

## úvodník

### CO TRÁPÍ VÝBOR PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

Výbor Psychiatrické společnosti (dále Výbor) se v průběhu roku zabývá nebývalým množstvím aktivit. Často nezbyvá čas průběžně seznamovat členy společnosti se všemi dílčími aktivitami, ale snažíme se sdělit alespoň to zásadní ve formě zpráv z jednání Výboru. Ač pro někoho neviditelně, přece jen pokračujeme v mravenčí práci na reformě psychiatrické péče a nacházíme se ve fázi, kdy již existuje jasná, a dokonce velmi detailní představa, jak budou jednotlivé pilíře strukturovány. Nyní se však dostáváme do velmi úzkého hrdla celého procesu, a tím je financování. Pochopitelně nejsložitěji se propracováváme k tomu, jak financovat nový prvek reformního systému, tj. centra duševního zdraví, která by vzhledem k povaze poskytovaných služeb měla být financována jak z prostředků veřejného zdravotního pojištění, tak financí proudících z oblasti sociální sféry. Již byl vytvořen a je „laděn“ standard akutního oddělení lůžkové psychiatrické péče, tak aby mohla být podpořena tato forma psychiatrických služeb. Současně jsme vstoupili do jednání s Nejvyšším soudem ČR, se kterým diskutujeme ožehavou tematiku posuzování nemajetkových újem. Blízkým tématem jsou i jednání s ministerstvem spravedlnosti o systému ochranných léceb a jejich úhrad, které jsou, a vždy byly, nad rámec běžné lékařské péče poskytované v psychiatrických ambulancích a lůžkových zařízeních. Mezitím jsme se pokusili ovlivnit vyhlášku týkající se řídicích průkazů. Ještě lze dodat boj za zachování pedopsychiatrie mezi základními obory a konzultace se Státním ústavem pro kontrolu léčiv týkající se stále častěji zamítaných klinických hodnocení v oboru psychiatrie.

Oblastí, které bych chtěl věnovat největší prostor, je neustále se vracející téma podmínek pro aplikaci rozšiřující se nabídky dlouhodobě působících antipsychotik, o kterých nás opakovaně nutí přemýšlet především tragické případy, které otrásají společností i námi samotnými. Asi nikdo z odborníků nepochybuje, že léčba psychotických poruch a jejich projevů v celém jejich spektru, tj. nejen v psychotických, ale i afektivních a kognitivních oblastech, je nejsložitějším oříškem. Věřím, že je nošením dříví do lesa konstatovat, že adherence k antipsychotické léčbě se ukazuje jako nejdůležitější faktor při vzniku iniciačních stadií relapsu schizofrenie. V porovnání s perorálními antipsychotiky jsou dlouhodobě působící preparáty spojeny s pozitivnějšími celkovými výsledky léčby, redukuje riziko hospitalizace i její délku a prodlužují čas přerušování užívání psychofarmakologické léčby. Z otevřených studií prováděných v ČR vyplývá i to, že u nemocných prakticky zcela redukuje jejich sebevražedné a sebepoškozující chování. V 60. letech minulého století byly na trh uvedeny dlouhodobě působící formy klasických antipsychotik s cílem maximalizace terapeutických výsledků u nonadherentních nemocných nebo u těch s částečnou adherencí k dlouhodobé léčbě. Po zavedení atypických antipsychotik jejich obliba, nejspíše s ohledem na nežádoucí účinky, výrazně poklesla a tento trend dlouhodobě přetrvával, i když výsledky metaanalýz i naturalistických studií prokázaly, že dlouhodobě působící antipsychotika jsou účinnější ve snížení počtů relapsů i v porovnání s perorálními ekvivalenty shodné účinné látky (např. perfenazin).

Jelikož změny struktury psychiatrické péče se nutně odrazí i ve skladbě psychofarmakologické léčby, Výbor se jednoduše rozhodl konstatovat, že na základě medicíny založené na důkazech české i zahraniční doporučené postupy léčby schizofrenie uvádějí možnost použití dlouhodobě působících antipsychotik nejen u pacientů trpících opakovanými relapsy a problematickou adherencí, ale i u nemocných nacházejících se po první epizodě psychotické poruchy nebo u pacientů, kteří tento způsob léčby preferují. V současné době dochází k rozšíření spektra nabídky dlouhodobě působících atypických antipsychotik, a tím se zvýšila možnost jejich využití v běžné klinické praxi. Tyto přípravky v sobě spojují výhody atypických antipsychotik a dlouhodobě působící formy a představují tak způsob zajištěné léčby nejen pro zcela nespolutracující pacienty, ale především pro částečně spolupracující nemocné, kteří mohou formálně spolupracovat s lékařem (tj. docházejí na návštěvy k lékaři a vyzvedávají si předepsaná léčiva),

ale přitom neužívají léčivé přípravky dle doporučení lékaře (pro řadu z nás by bylo překvapením, jaká je skutečnost). Tato forma tzv. nonadherence je obecně v medicínské praxi pro lékaře obtížně zjištělná a projevuje se v různých formách (od nedostatečné kompenzace psychického stavu a jeho kolísání až v konečném důsledku po příčinu relapsů psychotického onemocnění). Při použití dlouhodobě působících forem antipsychotik je tato skrytá nonadherence zcela eliminována. Dle názoru Výboru použití dlouhodobě působících přípravků prokázáním způsobem zajišťuje prevenci relapsů psychotických onemocnění v důsledku skryté nonadherence, snížení počtu a délky rehospitalizací, snížení frekvence výskytu agresivního a suicidálního jednání nemocných osob, ale také absolutní využití léčebného potenciálu aplikované léčby a podstatnou eliminaci významných finančních ztrát pacientem nevyužitých, ale zdravotními pojišťovnami uhrazených léčivých přípravků.

Je dlouhodobě známo, že z hlediska prognózy onemocnění je nejvhodnější zahájit účinnou léčbu co nejdříve po jejím propuknutí, a proto Výbor doporučuje zahájit přípravu úpravy indikačního omezení těchto přípravků tak, aby bylo možné včasné zahájení léčby ve všech indikovaných případech. Avšak současný způsob úhrady dlouhodobě působících antipsychotik je spojený se zvýšenou administrativní a finanční zátěží psychiatrické ambulantní praxe ve srovnání s perorální léčbou a řadu lékařů tento systém odrazuje od plného využití léčebného potenciálu dlouhodobě působících antipsychotik.

Výbor zastává názor, že v reálné praxi preferovaná skupina pacientů trpících schizofrenií, která je jen částečně adherentní k léčbě, zahrnuje převážně pacienty, kteří jsou schopni si v rámci standardní psychiatrické ambulantní péče vyzvednout recept na injekci, stejně tak, jak to činí s recepty vystavenými na perorální přípravky. Zásadním rozdílem je však možnost dokonalé kontroly lékaře nad aplikací léčiva. Pokud se pacient na plánovanou injekci nedostaví, má lékař okamžitou možnost zahájit kroky tzv. včasné intervence s možností odvrácení počínajícího relapsu se všemi negativními zdravotními a ekonomickými dopady, tak jak popisují četné zkušenosti ze zahraničí.

Milí kolegové, pokud byste měli na tuto oblast vlastní názor nebo návrh, jak odpovědným tento princip ještě lépe přiblížit, předem děkuji za každý takový podnět.

Přeji nám všem příjemné babí léto!

*doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., vedoucí redaktor*