

3. ledna 2022 uveřejnil server **iRozhlas** zajímavý článek, který nám stál za přepsání pro případ, že by on-line přestal fungovat.

Autoři: **Jan Boček**, Anna Košlerová, Kristína Zákopčanová

Z nemocnic zpátky do života. Reforma psychiatrické péče naráží na nedostatek psychiatrů, peněz i bytů

- Psychiatra každý rok vyhledá přes půl milionu Čechů a Češek, dalším dvěma milionům by to podle odhadu odborníků prospělo.
- Na ambulantní léčbu se ale čeká měsíce, zatímco na lůžkových odděleních tráví roky i ti, kteří by nemuseli. I proto spustilo ministerstvo zdravotnictví reformu, která hledá alternativy k velkokapacitním léčebnám.
- Nejde to snadno: společnost sice může na humánnější péči vydělat, zdravotní pojišťovny ale pocítují krátkodobě vyšší náklady.

„Jsem v léčebně od osmnácti, teď je mi jednaosmdesát. To je šedesát tři let. Pro mě je to taková jistota. Všechn svůj čas trávím v jedné místnosti se šesti dalšími lidmi. Už jsem si na to zvykl, jsem tu déle než většina doktorů nebo sester.“

Ve skutečnosti je zřejmě citovaný pacient psychiatrické nemocnice v zařízení déle než kdokoliv z doktorů a sester. Jeho ohlédnutí za dosavadním životem se dostalo do loňské studie Národního ústavu pro duševní zdraví (NÚDZ), která hodnotila dodržování Úmluvy OSN o právech pacientů s postižením.

„Lidi tu mají mizernou náladu, všichni jen spí. V sedm večer dostaneme léky a jdeme spát, protože tu není nic, co by nás bavilo. Kouření, spaní, kouření, spaní – to je rytmus našeho oddělení,“ cituje studie další výpověď.

O podobné příběhy, připomínající svět psychiatrických léčeben hluboko v minulém století, není nouze ani dnes. Další pacient pro iROZHLAS.cz popsal opakované zneužití omezovacích prostředků.

Dodržování lidských práv je prvním argumentem pro rychlou změnu systému psychiatrické péče: ten současný si musí pomáhat omezovacími prostředky, někdy daleko za hranou. Jednak proto, že chybí personál, zčásti proto, že „se to tak dělalo vždycky“. Pro individuální péči v řadě případů není prostor.

„Kouření, spaní, kouření, spaní – to je rytmus našeho oddělení“

Druhý důvod je pragmatictější: náklady Veřejné zdravotní pojišťovny (VZP) na průměrnou hospitalizaci v délce tří měsíců jsou v současnosti přibližně 300 tisíc korun, jak upozorňuje náměstek ředitele VZP Ivan Duškov. Navíc pacienta často zakonzervuje a neléčí. Řada pacientů v institucích zůstává dlouhodobě nebo se do nich pravidelně vrací, neboť nezvládnou přechod do běžného života.

Česká psychiatrie proto hledá alternativu – pacienty v domácí a komunitní péči, za kterými naopak pravidelně docházejí lékaři, sestry a sociální pracovníci. Věřící, že to v důsledku vyjde levněji, a hlavně: pacient má motivaci se léčit, může i pracovat. Prvotní inspiraci našli v Itálii, kde psychiatr Franco Basaglia spustil první podobnou revoluci před padesáti lety. Nejprve ve svém domovském Terstu, pak i ve zbytku země. Systém komunitní péče od té doby

přijala za svůj řada dalších evropských zemí.

Plán změny, Strategii reformy psychiatrické péče, na ministerstvu zdravotnictví načrtli už na podzim 2013. O pět let později spustili první etapu, která má napovědět, zda je současný systém reformovatelný – a za jakou cenu. Ta pomalu končí a známe první výsledky.

Jak dlouhá cesta českou psychiatrii čeká, naznačuje fakt, že péče o duševně nemocné dodnes v hlavních obrysech kopíruje zadání z devatenáctého století: izolovat nebezpečné nebo jen nepříjemné pacienty v léčebnách za městem. Řada zemí tento model postupně zavrhla, komunistické Československo se s ním naopak ztotožnilo. Po revoluci se změnily parametry systému, jádro ale zůstalo. Na zásadní reformu se pořád čeká.

Jak bude změna, na kterou česká psychiatrie čeká desítky let, vypadat? Proč k ní dochází právě teď? Co ukázala první etapa, a jak má vypadat pokračování? A jsou na ni připraveni „duševně zdraví“ Češi?

Kapitoly

- Pořád za zdí (Psychiatrická péče dnes)
- Reforma, ne revoluce (Jak se obor změnil v posledních třiceti letech)
- Schizofrenie jako první (Co ukázala pilotní etapa reformy)
- Sledujte peníze (Jak se proměňuje systém plateb za pacienta)
- Už to bude dobré (Cíle reformátorů pro další etapu)

Pořád za zdí

Psychiatrická péče dnes

„S vážnými psychickými problémy od úzkostných poruch až po těžké psychózy se léčí asi deset procent Čechů,“ popisoval serveru iROZHLAS na jaře 2020 Martin Anders, přednosta psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. „Skutečný rozsah těchto problémů ale odhadujeme na třicet procent populace, větší část tedy není terapeuticky ošetřena.“

Odhad potvrzuje nedávný průzkum NÚDZ na třech tisících respondentů. Na podzim 2017 podle něj trpělo duševním onemocněním 20 procent populace, během druhé covidové vlny v listopadu 2020 už to bylo 33 procent. Počet depresivních Čechů se ztrojnásobil, těch se sebevražednými sklony přibývalo podle psychiatrů čtyřnásobně. Do statistik dokonaných sebevražd se sice v prvním roce pandemie nárůst nepromítl, ale to neznamená, že ho nemáme brát vážně.

Podobně alarmující jsou čísla z psychiatrických ambulancí. Podle nejnovějších ucelených dat je v roce 2019 navštívilo 640 tisíc pacientů. Většina opakovaně, takže ambulance odbavily řádově miliony návštěv. K hospitalizaci, která je obvykle poslední možností, došlo v 63 tisících případech.

Ve starém modelu péče dominovaly psychiatrické léčebny s dlouhodobě hospitalizovanými, nově překřtěné na psychiatrické nemocnice; budeme je tak označovat i v tomto textu. Čísla VZP prozrazují, že i dnes jde o hlavní součástku systému, jde na ně téměř polovina pojišťovnou proplácených peněz za psychiatrickou péči.

Reforma to chce změnit. Posiluje akutní péči, která se častěji odehrává na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, nejčastěji fakultních. Třetí částí systému jsou psychiatrické ambulance, kam pacienti pouze docházejí. Mimo to se na péči podílejí také praktičtí lékaři, kteří například předepíší téměř polovinu antidepressiv.

Reforma do sítě psychiatrických zařízení přidává nový uzel: centra duševního zdraví (CDZ), multidisciplinární nebo mobilní týmy složené obvykle z psychiatra, psychologa, psychiatrických sester a sociálních pracovníků, které navštěvují pacienty u nich doma. Právě jejich roli otestovala první etapa reformy.

„Během první vlny vzniklo třicet center,“ shrnuje Duškov pro server iROZHLAS.cz. V budoucnu by jich měla působit stovka. Mapa CDZ ukazuje, že nejde jen o záležitost Prahy a Brna, centra jsou rozprostřena po celé republice. „Financovaná dosud byla z evropských peněz a z Norských fondů. Peníze šly hlavně na materiální vybavenost komunitních týmů a destigmatační kampaň NÚDZ,“ doplňuje.

SOUČÁSTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Psychiatrické ambulance a praktičtí lékaři. Ordinace, kam pacienti pouze docházejí. *Aktuálně 1015 míst, z toho 142 dětských, 67 sexuologických, 31 věnovaných návykovým nemocem a dvě gerontopsychiatrii.*

Psychiatrická oddělení běžných nemocnic. Slouží k řešení akutních i chronických problémů, disponují především akutními lůžky. *Aktuálně 28 oddělení s 1366 lůžky.*

