraví v Ostravě a další. V posledních dvaceti letech již sice rozvoj není tak bouřlivý, avšak nové denní stacionáře stále vznikají. Můžeme jmenovat například Psychoterapeutický stacionář v Karviné nebo denní stacionář Vyhlídka v Brně.

Tak, jak ovlivňoval zrod denních stacionářů více proud psychoterapeutický nebo komunitně psychiatrický, začaly se také diferencovat denní stacionáře ve svých funkcích. Na jednu stranu sledoval rozvoj těchto funkcí rozšiřující ambulanci léčbu s možností intenzivnější psychoterapie, která přesahuje možnosti běžné ambulance, a na druhou stranu fungují denní stacionáře také jako alternativa pro léčbu akutních stavů či jako pokračování hospitalizace při jejím zkrácení. Spíše do komunitně psychiatrické funkce by také spadala dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné. Samozřejmě přitom platí, že denní stacionář může plnit i více těchto funkcí najednou.

Z výše uvedených funkcí můžeme také snadno odvodit typy denních stacionářů. V psychoterapeutickém stacionáři nacházíme psychoterapeutické programy přizpůsobené určitým diagnostickým skupinám. Základem bývá skupinová psychoterapie doplňovaná o arteterapii, ergoterapii, muzikoterapii apod. Obvyklá je též kombinace s farmakoterapií. Psychoterapeutické stacionáře poskytují buď plný denní program, tedy docházku každý všední den, ve formě uzavřené skupiny, kdy všichni léčení začínají a končí ve skupině najednou, anebo existují i polootevřené skupiny, kdy skupina probíhá kontinuálně a je doplňována průběžně o nové členy přicházející po pacientech, kteří setrvali v programu

již určitou dobu a léčbu ukončili. Podle zaměření a cílové skupiny stacionáře se pohybuje doba setrvání pro pacienta v programu zhruba od 8 týdnů do 9 měsíců. Avšak ne pro každého pacienta je možné přerušit pracovní aktivity po dobu více týdnů a také by to pro mnohé z nich ani nebylo vhodné. Proto byly zavedeny také tzv. frakcionované programy stacionářů s docházkou třikrát v týdnu v pracovní době.

Je však zapotřebí podotknout, že na výše popsané programy nelze pohlížet jako na izolované jednotky bez spojitosti s jinými formami léčby a návaznosti na ně. V samostatných zařízeních navazují denní programy na ambulantní léčbu a nabízí se zde řada doléčovacích programů (docházková skupinová psychoterapie, ergoterapie, individuální psychoterapie). Na druhou stranu v denních stacionářích při lůžkových psychiatrických odděleních je důležité propojení mezi lůžkovou péčí a stacionářem. Další využívanou možností je zapojení denního stacionáře do služeb krizového centra. Krátkodobý pobyt v denním stacionáři zde navazuje na pobyt na krizovém lůžku.

V návaznosti na probíhající reformu psychiatrické péče se pochopitelně, jak již bylo uvedeno výše, stávají denní stacionáře nedílnou součástí komplexních změn. Péče, která nemusí být poskytnuta na lůžku, by měla být poskytnuta jinou formou. Pacient, který potřebuje intenzivní psychoterapii, nemusí být většinou hospitalizován, může absolvovat tento program v psychoterapeutickém stacionáři. Pacient, u kterého je žádoucí ještě upravit léky, potřebujeme mu pomoci v zachování či obnovení denního režimu, může být propuštěn z hospitalizace dříve a v léčbě může intenzivně pokračovat v otevřeném denním stacionáři s využitím základního aktivizačního programu. U mnohých pacientů také včasnou péčí v denním stacionáři můžeme hospitalizaci předejít.

Přes všechnu mnohost forem a způsobů kombinací s dalšími službami však nelze říci, že denní stacionáře jsou všelékem na všechny psychické potíže a poruchy. Léčba v denním stacionáři je sice indikována v širokém spektru diagnóz v rámci duševních poruch a téměř pro všechny věkové kategorie, kromě raného dětského věku, ale současně je potřeba přihlídnout k některým podmínkám, bez kterých by se léčba mívala účinkem nebo nebyla efektivní. Především bychom u pacienta měli zjistit alespoň určitý stupeň motivace ke změně a také by mělo být zřejmé, že je rozhodnut věnovat se po určitou dobu léčbě. Pacient by měl být po dobu docházky také dostatečně finančně zabezpečen, protože jinak snadno dá přednost různým pracovním aktivitám před docházkou do stacionáře. Neměl by také překonávat delší dojezdovou vzdálenost, než je cca 1 hodina, jinak hrozí, že docházku do programu velmi brzy vzdá. Mezi obvykle uváděné kontraindikace patří poruchy vědomí, stavy spojené se vzrušeností či agresivitou, vysoké riziko sebevražedného jednání, intoxikace návykovými látkami, podprůměrný intelekt, potřeba náročných vyšetřovacích postupů nebo nesouhlas pacienta s léčbou.

Kromě vhodnosti léčby je zde také otázka efektivity. I když jsme mohli sledovat určitou kritiku v 80. a 90. letech směrem k denním stacionářům o jejich nižší nákladové efektivitě vzhledem k novým komunitním službám typu asertivní komunitní léčby, tak v dalších letech se tato kritika ukázala jako ne zcela přesná. Bereme-li v potaz funkci stacionáře jako alternativy hospitalizace, pozdější studie ukazují na srovnatelný klinický efekt s hospitalizací, ale s benefitem nižších nákladů.¹ Krátce po roce 2000 jsme v ČR byli sami účastní velké multicentrické studie EDEN,² která dokumentovala i benefit v sociálních funkcích. Psychoterapeutická funkce denních stacionářů byla testována v desítkách studií randomizovaných a observačních. Prakticky v celé šíři duševních poruch od F0 až po F8 dle MKN-10 byl prokázován efekt denních psychoterapeutických programů, ať už ve zlepšení příslušných symptomů, nebo sociálních funkcí či kvality života.

