

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 tříbení 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

znalých – osob, které si duševní nemoc prožili na vlastní kůži, dále z profesí psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, terapeut a jako konzultant psychiatr. Jsme přesvědčení, že námi vytvořené a uplatňované metody práce pomáhají uživatelům našich služeb. Jsou založeny na principu návratu do života životem. Příklady: Uživatel služby „nevystřelil nos z domu“, měl problémy s pohybem ve venkovním prostředí mezi lidmi – dnes chodí za vesnici sám venčit pejska; uživatelka služby neotvírala dům žádným osobám, s nikým nenavazovala oční kontakt – dnes je schopna přijmout od listonošky poštu, vpustit pracovníka vodáren, samozřejmě s nezbytnou komunikací; uživatel služby se nebyl schopen zapojit do žádné činnosti – dnes hraje jednoduché hry a čte krátké zprávy z teletextu a novin, zvládá základní domácí práce; uživatelka služby se pohybovala jako stroj bez vnímání okolí – dnes je schopna si všimnout, že se kolem ní něco děje nebo mění; uživatel služby odmítal jakýkoli kontakt – dnes chodí na vycházky a uvažuje o návštěvě lékaře.

Naše metody práce a metodická filozofie vychází ze znalosti duševně nemocných schizofrenií a jejich potřeb při překonávání úskalí údravy.

Stav poskytování péče duševně nemocným schizofrenií nás rodiče z části Moravy vedl v roce 2008 k založení svépomocné rodičovské skupiny s názvem DOTYK. Zde jsme si nejdříve, s našimi nemocnými, ujasnili, jakou péči vlastně potřebují. Shodli jsme se, že se jedná o lékařskou péči a podporu dalších odborníků – psychologů a speciálních pedagogů, nejlépe přímo v domácím prostředí pro nemocné a jejich nejbližší okolí. Taková služba 18 let po „Sametové revoluci“ samozřejmě neexistovala v celé ČR. Aby vznikla, napsali jsme projekt, který dnes pokračuje na půdorysu sociální služby rozšiřované o další projekty včetně již zmiňovaného projektu „Služby schizofrenikům v domácím prostředí“.

Současné avizovaná reforma psychiatrické péče je nyní záležitostí ministerstva zdravotnictví, což především přináší boj mezi lůžkovými a ambulantními lékaři o jejich budoucnost – jaksi se zapomíná na potřeby nemocných. Proto se jasně rýsuje otázka, je-li takto pojatá změna vůbec správná cesta. Z mého pohledu není a jeví se mně jako nezbytně nutné svěřit ji orgánu, který se bude zabývat zdravím jako celkem v kontextu života s použitím medicíny, psychologie, pedagogiky, a případně ostatních užitečných oborů. Duševně nemocní schizofrenií nepotřebují reformu jen zdravotnickou, nýbrž komplexní reformu činnosti státu v přístupu k jejich nemoci. Tento požadavek však vyžaduje změny systémové a značně širší, než plánuje zmíněná reforma psychiatrické péče MZ. Musejí se především reflektovat potřeby duševně nemocných schizofrenií a začít od zjišťování právě těchto potřeb. Zaměřit se na ně je velmi důležité, poněvadž jsou jiné v ČR než v jiných státech Evropy, jelikož jsou závislé na systému poskytování

péče o zdraví v daném státě. Tím chci jen říci, že vytrhnout nějakou část systému poskytování péče o duševně nemocné v jiné zemi, kde to z našeho pohledu krásně funguje, a snažit se ji přenést k nám, je docela diletantismus a jen dělání něčeho, aby něco proběhlo.

Z pohledu šestileté zkušenosti poskytování mimolékařských služeb duševně nemocným schizofrenií vidím největší potíž, že ve své podstatě neexistuje žádný systém v návaznosti lékařských a ostatních služeb. Nemocní, kteří opustí lůžková oddělení nebo se začnou léčit u ambulantního specialisty, se současně automaticky nezapojují do další potřebné péče, jako je trénování kognitivních funkcí v celé šíři a získávání JISTOT ve všech oblastech života. Zůstávají většinou na pospas sami sobě a svým rodinám a budují si stav zanedbání ve své údravě. **Neexistuje tedy systém péče souběžné s lékařskou**, který však má pro minimalizaci důsledků onemocnění zásadní význam. Tady je nutné zdůraznit, že tento systém nelze budovat v podřízenosti lékařů, nýbrž partnerstvím specialistů angažovaných na budování cesty k údravě na základě znalosti potřeb duševně nemocných. V této souvislosti si dovoluji připomenout, že již od „Sametové revoluce“ se hovoří o změně ministerstev vlády, která by více odpovídala potřebám doby. Určitě je potřeba doby, a to již několik let, spojit zdravotnictví se sociálními věcmi, poněvadž to dnes jaksi patří k sobě.

Z poznatků získaných za dobu práce pro duševně nemocné schizofrenií si dovoluji vyjádřit přesvědčení, že ani sociální služby nejsou v daném prostředí v ČR schopny plnit funkci **souběžné péče s lékařskou** pro klienty s duševním onemocněním schizofrenií. Vyplývá to z filozofie zákona o sociálních službách, dále z možností množství poskytování sociální služby, z malé připravenosti i vysokoškolsky vzdělaných sociálních pedagogů a v neposlední řadě z uplatňovaného systému komunitního plánování, ve kterém se vlivem úředníků a politiků dnes naprosto ztratil klient a jeho potřeby. Opravdu na některých místech naší vlasti je situace taková, že klient může službu ztratit jen proto, že neznalý nebo zaujatý starosta obce či úředník může prostě říci, že ji dotyčný nepotřebuje, a obec ji z toho důvodu nepodpoří.

Ve své činnosti pro duševně nemocné jsme se v DOTYKu setkali s významným nedostatkem erudovaných odborníků pro souběžnou péči s lékařskou péčí. Hledali jsme především v řadách psychologů a speciálních pedagogů, jež považujeme za klíčové odborníky. Příliš se nám nedařilo ani u sociálních pedagogů. Všichni, kteří u nás projeví zájem pracovat, byli absolutně nepolíbeni problematikou duševních nemocí, ať to byli vysokoškoláci absolventi, nebo uchazeči z praxe. Komplexnost reformy by určitě měla zahrnovat i přípravu odborníků z uvedených oborů pro souběžnou péči, poněvadž tzv. výjezdní týmy a psychiatrická setra ji určitě nevyřeší ani nezajistí.

Mgr. Josef Svoboda

info@dotyk2.cz; www.dotykbrno.cz; www.dotyk2.cz