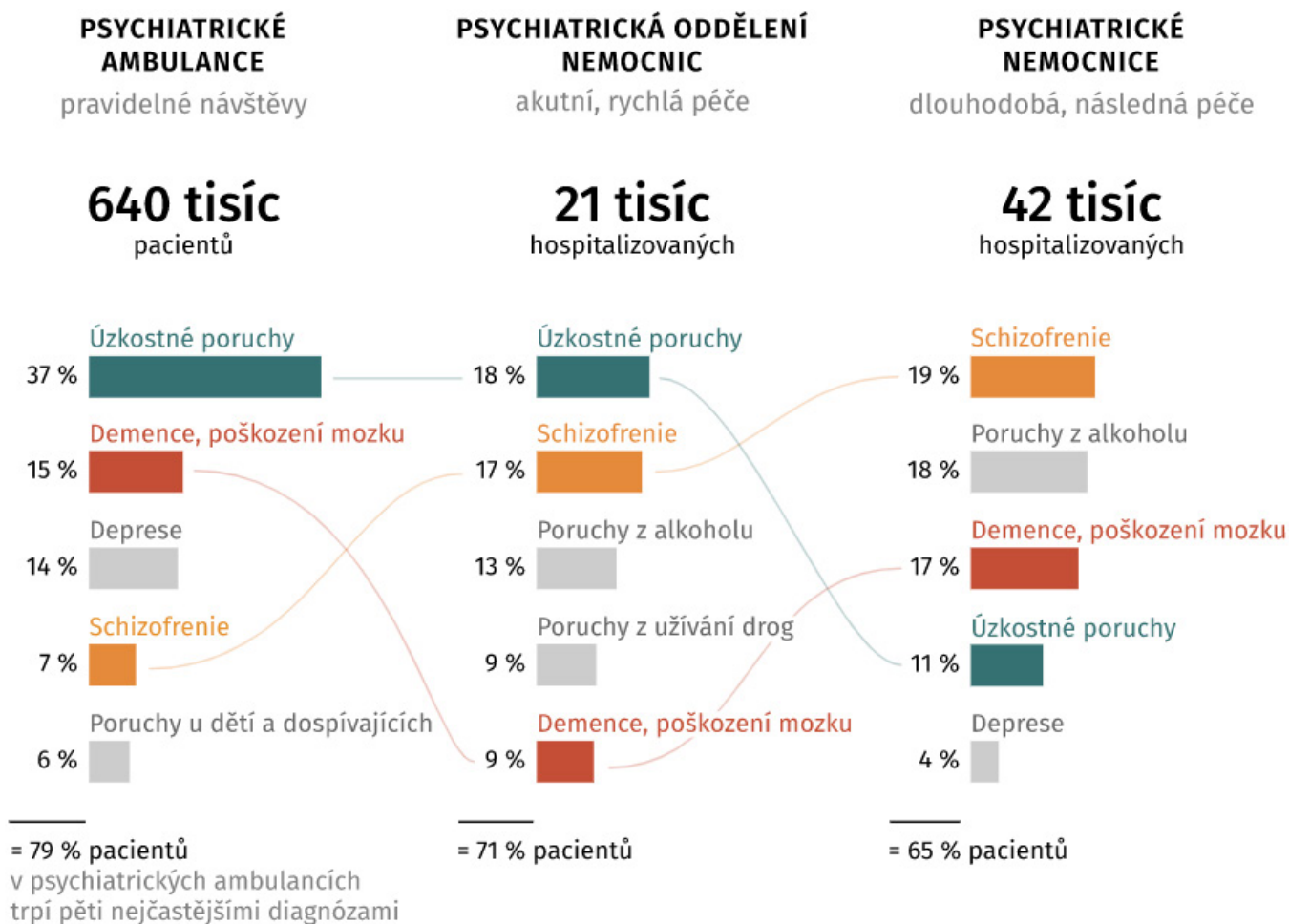
Psychiatrické nemocnice, dříve léčebny. Primárně léčí pacienty, kteří vyžadují dlouhodobější péči. Mají převahu lůžek následné péče, v rámci reformy ale přibývají i akutní lůžka. *Aktuálně 22 nemocnic s 8618 lůžky, z toho 12 nemocnic pro dospělé, tři dětské, tři léčebny závislostí.*

Centra duševního zdraví. Multidisciplinární týmy, které propojují psychiatrii, psychologii, ošetrovatelskou a sociální práci, pacienty převážně navštěvují doma. Pro představu: CDZ ESET v Praze má 6,5 úvazku psychiatrické sestry, 8 úvazků sociálního pracovníka, 1,5 úvazku psychiatra a jeden úvazek klinického psychologa, psychiatr i psycholog zároveň působí jako psychoterapeuti. *Aktuálně v provozu 30 CDZ.*

Psychoterapie. Funguje převážně mimo systém psychiatrické péče, většina terapeutů je soukromých, smlouvu s pojišťovnou má jen malá část. *V článku se jim proto věnujeme pouze okrajově.*

Nejčastější diagnózy v roce 2019

Nejobvyklejšími diagnózami jsou úzkosti a deprese, hospitalizací ale končí jen desetina. Delší pobyty jsou typické pro schizofrenii a zneužívání alkoholu či drog.



Zdroj dat: Psychiatrická péče 2019 | Vizualizace: iROZHLAS.cz, Kristína Zákopčanová

Bokem zůstává psychoterapie. „V současné době je pro lidi s duševním onemocněním závažným problémem praktická nedostupnost psychoterapeutické péče,“ zmiňuje aktuální plán reformy dlouho známý problém. Čekací doby na terapeutické sezení proplacené pojišťovnou dnes začínají na několika měsících, řada terapeutů nové klienty nepřijímá vůbec.

„Péče o duševní zdraví nerovná se psychiatrie,“ zlobí se Dominika Čechová z České asociace pro psychoterapii. „To téma je mnohem širší, psychiatrii by měli být až poslední instancí. Je to podobné, jako by vás bolela ruka a vy jste šel rovnou za chirurgem.“

„V nově ustavené Radě vlády pro duševní zdraví bohužel nesedí jediný terapeut,“ dodává. Nedůvěra mezi psychiatry a psychoterapeuty má dlouhou historii. Odlišná představa, zda jsou duševní problémy spíše „medicínské“, či „povídací“, otevírá mezi oběma skupinami překvapivě hlubokou propast.

„Péče o duševní zdraví nerovná se psychiatrie. To téma je mnohem širší, psychiatrii by měli být až poslední instancí. Je to podobné, jako by vás bolela ruka a vy jste šel rovnou za chirurgem.“

Jediným styčným bodem reformy a psychoterapie je plán zvýšit rozpočet pojišťoven na proplácení psychoterapie. První experiment v tomto směru VZP spustila během letošní jarní covidové vlny: vzhledem k enormnímu zájmu o terapii proplácela sezení také u psychoterapeutů bez smlouvy. Aktuálně běží třetí kolo a seznam nabízených psychoterapeutů se rozšířil na čtyři stovky lidí. Na brněnských univerzitách také v rámci programu vyvíjí nástroj, který má terapeutům skrz strojové učení poskytnout zpětnou vazbu.

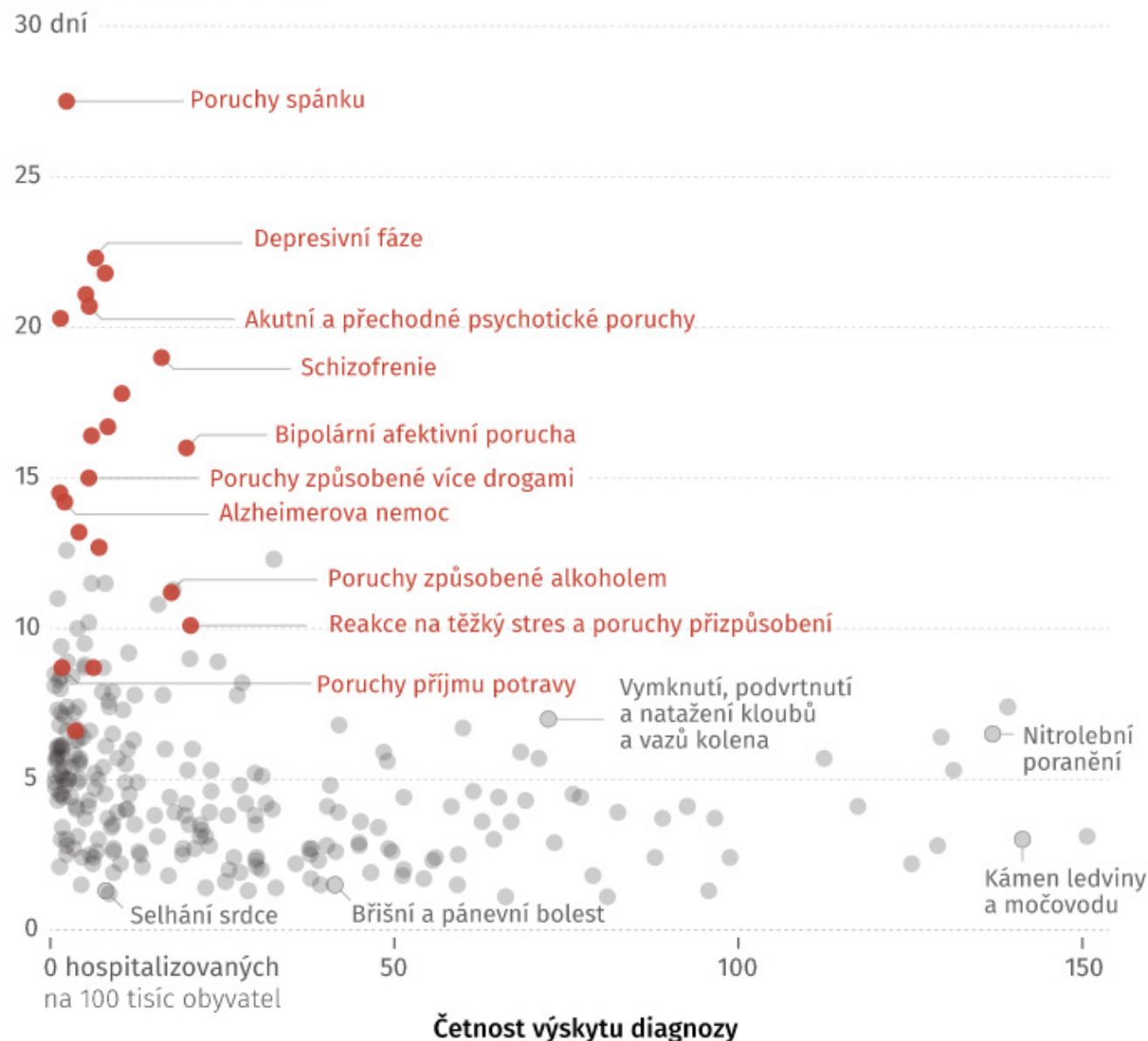
Na výjimečnost psychiatrie mezi medicínskými obory poukazuje srovnání délky hospitalizací na jednotlivých odděleních všeobecných nemocnic. Přestože jde o akutní lůžka – nemluvíme teď o dlouhodobých hospitalizacích – dominují délce léčby právě pacienti s duševními problémy.