Pokud je klinická a nákladová efektivita u denních stacionářů dobrá, je pak namístě se ptát, jak jsou vlastně rozšířeny a využívány, a to jak v evropských zemích, tak zejména u nás. Tak například již zmíněná studie EDEN³ dokumentovala v roce 2001 celkem 372 denních stacionářů v Německu, 71 v Polsku, 102 v Anglii a 10 na Slovensku. Dle údajů DATPPP (Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken e.V.) stoupl v Německu počet denních stacionářů na 812 (v roce 2019), což by znamenalo přibližně 1 zařízení na 100 tis. obyvatel. U nás je dle poslední evidence ADSKC (Asociace denních stacionářů a krizových center) 29 denních stacionářů s rozdílnou kapacitou podle toho, kolik dané zařízení provozuje denních programů. Ve srovnání s Německem je tedy jejich hustota výrazně řidší a odpovídala by zhruba 1 zařízení na 350 tis. obyvatel. Zajímavé je také členění podle typu stacionářů u nás: 11 z nich jsou psychoterapeutické stacionáře a jsou provozovány samostatnými ambulantními zdravotnickými zařízeními, 12 z nich tvoří doléčovací stacionáře a jsou organizovány psychiatrickými lůžkovými zařízeními, 2 stacionáře jsou

součástí krizových center a konečně 4 stacionáře patří mezi tzv. stacionáře otevřené, které vznikly teprve nedávno v rámci reformy psychiatrické péče.

Při tomto výčtu by nás také mohlo zajímat, nakolik je toto členění rozdílné od ostatních zmiňovaných evropských zemí. V tomto ohledu rozdíly ve struktuře stacionářů skutečně existují a poukazuje na ně také výše zmíněná studie EDEN.³ Tak například v Německu a v Anglii je kladen důraz na funkci alternativy k hospitalizaci, naproti tomu v Polsku, v ČR a na Slovensku na specializované programy (rehabilitace, psychoterapie). Dále oproti ČR jsou stacionáře v ostatních zemích umístěny ve větší míře i v malých městech. Pro všechny země ale platí stejně, že je vyžadována docházka každý všední den po dobu alespoň 6 hodin.

Pokud jsme na začátku tohoto úvodníku tvrdili, že denní stacionáře byly a jsou podrostem, na kterém současná reforma staví, tak bychom závěrem měli shrnout argumenty, proč je třeba denní stacionáře vnímat jako obohacení reformujícího se systému péče o duševní zdraví: Především umožňují zamezit nebo zkrátit hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení, tj. podporují deinstitucionalizaci. Dále umožňují pacientům přirozený kontakt s jejich domácím prostředím a také tím napomáhají jejich reintegraci do běžného života. V neposlední řadě jsou také základnou pro intenzivní využití řady specifických programů, psychoterapeutických i rehabilitačních.

V této souvislosti dovolte jednu vzpomínku. Asi před 15 lety navštívila Klinikou ESET skupina case managerů komunitního centra z Jižního Sussexu v Anglii, kde předtím byla zrušena řada denních a skupinových programů. Denní programy u nás byly pro tuto skupinu kolegů novou inspirací při způsobu pouze individualizované péče. Byla to výzva, jak je stále zapotřebí hledat rovnováhu mezi individuálním přístupem a potenciálem skupin.

Pro kolegyně či kolegy, kteří by se chtěli pustit do práce v denním stacionáři či nový stacionář založit, je příznivou a motivující zkušeností z praxe stacionářů, že kombinace ambulantní a stacionární péče jim může umožnit intenzivnější kontakt s pacienty, než je tomu u běžné ambulance, a současně jim umožní ošetřovat pacienty v dlouhodobější perspektivě, než je tomu v lůžkové péči, tedy i možnost lépe sledovat progres v terapii. Stacionář také umožňuje více zapojit psychoterapii do léčebných procesů, než je tomu u běžné ambulance, a současně poskytuje šanci pro týmovou multiprofesní spolupráci (psychiatr, klinický psycholog, psychiatrická sestra, psychoterapeutická sestra). Víme, že v minulosti bylo potřeba se obrnit před některými frustracemi, které vyplývaly například z obtíží při nasmlouvávání stacionární péče se zdravotními pojišťovnami v případě založení nového stacionáře. V současné době již i zdravotní pojišťovny nahlízejí v kontextu reformy a výše uvedeného přínosu této formy péče a umožňují zdravotnickým zařízením (ať už ambulantním, nebo při lůžkových odděleních v rámci transformace péče) vznik obou typů denních stacionářů. Větším problémem nadále zůstává potřeba velmi trpělivého rekrutování dalších kvalifikovaných kolegů do týmu, při jejich relativním nedostatku.

MUDr. Ondřej Pěč, Ph.D.

*ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha
eset.pec@volny.cz*

MUDr. Simona Papežová

*Ministerstvo zdravotnictví České republiky
simona.papezova@mzcr.cz*

Literatura

1. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD004026.
2. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J, Nawka P, Ocvár L, Raboch J, Stárková-Kalíšová L, Koch R, Schützwahl M. Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 278–287.
3. Kallert TW, Glöckner M, Priebe S, Briscoe J, Rymaszewska J, Adamowski T, Nawka P, Reguliova H, Raboch J, Howardova A, Schützwahl M. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries: implications of their diversity for day hospital research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 777–788.