

Úvodník

Česká a Slovenská psychiatrie 2011; 5: 225

Dovoluji si zareagovat na Úvodník 5. čísla letošního ročníku České a slovenské psychiatrie, který napsal vedoucí redaktor MUDr. Martin Anders, Ph.D. Týká se dle mého názoru důležitého tématu, totiž návrhu tzv. personální vyhlášky. Ten se jako celek stal předmětem tvrdé kritiky ministerstva na nedávno proběhnuvším sjezdu ČLK (více v posledním čísle Tempusu). Jak píše autor úvodníku, „povinnost zaměstnávat zdravotní sestru nebo zdravotního asistenta nebyla dosud žádnou formou vyhlášky vyžadována“ a tato povinnost není zakotvena ani ve zmíněném návrhu.

Nerad bych, aby mé další řádky vyzněly dle přísloví, že potrefená husa zakejhá. Pracuji jako ambulantní psychiatr 28 let, z toho 14 let oficiálně (a předtím fakticky) jako psychoterapeut.

Již v dobách minulého režimu, kdy jsem zdravotní sestru v ambulanci mít musel, jsem ji vůbec nepotřeboval. Technicky to na tehdejších pracovištích (dvě ambulance na okresní poliklinice) bylo uspořádáno tak, že pacienti seděli ve společné čekárně, nahlašovali se sestrám ve společné sesterně, ty se jich na nic neptaly, chorobopisy přinášely a odnášely do jednotlivých ordinací a kromě toho vedly evidenci pacientů. To byla prakticky celá jejich pracovní náplň, jen velmi zřídka prováděly tzv. sociální šetření u některých pacientů. Není divu, že už když jsem se privatizoval, vůbec jsem neuvažoval o tom, že bych zaměstnával zdravotní sestru. Už v té době jsem měl notebook a dodnes si všechno dělám sám, včetně běžného úklidu. Abych uklidnil autora úvodníku, čas od času nechám vydělat paní uklízeče při rozsáhlejšímu úklidu (mytí oken apod.). Takže k jádru problému: Velmi ostře bych musel protestovat, kdyby mi kdokoli chtěl tvrdit, že fakt nepřítomnosti zdravotní sestry v mé ordinaci by mohl znamenat sníženou kvalitu mnou poskytované zdravotní péče. Zrovna tak bych musel velmi ostře protestovat, kdyby se měl oficiálně prosazovat názor, „aby na celou situaci nedopatřili ti, kteří zdravotní sestry řad-

ně zaměstnávají“. To je prostě jejich problém; když ke své práci potřebují pomocníka, ať si jej platí. Samozřejmě pak nastupuje otázka platu zdravotní sestry jako kalkulované nákladové složky výkonu. Osobně se této složky milerád vzdám, není to vzhledem k celkové částce kalkulace výkonu taková položka, bez níž bych nemohl existovat. Navíc by se tímto opatřením dosáhlo kongruence právních norem: jestliže není povinnost zaměstnávat zdravotní sestru nebo zdravotního asistenta, pak by logicky částka na jejich plat neměla být nákladovou složkou výkonu. Zdravotní sestra nebo zdravotní asistent by pak mohli být součástí činnosti psychiatrické ambulance (kromě zvláštních definovaných případů pracovišť) jako nositelé samostatných výkonů (např. koterapeut při psychoterapii a jiné), k čemuž by samozřejmě potřebovali příslušnou kvalifikaci.

Tím se dostávám k tomu nejpodstatnějšímu, totiž co a jak bychom měli v rámci ambulantní psychiatrie dělat. Já se cítím být kompetentní vyjadřovat se k těm okruhům problematiky, kterými se ve své praxi zabývám. V oblasti léčby neuróz, tedy úzkostných, depresivních, psychosomatických a podobných poruch, by bylo potřebné konečně uznat, že zatím jedinou skutečně kauzální léčbou je integrativně pojatá dlouhodobá systematická psychoterapie, a usilovat o to, aby bylo co nejvíce psychiatrů, kteří provádějí psychoterapii a případně indikují její provádění u klinických psychologů. V další oblasti, kterou se zabývám v menší části své pracovní činnosti, totiž v gerontopsychiatrii, by se měla prosazovat možnost terénní činnosti specializovaných nelékařských pracovníků (sester nebo asistentů) v oblasti tzv. respitní péče v potřebném rozsahu, hrazené ze ZP nejlépe formou DRG, což by bylo v této oblasti zvláště potřebné. Mimochodem na závěr, kdyby bylo možné poskytovat tuto péči dle mých představ, jen u mých geronto-pacientů by se neuzivila jedna sestra, ale určitě dvě, ne-li tři na plný úvazek. To je ale nejspíš zbožné přání, nebo snad hudba velmi vzdálené budoucnosti.

MUDr. Jiří Berka

referáty o literatuře

Kocer E, Alcelik A, Canan F

Olanzapine intoxication-related transient diabetes insipidus

(Intoxikace olanzapinem spojená s přechodným diabetes insipidus)

Ren Fail 2011; Jul. 22 (online verze před otištěním)

Olanzapin je atypické antipsychotikum 2. generace schválené pro léčbu psychotických poruch a mánie. Účin-

ky intoxikace olanzapinem zahrnují útlum centrálního nervového systému, hypertermii, miózu, tachykardii a ortostatickou hypotenzi. Dříve bylo referováno pouze o jednom případě rozvoje polyurie po předávkování olanzapinu (560 mg). Turečtí autoři (specializované univerzitní pracoviště v Istanbulu) popisují případ, u kterého se vyvinul diabetes insipidus následující masivní intoxikací olanzapinem a po léčbě desmopresinem došlo k návratu do normy.

MUDr. Jaroslav Veselý