Hospitalizace na všech odděleních všeobecných nemocnic v roce 2019

Délka hospitalizace na akutních psychiatrických lůžkách je delší než u většiny diagnóz na jakémkoliv jiném oddělení.

● Psychiatrická diagnóza ● Ostatní diagnózy

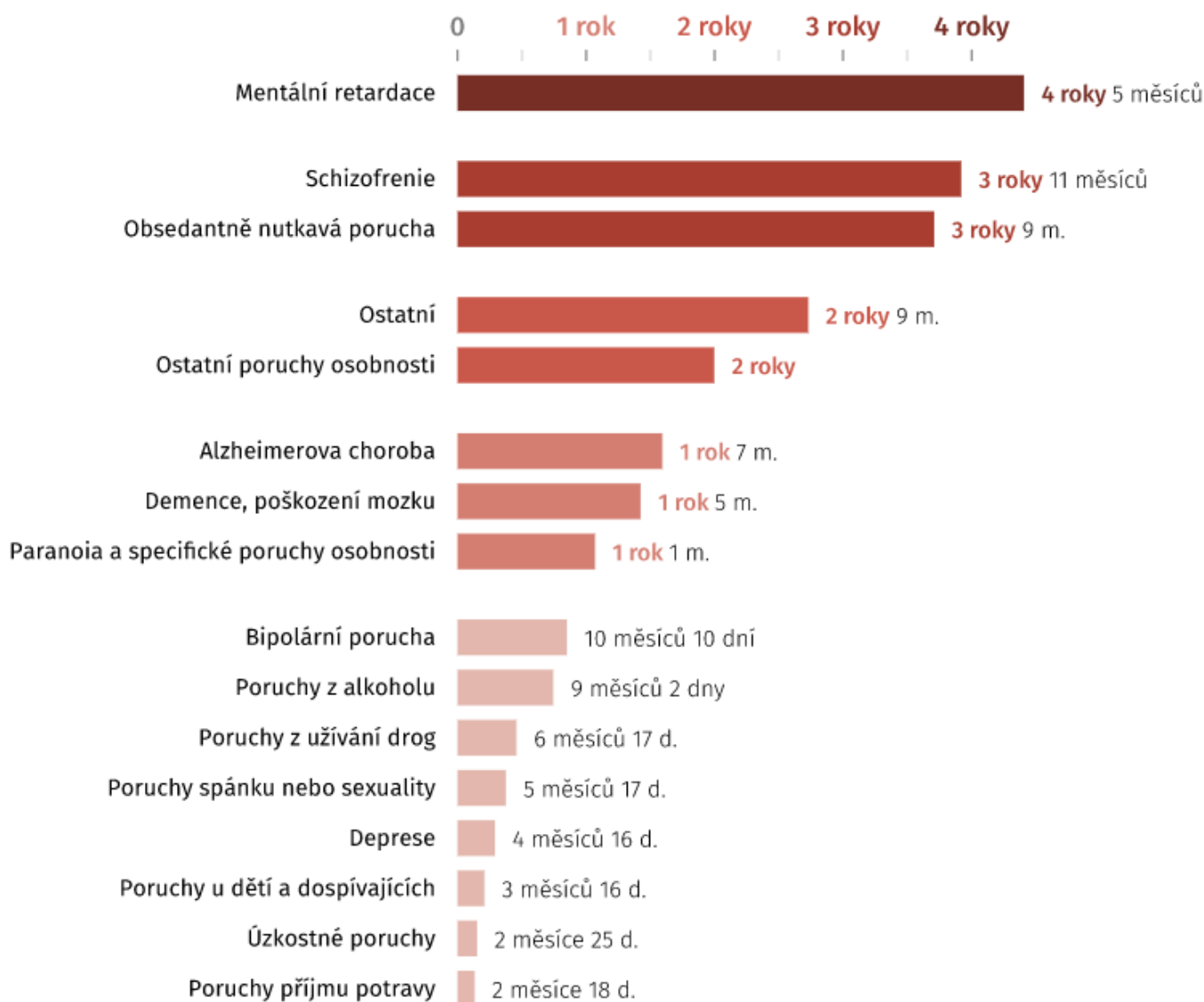
Průměrná ošetrovací doba



Ještě plastičtější obrázek ukazují data tentokrát dlouhodobých hospitalizací v psychiatrických nemocnicích. Průměrná délka hospitalizací u vážných diagnóz jsou i čtyři roky – výrazně je ovšem zvedá malá část pacientů s vážnými duševními nemocemi a mnohaletými pobyty. Medián doby hospitalizace se podle Anderse pohybuje podle typu zařízení mezi jedním a třemi měsíci, k jeho výpočtu ovšem nemáme data.

Průměrná délka hospitalizace v psychiatrických nemocnicích v roce 2018

Průměrně tří- až čtyřletý pobyt u kritických diagnóz zvedá malá část pacientů s hospitalizacemi v řádu desítek let. Pro ty jsou typické problémy jako absence bydlení, peněz nebo nefunkční rodina.



Zdroj dat: Cenzus psychiatrických nemocnic, 2018 | Vizualizace: iROZHLAS.cz, Kristína Zákopčanová

„Reforma má snahu zajistit, aby lidé nezůstávali dlouhodobě na lůžku,“ pokračuje Anders. „Ale také je nemůžeme pouštět, aniž by měli zajištěnou psychiatrickou službu v místě bydliště. Právě k tomu slouží CDZ a multidisciplinární týmy. Není možné zavírat léčebny a nemít fungující týmy.“

„Zase to nesmíte přehnat. Spojené státy mají průměrnou dobu hospitalizace se schizofrenií v řádu dní. To nejde, protože z podstaty choroby nemůžete člověka takhle rychle vyléčit. Takže se tam řada pacientů vrací.“

„Absence multidisciplinárních komunitních služeb, které by nabídly dlouhodobou komplexní péči, je dalším důvodem, proč do roku 2018 neexistovala jiná možnost než život v psychiatrické léčebně,“ doplňuje ho ředitel NÚDZ Petr Winkler. Rokem 2018 myslí začátek působení nových CDZ v první fázi reformy.

„V psychiatrických nemocnicích mají velký problém zaměstnávat lidi, kteří poskytují péči mimo areál léčebny. Dřív platilo, že kdyby pacienta propustili, mimo areál nedostane žádnou následnou péči. Propustit pacienta proto bylo velké rozhodnutí a je srozumitelné, že se o propuštěné pacienty báli a radši je nechávali v nemocnici,“ popisuje Winkler motivace psychiatrů.

Reforma, ne revoluce

Jak se obor změnil v posledních třiceti letech

Reforma psychiatrické péče nemá svůj velký třesk, od kterého bychom ji mohli datovat. Navazuje na řadu evolučních změn, které mají kořeny v devadesátých či už osmdesátých letech minulého století, kdy se začaly objevovat požadavky na zlidštění systému.

Nemá ani velký křach, datum konce. Bude se rozpínat několik desetiletí – lékaři mluví o třiceti letech, ale taky o půl století – a není žádná hranice, kdy by ji šlo považovat za ukončenou. Strategie reformy počítá s koncem první etapy v roce 2023, většina připravovaných změn už ovšem proběhla. Vzdálenější budoucnost si autoři netroufli odhadnout.

Zmíněnou evoluci můžeme zahlédnout v datech. První změnou, která se do nich promítá, jsou účinnější psychofarmaka s méně vedlejšími účinky: před třiceti lety by byla představa pacientů s těžkou schizofrenií, bipolární maniodepresivní poruchou nebo lidí trpících rozvinutou demencí v domácí péči nepředstavitelná. Umožnily ji až nové generace léčiv. Rozsah změn ilustrují data Státního ústavu pro kontrolu léčiv o dodávkách do zdravotnických zařízení, které přibližně odpovídají spotřebě léků.

Spotřeba psychofarmak v Česku, 1991–2020

U řady těžkých diagnóz umožnila nová léčiva účinnější léčbu. Na jiné, například Alzheimerovu nemoc, dříve neexistovaly nebo se nedostaly přes železnou oponu.

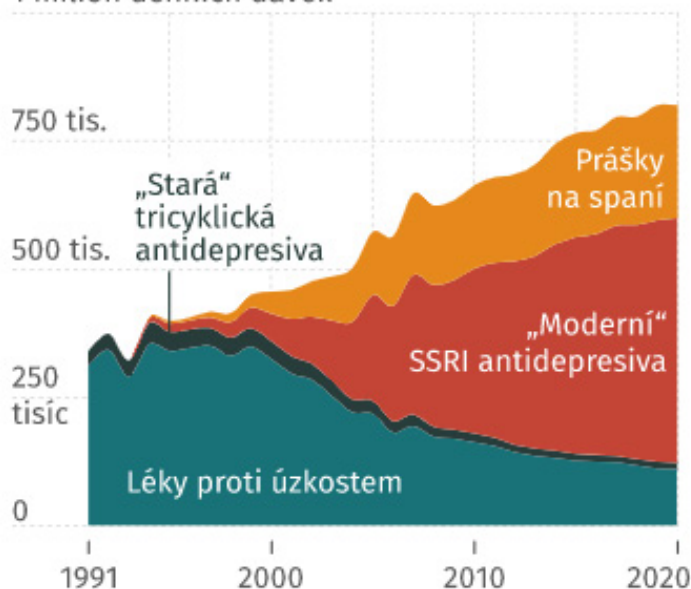
● Starší generace

● Novější léčiva

ANTIDEPRESIVA

Typická indikace: úzkosti, deprese

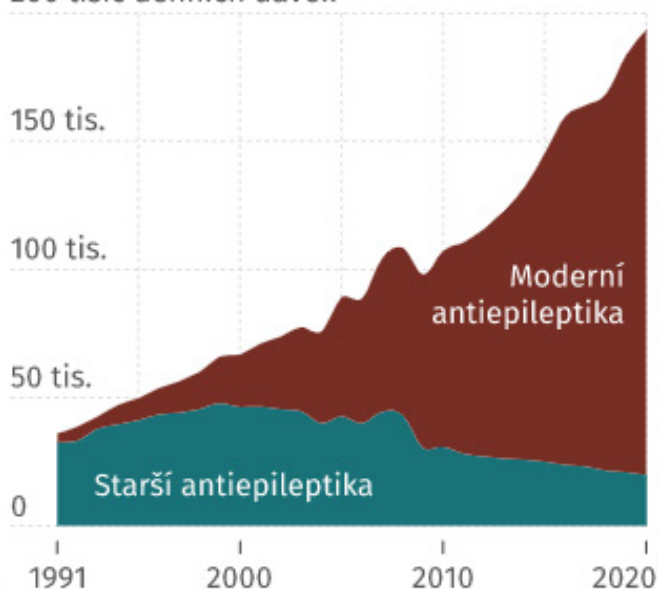
1 milion denních dávek



ANTIEPILEPTIKA

Typická indikace: epilepsie, bipolární afektivní porucha

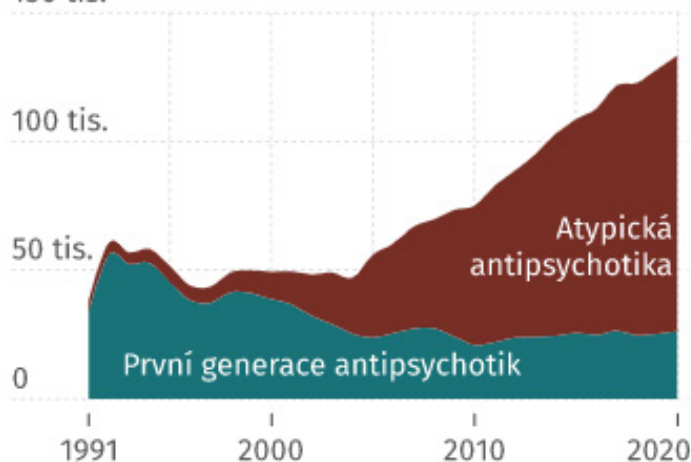
200 tisíc denních dávek



ANTIPSYCHOTIKA

Typická indikace: schizofrenie, bludy a halucinace

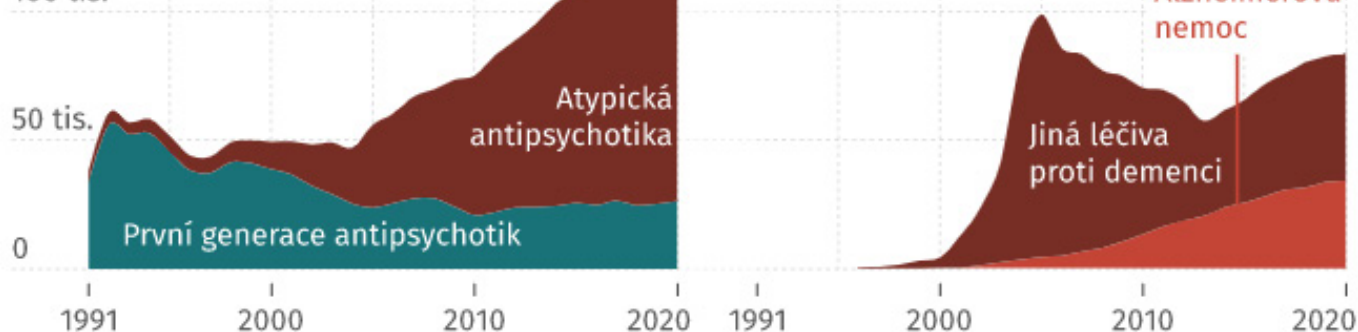
150 tis.



LÉČIVA PROTI DEMENCI

Typická indikace: Alzheimerova choroba

100 tis.



Zdroj dat: SÚKL | Vizualizace: iROZHLAS.cz, Kristína Zákopčanová

Jiný dlouhodobý trend podtrhuje nutnost reformy: psychiatrické ambulance dnes navštěvuje téměř dvojnásobek pacientů než před pětadvaceti lety. Ambulancí ale přibylo jen o třetinu.

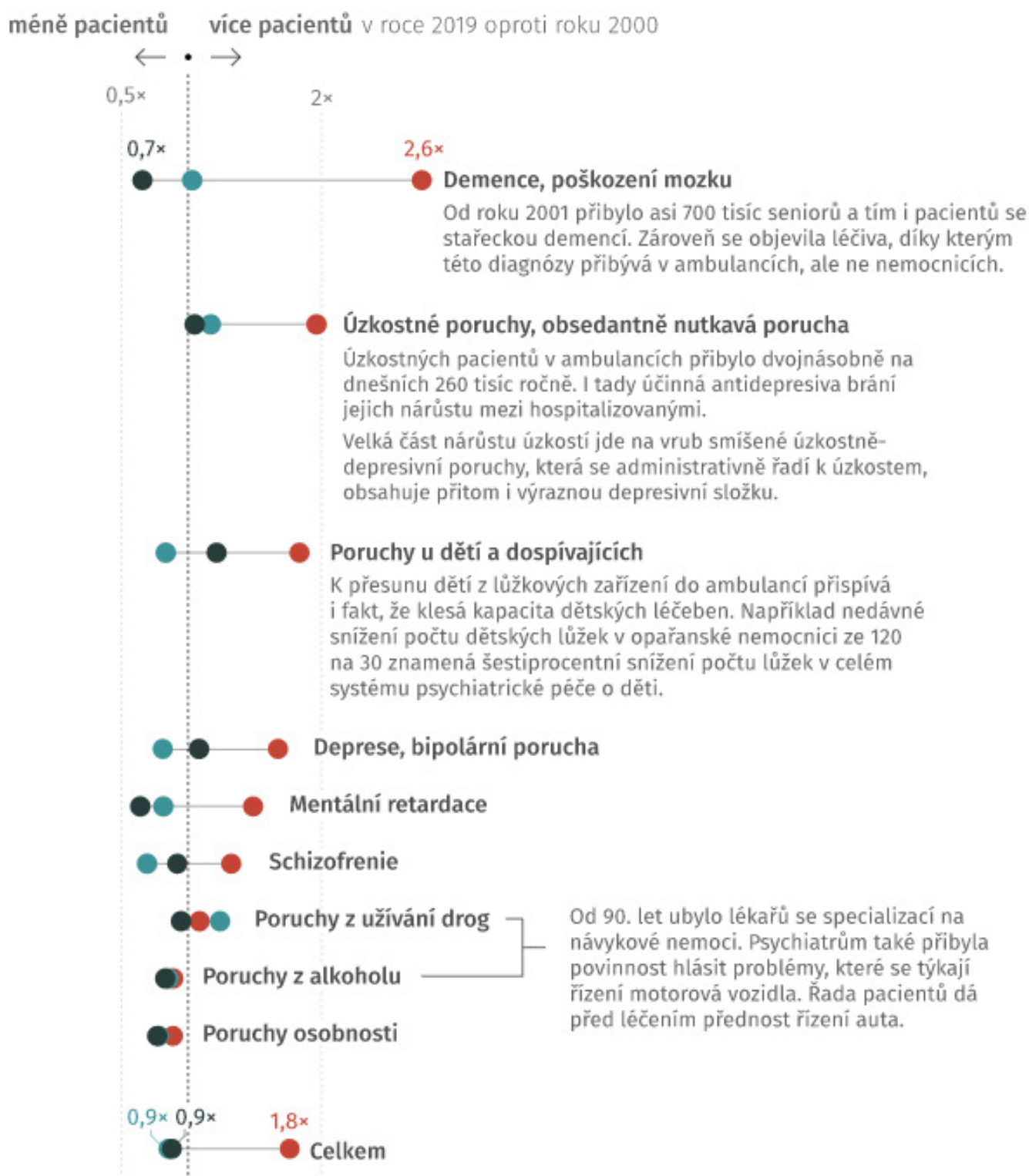
„Ideálně přijmete akutního pacienta na akutní lůžko, kde během krátké doby určíte diagnózu, zahájíte léčbu a ověříte si, jestli má pozitivní působení bez zásadních nežádoucích účinků. Pak by pacient mohl být v řadě případů propuštěn domů, do ambulantní péče. Jenže

pacient je křehký, a hlavně zpočátku potřebuje častější kontakt. Kolegové v ambulancích jsou přitom natolik přetížení, že někde čekáte i tři měsíce. To je špatně,“ zmiňuje Anders důsledky přeplněných ambulančí.

Změna četnosti diagnóz, 2000 × 2019

Za 20 let se počet pacientů ambulančí zvedl z 340 na 640 tisíc, stojí za tím hlavně více úzkostných a depresivních pacientů a Alzheimerova nemoc. Hospitalizací mírně ubylo.

● Psychiatrické oddělení nemocnic ● Psychiatrické nemocnice ● Psychiatrické ambulance



Zmíněné trendy ilustrují obrovskou proměnu psychiatrie v posledních třiceti letech, nové možnosti i výzvy. Svět za plotem se ale příliš nemění.

„Vnitřní uspořádání psychiatrické péče v Česku je nejpodobnější některým zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Od těchto států se však lišíme značně vyšším HDP na hlavu.“

Třetím dlouhodobým trendem jsou změny ve financování. Před reformou u nás byla psychiatrie na okraji zájmu: například v roce 2011, pro který jsou k dispozici srovnatelná data z osmdesáti zemí světa, do ní teklo jen 2,9 procenta rozpočtu ministerstva. V tomto ohledu Česko patřilo mezi rozvojové země. Sousední Maďarsko a Polsko byly na pěti procentech, hůř na tom v Evropě bylo pouze Bulharsko.

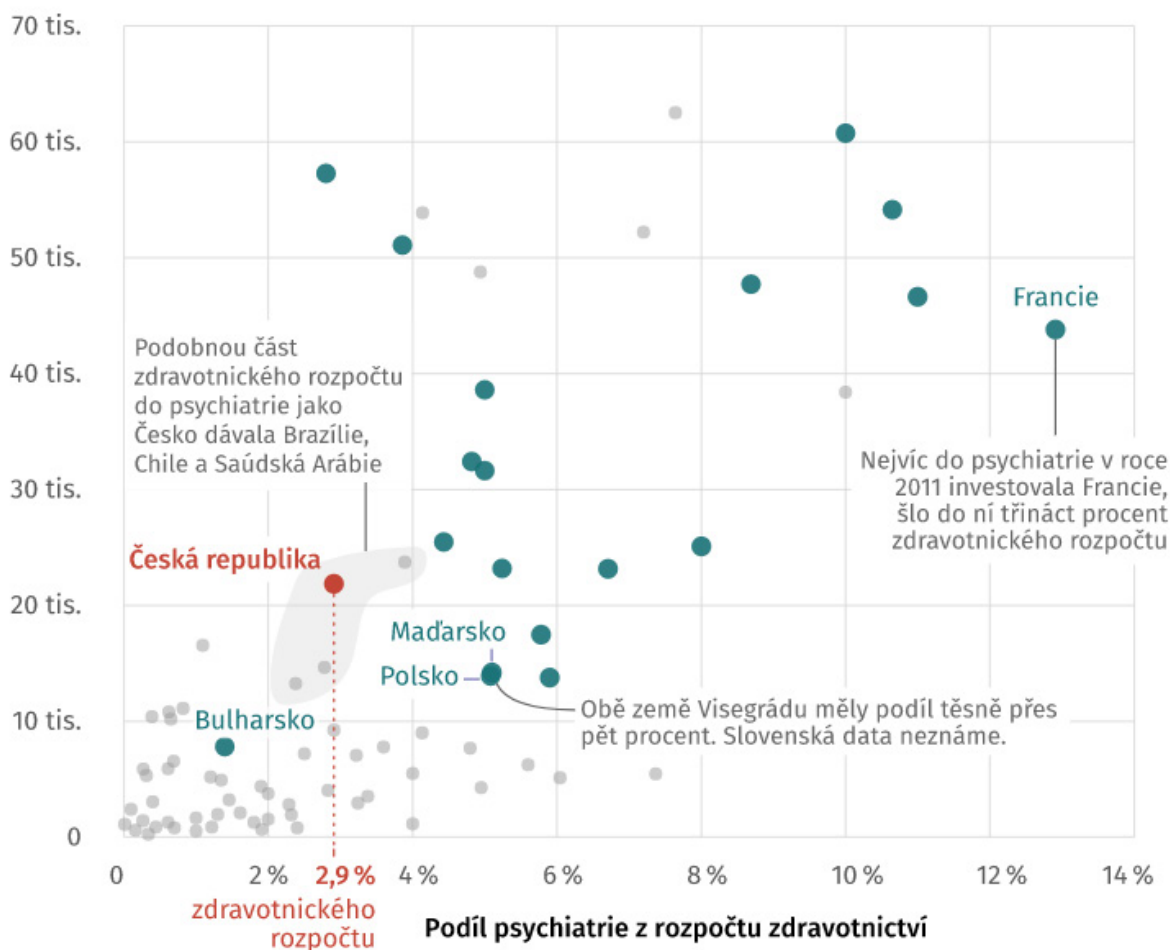
V ukazateli, který měří roky prožité s těžkou nemocí, mají přitom duševní obtíže v české populaci stejnou váhu jako onkologické nemoci. Každá ze skupin odpovídá za 15 procent celkem ztracených let.

Financování psychiatrické péče v Česku a ve světě v roce 2011

Před reformou se Česko s pouhými třemi procenty zdravotnických výdajů, které jsou do psychiatrie, řadilo mezi země třetího světa. S evropskými penězi do reformy podíl vyrostl na čtyři procenta. Řada zemí světa v datech chybí, EU je nicméně téměř kompletní.

● Státy EU ● Zbytek světa

HDP na hlavu (USD)



Vnitřní uspořádání psychiatrické péče v Česku je nejpodobnější některým zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Od těchto států se však lišíme značně vyšším HDP na hlavu,“ dočteme se ve strategii reformy.

Bez úpravy financování je podle psychiatrů změna nemožná. Od počátku reformy přitom k mírnému posunu skutečně došlo, ze tří procent v roce 2011 se česká psychiatrie „vypumpovala“ na čtyři v roce 2015, novější čísla nemáme. Ročně jde do psychiatrie kolem 18 miliard korun, největší část na psychiatrické nemocnice.

K tomu má psychiatrie velkou šedou zónu, do které stát nevidí. Jednak psychoterapii, kterou si z velké části hradí sami pacienti, a také volně prodejné přípravky mírnící psychické problémy.

DESTIGMATIZACE

Jedním ze sedmi cílů reformy je změnit společenské postoje vůči duševně nemocným. „Stigmatizující postoje veřejnosti vedou k tomu, že si spousta lidí problém nepřizná, natož aby šli a vyhledali pomoc. Když se pak dostanou do fáze, kdy by ji potřebovali, raději to odloží, aby se na ně ostatní nekoukali jako na blázny,“ vysvětluje Petr Winkler z NÚDZ, který se tématu předsudků vůči duševním nemocem a duševně nemocným věnuje dlouhodobě.

„Podle našich studií se postoje Čechů vůči duševně nemocným v posledních letech mírně zlepšily, ale nenastal posun ohledně ochoty pracovat, bydlet v sousedství nebo přátelit se s duševně nemocným,“ dodává. Data ze tří průřezových šetření mezi lety 2013 a 2019 potvrzují vliv destigmatizační kampaně: respondenti, kteří se s ní setkali, jsou k psychicky nemocným mírně tolerantnější.

V rámci reformy se tématu věnuje kampaň Na rovinu, která upozorňuje, že duševní problémy jsou běžná část života.

„Chceme, aby lidé vnímali své duševní zdraví, porozuměli mu a uměli si efektivně pomoc, popřípadě si o pomoc umět říct. Tím spíš budou umět pomoci ostatním. I proto by se téma mělo objevovat ve školách,“ pokračuje Winkler.

Podceňování nebo nepochopení duševních problémů se podle něj netýká pouze laiků, ale také zdravotníků včetně psychiatrů.

„Lékaři na nepsychiatrických odděleních často říkají pacientům fráze jako ‚to máte od hlavy‘. Pokud nedokážou bolest svými nástroji diagnostikovat, tak to podle nich není reálná bolest. Myslí si, že ji máte, protože jste blázen,“ dodává Winkler.

Schizofrenie jako první

Co ukázala pilotní etapa reformy

První a zároveň pilotní etapa reformy měla odpovědět, jak bude český systém péče o mentální zdraví reagovat na nový prvek, centra duševního zdraví s terénními týmy zdravotníků. Zároveň se začíná vyjasňovat hádanka, kolik budou centra stát, a zda tedy zdravotnictví skutečně ušetří peníze.

Po krátkém období hájení je dnes v ostrém provozu dvacet CDZ z třiceti, ostatní zatím v pilotním: mají vlastní pacienty, standardně vykazují zákroky pojišťovně. Ty tak mohou srovnat výdaje na typického pacienta, který stojí při tříměsíční hospitalizaci asi 300 tisíc korun, s klientem v domácí péči.

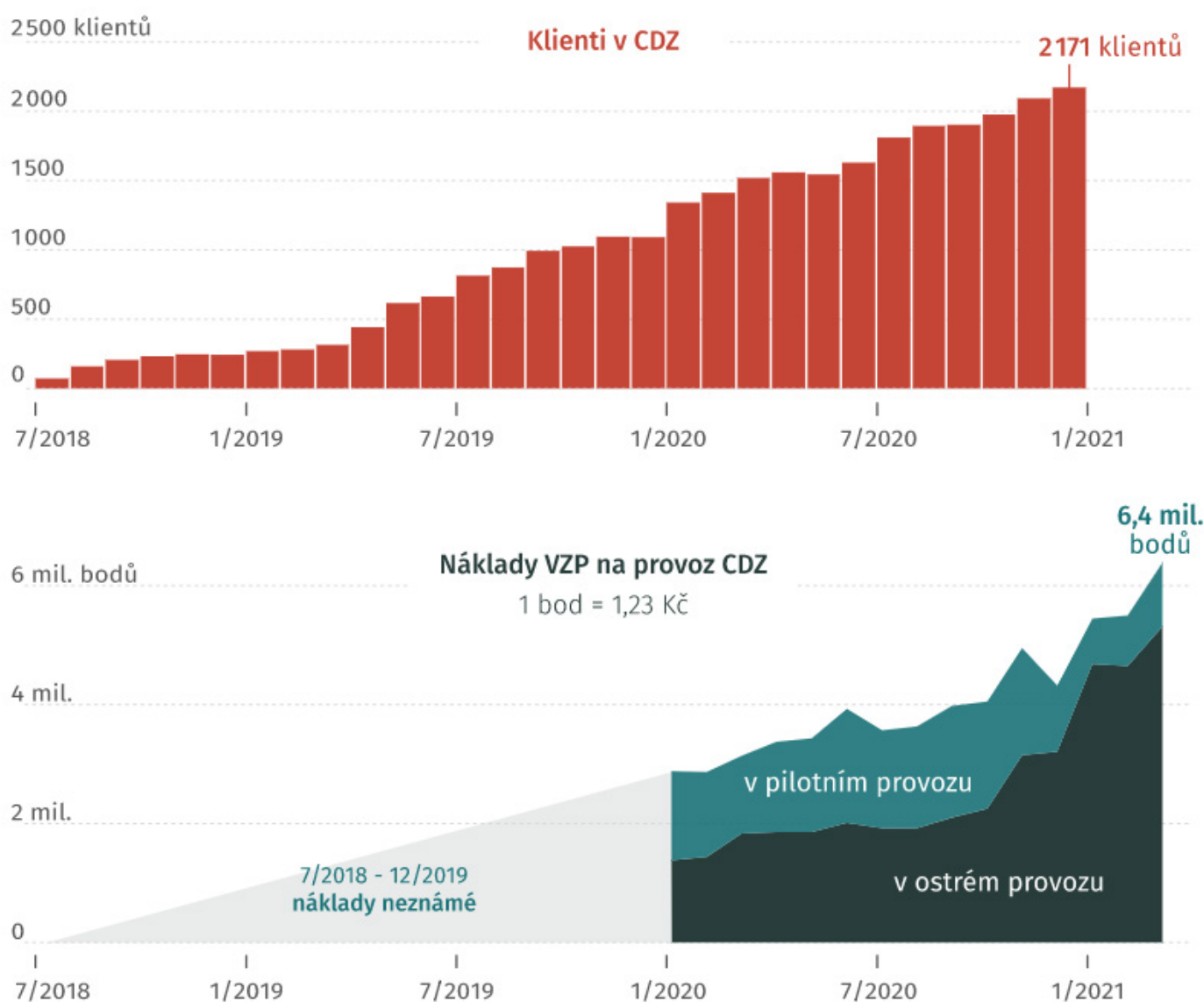
„Náklady jsme iniciálně spočítali na cca 16 milionů na jedno personálně naplněné CDZ, každé dnes má čtyřicet nebo padesát klientů, tak si to podělte,“ zadává slovní úlohu Anders. „Při plném provozu ale můžou mít až 150 nebo 200 klientů.“

Náklady CDZ na pacienta se zatím příliš neliší od případů na lůžku. Při naplněných CDZ se ale podle Anderse změní ve prospěch CDZ.

„Úspora je i v tom, že se pacient nevrací. Vidím to na naší klinice: spolupráce s CDN Podskalí výrazně snížila počet opakovaně hospitalizovaných. Dřív jich bylo třeba padesát, teď máme čtyři. Navíc jsou pobyty podstatně kratší.“

Rozvoj center duševního zdraví v letech 2018–2021

Na podzim 2020 se většina CDZ začala překlápět z pilotního do ostrého provozu placeného pojišťovnou na základě skutečných zákroků v sazebníku.



První etapa reformy měla také otestovat, zda bude péče v domácím prostředí vyhovovat samotným pacientům. Studie NÚDZ proto sledovala několik stovek klientů v péči CDZ během pilotního provozu v letech 2018 a 2019. Jen pětinu z nich tvořili současní pacienti psychiatrických nemocnic, naprostá většina z nich si však hospitalizací prošla v minulosti.

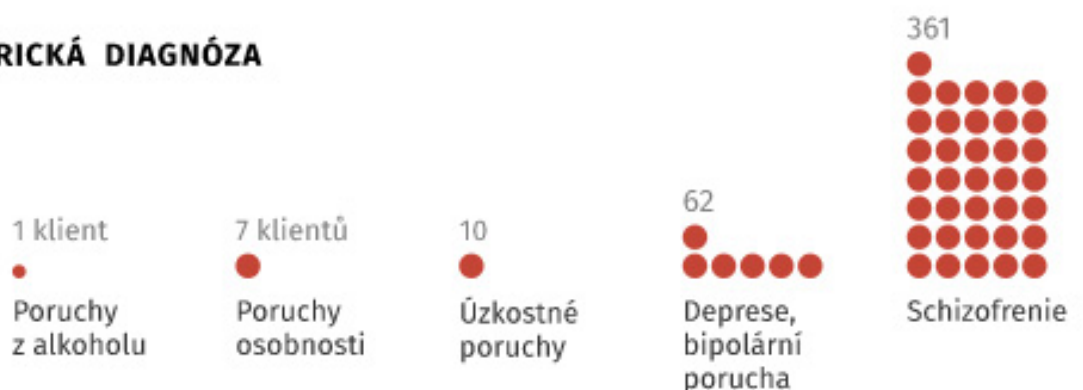
V pilotním provozu si CDZ vybírala pacienty s těžšími diagnózami kromě závislostí. Většina pacientů ve studii měla diagnózu schizofrenie, menší část trpěla depresemi nebo bipolární afektivní poruchou. Jinak šlo o heterogenní skupinu, ať už věkem, pohlavím, vzděláním, délkou dosavadní léčby nebo mírou postižení a schopnosti pracovat.

Klienti center duševního zdraví v pilotním provozu

Většina ze 441 klientů se léčila se schizofrenií, depresí nebo bipolární afektivní poruchou. Pětina se rozhodla spolupráci předčasně ukončit.

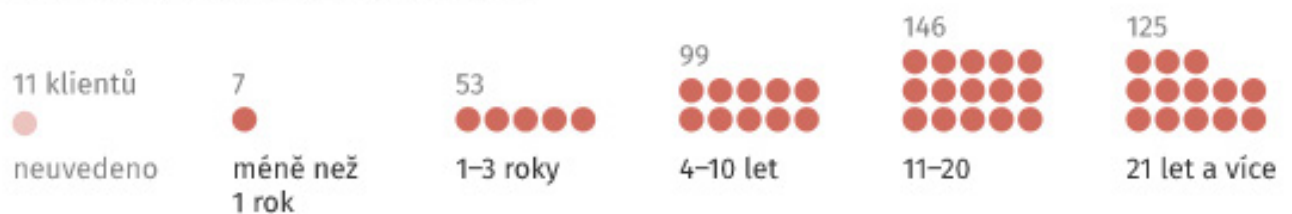
● Jedna kulička reprezentuje deset pacientů

HLAVNÍ PSYCHIATRICKÁ DIAGNÓZA



DÉLKA HLAVNÍ DIAGNÓZY

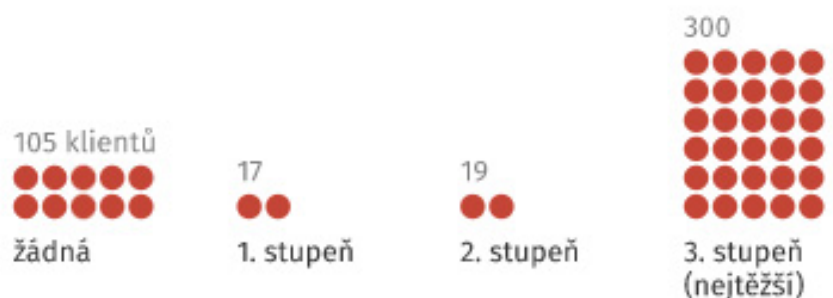
U krátkodobě léčených klientů zabraňují CDZ chronickému onemocnění časnou intervencí.



MÍRA INVALIDITY

Přestože většina klientů má uznanou invaliditu v nejtěžším 3. stupni, příspěvek na péči dostává pouze čtvrtina.

Lékaři upozorňují, že příspěvek se odvíjí spíše od fyzické než psychické soběstačnosti.



PRÁCE

77 klientů



otevřený trh

42



chráněný
prac. trh či
dobrovolnictví

49



starobní
důchod

14



studium

4



rodičovská
dovolená

255



bez pracovní
či dobrovol.
činnosti

PSYCHIATRICKÉ LÉKY

Psychofarmaka užívá 93 procent klientů CDZ, třetina zároveň uvádí vážné vedlejší příznaky.

410 klientů



ano

15



ne

16



není známo

VSTUP DO CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Většina klientů v první vlně přichází z ambulancí. Jen 15 procent z lůžkových zařízení, kterým mají CDZ ulevit především.

176 klientů



Psych.
ambulance

96



Přecházející
klient

68



Psych. lůžkové
zařízení

55



Aktivita klienta
nebo okolí

46



Jiná soc. služba
nebo instituce

KAM MÍŘILI PO UKONČENÍ SLUŽBY

Necelá pětina klientů se rozhodla ukončit spolupráci, nejčastěji odchodem do ambulantní péče.

63 klientů



Psych.
ambulance

18



Nepřeje si
další
spolupráci

6



Zařízení pro
dlouhodobý
pobyt

4



Jiná CDZ

1



Praktický
lékař

4



Úmrtí

12



Jiné

333



Neukončili
službu

„Služby CDZ jsou bezpečné pro veřejnost i jejich uživatele,“ zní hlavní závěr studie pro veřejnost. Žádný z klientů neměl ve sledovaném období násilný incident.

Vstup do CDZ o sedmdesát procent snížil riziko hospitalizace. U pacientů, které výzkumníci sledovali déle, došlo podle studie k podstatnému zlepšení duševního stavu.

Horší zpráva je, že náklady na pacienta se podle této studie příliš nesníží.

„Otázka, zda zavedení CDZ do systému péče přinese ekonomické úspory, zůstává otevřená,“ píše se ve studii. „Náklady na zdravotní část CDZ převýšily potenciální úsporu vzniklou snížením počtu hospitalizací. Z toho lze dovodit, že očekávat rychlé úspory ve zdravotnických nákladech zavedením CDZ není úplně racionální.“

„Psychiatrické hospitalizace v ČR jsou z hlediska přímých nákladů relativně levné a s nízkým ubytovacím standardem. Prokázání prvoplánové nákladové efektivity je proto obtížné pro jakoukoliv alternativu,“ popisuje studie paradoxní situaci.

Domácí péče není pro všechny, část dlouhodobých psychiatrických pacientů zůstane v léčebnách i po reformě. Studie NÚDZ odhaduje, o jakou část jde, a upozorňuje na provázanost zdravotních a sociálních komplikací.

„Psychiatrické hospitalizace v ČR jsou z hlediska přímých nákladů relativně levné a s nízkým ubytovacím standardem. Prokázání prvoplánové nákladové efektivity je proto obtížné pro jakoukoliv alternativu.“

„Problém je nedostatek bydlení,“ navazuje Anders. „Řada lidí, kteří jsou v nemocnici déle než rok nebo dva, absolutně ztrácí kontakt s původním světem. Často nemají žádné prostředky, jsou závislí na systému nemocnice. Tady zdravotníci nezbytně potřebují spolupráci s kraji a neziskovkami.“

Podle analýzy ministerstva zdravotnictví nelze kvůli problémům s bydlením propustit asi čtvrtinu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Proto je také reforma rozprostřená nad řadou dalších resortů – v tomto případě ministerstva práce a sociálních věcí.

„Báli jsme se, aby nemocnice nepropouštěly ty nejzávažněji nemocné, kteří jsou hospitalizováni několik let. Ti jsou často nepropustitelní, mají největší riziko, že v okolním světě selžou. Báli jsme o každý jednotlivý osud, ale také jsme nechtěli, aby odpůrci reformy mohli argumentovat: ‚podívejte se, stal se z něj bezdomovec, tady ji máte, tu svou reformu,‘“ dodává psychiatr.

Do roku 2029 proto mají obce pro duševně nemocné uvolnit byty o kapacitě 3000 míst. Strategie zmiňuje modely sociálního bydlení, housing first nebo spolupráci s realitními makléři, ale předem na ně nerezervuje žádné peníze – vše se má financovat ad hoc, případně využít stávající bytový fond obcí. Ty ovšem mají o sociální byty spíš nouzi.

Nejde ale jen o pacienty, změna se dotýká i lékařů. Pilotní etapa od nich sklidila vlnu kritiky.

„CDZ nedělají, co jsme čekali,“ popisuje spolupráci brněnský ambulantní psychiatr. Sám provozuje ambulanci s rozšířenou péčí a některé své pacienty svěřil právě do péče lokálního centra.

„Od terénního týmu jsem například čekal, že bude flexibilnější, že když budu mít akutního pacienta o půlnoci, můžu jim ho předat a CDZ začne péči o něj řešit v rámci hodin. Ve skutečnosti reagují od osmi ráno do pěti odpoledne a často až po pár dnech. Takže když mám třeba pacienta, který nepřišel na injekci, nebo dostanu od rodiny informaci, že se horší jeho zdravotní stav a on nechce přijít na kontrolu, je potřeba reagovat rychle. V tomhle se na CDZ nemůžu spolehnout. O původně plánovaném režimu služeb CDZ 24/7 si můžeme nechat zdát.“

Popisuje i zkušenost kolegy, kterému sociální pracovník terénního týmu bránil akutně hospitalizovat pacienta s psychotickou atakou s argumentací, že právě hospitalizacím má CDZ předcházet.

„Přitom při akutních epizodách, sebevražedných myšlenkách, nedejbože násilných sklonech to často bez úvodní krátké hospitalizace nejde,“ doplňuje psychiatr. „Dnešní CDZ znamenají víc sociální práce a méně psychiatrie, to ale není vždycky dobře.“

V dlouhém rozhovoru popisuje řadu dalších problémů: není jasné, který z psychiatrů při spolupráci ambulance s CDZ nese za pacienta právní odpovědnost. Část lékařů nese nelibě, že podle nového sazebníku plateb dostanou ambulantní psychiatři hůř zapláceno. A hlavně, architekti reformy ji podle jeho názoru málo vysvětlují. „Kdybyste mi nezavolal, mám pocit, že reforma umřela,“ říká.

„Jsem pro reformu, tohle můžou být porodní bolesti,“ dodává psychiatr. „Teď jsou psychiatři rozdělení na dvě části, většina je proreformní, část naopak výrazně proti, vnímají to jako ohrožení. Pokud se tyhle problémy nebudou řešit, může se protireformní skupina rychle rozšířit.“

Sledujte peníze

Jak se proměňuje systém plateb za pacienta

Strategie je jedna věc, finance druhá. Princip follow the money – sledujte tok peněz, když chcete pochopit chování systému – je u reformy psychiatrické péče zvlášť výmluvný.

Rozhodujícím faktorem, který určuje podobu systému, jsou platby za pacienta. Dosud měla na výslednou podobu nejsilnější vliv platba přibližně dvou tisíc korun za každý den pacienta na lůžku následné péče, psychiatry někdy interně označovaná „hektarový výnos“. Tu se nyní reformní tým pokouší upozadit a zdůraznit terapeutické výkony. Dosavadní stav vadí i pojišťovně – VZP každoročně v platbách za následná lůžka utopí polovinu peněz do psychiatrické péče.

„Každý den dostanete za hospitalizovaného pacienta okolo dvou tisíc korun. Je jedno, a teď se nechci nikoho dotknout, jestli nemocnice nabízím svým klientům propracovaný, strukturovaný program, věnuje se rehabilitaci, nebo nemocní posedávají většinu dne na chodbě oddělení,“ vysvětluje Anders a dodává, že dle názoru řady odborníků je tohle jedna z příčin, proč systém české psychiatrie stagnuje.

Dlouhodobá lůžka mají být z velké části nahrazena akutní péčí, kdy po krátkodobé intenzivní hospitalizaci většina pacientů směřuje do CDZ v blízkosti jeho domova.

„Doteď víceméně platilo, že psychiatrické nemocnice mají převážně lůžka následné péče a psychiatrická oddělení lůžka akutní péče. Tohle pravidlo se teď začíná měnit, součástí transformace nemocnic je doporučení, aby se následná lůžka měnila na akutní a došlo tak k legalizaci současného stavu,“ pokračuje psychiatr.

„Nedostatek akutních lůžek je u nás tak palčivý, že sanitka často objíždí s akutním pacientem špitály, dokud ho někde nevezmou, i když tam třeba mají jenom následnou péči.“

Aktuálně má v Česku akutní psychiatrická lůžka dvacet ze dvou stovek všeobecných nemocnic. Do roku 2030 by se podle plánů měl počet akutních lůžek proti dnešním 1366 zdvojnásobit. Lůžek následné péče má naopak zůstat méně než polovina, z dnešních 8618 se chce ministerstvo dostat na méně než 4100.

„Nedostatek akutních lůžek je u nás tak palčivý, že sanitka často objíždí s akutním pacientem špitály, dokud ho někde nevezmou, i když tam třeba mají jenom následnou péči,“ popisuje problém Anders. „Takže i přes to, že nemocnice ve skutečnosti poskytovaly akutní péči, tak plátcům ji účtovaly jako následnou péči. Takže jej pak vykážou a dostanou za něj zaplacené jako za následnou péči. To je paradoxní, protože akutní péče má odlišný personální standard.“

„To jsme teď změnili. Akutní péče je hrazená podle CZ-DRG (sazebník zákroků v celém zdravotnictví – pozn. red.) a je tak přirozený tlak pacienta efektivně vyšetřit a léčit, pobyt přes měsíc už se zařízení moc nevyplatí. Pokud máte velmi vážně nemocného pacienta – trpí těžkou depresí nebo schizofrenií a potřebuje třeba elektrokonvulzivní léčbu – tak za něj může pojišťovna uhradit i přes sto tisíc korun, ale musíte naplnit takzvané kritické výkony a intenzivně jej léčit.“

Podle něj se systému lépe daří na psychiatrických odděleních běžných nemocnic. Naopak v psychiatrických nemocnicích s převahou následných lůžek, kde je úzus hospitalizovat pacienty dlouhodobě, se příliš neuchytil.

„My překládáme z kliniky o 120 lůžkách (Psychiatrická klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze – pozn. red.) na následnou péči do Bohnic sedm až deset procent pacientů. Některé léčebny převáděly na následnou péči až sedmdesát procent pacientů, které přijaly na akutní lůžka. Jak je to možné? Nechcete mi přece říkat, že Praha 1, 2, 3 a 10 má jiné obyvatele a jiné duševní nemoci než zbytek Česka. Podle mě hraje roli vnitřní nastavení procesů nemocnic a dlouhodobě zažitá klinická mentalita,“ dodává.

Navzdory tomu se systém mění: VZP letos podle Duškova očekává o polovinu vyšší nárůst úhrad v akutní psychiatrické péči než před dvěma lety. To je žádoucí vzorec, akutních lůžek má podle architektů reformy přibývat.

Už to bude dobré

Cíle reformátorů pro další etapu

Strategie reformy dostala obrysy v roce 2013, pak se ale kvůli nedostatku peněz zakuklila a čekala na lepší podmínky. Ty nastaly až v roce 2017 s novým obdobím několika evropských programů; na první fázi reformy z Bruselu přiteklo 2,5 miliardy korun. Z nich se zaplatily nebo zaplatí transformační plány, osmnáct měsíců pilotního provozu CDZ, ale také rekonstrukce sedmi současných psychiatrických nemocnic.

Investice do léčen, které symbolizují minulý systém péče, je sice na první pohled nesystémová, ale nutná: většina je v dezolátním stavu a i kdyby se podařilo českou psychiatrii proměnit v rekordním čase, provozuschopné psychiatrické nemocnice budou potřeba další desítky let.

Evropské dotace reformu nastartovaly. Počítá se s nimi také v dalších letech, tentokrát už ale nestačí. V novém období bude třeba nastavit systematické financování ze státního rozpočtu.

„Uvidíme, co nová vláda. My teď hledáme, kam mají jít peníze z dalšího programového období, aby doplnily současný systém. Ale rozhodovat budou lidi, kteří nemají s psychiatrií nic do činění, a úplně na závěr Evropská komise,“ naráží Anders na unijní část peněz. „Duševní zdraví má být jednou z priorit našeho předsednictví EU.“ Radě EU budou Češi předsedat v druhé polovině tohoto roku.

Plány reformy počítají se zvýšením nákladů na psychiatrickou péči z veřejného zdravotního pojištění z 13,7 miliardy korun v roce 2015 na 15 miliard v roce 2029. Zároveň mají náklady v letech 2020 až 2030 růst o 250 milionů korun ročně. Je evidentní, že nemůže platit obojí zároveň. Správnou odpověď neznáme.

„Pokud se záměrů v oblasti duševního zdraví nechopí ve větší míře také jiné resorty než ministerstvo zdravotnictví, reálně hrozí, že Česká republika nebude schopna dostát uvedeným předběžným podmínkám se všemi důsledky, které to pro její čerpání z Evropských sociálních a investičních fondů znamená.“

První fáze reformy napověděla, v kterých oblastech stačí jenom uhladit půdu hrabičkami a kde bude potřeba kopnout hlouběji. Jednou z hlavních překážek je nefunkční komunikace mezi resorty, které se reformy účastní: vedle ministerstva zdravotnictví je to ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo školství, ministerstvo pro místní rozvoj, samozřejmě ministerstvo financí. „Resortismus“, tedy izolace ministerstev, zkomplikoval řešení covidové nákazy. U reformy je riziko o to větší, že vyžaduje cílené soustředění několika ministerstev po několik let.

Řešení hledá nová strategie, Národní akční plán pro duševní zdraví. Sedmdesátistránkový dokument prodlužuje – a v mnoha bodech také zpřesňuje – reformní plány až k roku 2030.

Izolaci ministerstev překlenuje vytvořením Rady vlády pro duševní zdraví. Víc než dvacetihlavý orgán vznikl už v říjnu 2019 a diskutují v něm zástupci sedmi resortů plus důležité figury především ze zdravotních pojišťoven.

„Pokud se záměrů v oblasti duševního zdraví nechopí ve větší míře také jiné resorty než ministerstvo zdravotnictví, reálně hrozí, že Česká republika nebude schopna dostát uvedeným předběžným podmínkám se všemi důsledky, které to pro její čerpání z Evropských sociálních a investičních fondů znamená,“ varuje reforma. Oním důsledkem je možnost, že Češi evropské peníze prostě nedostanou. Slovíčkem reálně autoři polohlasem naznačují, že situace je vážná.

Jinak ovšem nový plán neustupuje od původních záměrů:

- Přesouvat duševně nemocné do domácí či komunitní péče. V roce 2029 má být poměr financí pro komunitní a lůžkovou péči 60:40.
- Přidávat akutní lůžka a rušit dlouhodobá, z dnešního poměru 15:85 na vyrovnanější 40:60.
- Zřídit zbylých sedmdesát CDZ.
- Rozšiřovat ambulantní péči o ambulance pro děti a dorost nebo adiktologické ambulance a podporovat ambulance s rozšířenou péčí.
- Vybudovat čtrnáct krizových center pro oběti genderového násilí a pro prevenci sebevražd.

Pilotovat se mají čtyři krizová dětská pracoviště.

- Rozvinout komunitní péči pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou, vzhledem ke stárnutí populace čím dál významnější duševní nemoci.
- Provést legislativní analýzy a změny, které umožní ratifikaci mezinárodních úmluv zavazujících se k plnění základních lidských práv, například nastavit časový limit pro použití omezovacích prostředků na nejvýše dvanáct hodin, které je dnes pouze doporučeno, ne povinné.

Reforma je čtyři roky po svém startu pro řadu psychiatrů daleko na obzoru, pro veřejnost většinou neviditelná. Od výkřiku „blázni, domů“ je ke změně celého systému daleko. Něco se ale přece jenom děje už teď: terénní týmy už mají plnohodnotné klienty, pojišťovny testují nové financování.

Jenže vedle deinstitucionalizace je stejně podstatná destigmatizace. Dokud se Češi budou zaklínat, že oni jsou přece normální a k psychologovi či psychiatrovi by v životě nešli, dokud se budou bát duševně nemocného souseda, protože „je divnej“, bude mít celá reforma kouli na noze.

Naštěstí máme dobrou zprávu zabalenou ve špatné: těch, kteří se s psychickými problémy léčí, je rok od roku víc. Svědčí o tom, že se Češi učí postavit duševním problémům. A od vlastních už není tak daleko k cizím.

Jan Boček, Anna Košlerová, Kristína Zákopčanová