

24hodinového webináře, na kterém budou participovat odborníci z celého světa.

Celkově byl program konference hodnocen velmi pozitivně díky nadšení a velkému úsilí a spolupráci

organizačního i technického týmu. Byl dostupný 14 dní po konferenci.

Doufejme, že získané poznatky z konference v naší klinické práci zůstanou natrvalo.

*Za organizační výbor konference
prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.
předsedkyně konference
hana.papezova@vfn.cz*

dopisy

NĚKTERÁ OPAKUJÍCÍ SE MYLNÁ TVRZENÍ A ZAVÁDĚJÍCÍ INTERPRETACE ÚDAJŮ OHLEDNĚ PSYCHIATRICKÝCH NEMOCNIC

V psychiatrické nemocnici v Kroměříži pracuji již více než 30 let a posledních 10 let jsem jejím ředitelem. V rámci diskuze o současné podobě lůžkové psychiatrické péče jsem se v minulých letech opakovaně setkal s tvrzeními a údaji ohledně lůžkové psychiatrické péče, které na základě své mnohaleté zkušenosti považuji za zavádějící či přímo mylná. Obvykle je vyslovují jedinci, kteří buď v psychiatrické nemocnici nikdy nepracovali, nebo zde pracovali jen krátce či před řadou let. Jejich pohled a hodnocení současné podoby psychiatrických nemocnic jsou tímto samozřejmě zkreslené, což však některým z nich nebrání, aby svá tvrzení opakovali, zřejmě z přesvědčení, že pokud něco opakujeme dosti často, stane se to obecně přijímaným faktem, bez ohledu na to, že je tento fakt nepravdivý či zavádějící.

Uvedu několik těchto tvrzení a vysvětlím, proč je považuji za mylná či zavádějící.

Tvrzení 1: Průměrná doba hospitalizace v psychiatrické nemocnici trvá několik let.

Toto tvrzení není přímo nepravdivé, ale je zavádějící. Uvedl je například doc. Anders, jehož si osobně velmi vážím, v rozhovoru v knize Normální šílenství autorů Adély Plechaté a Jiřího Pasze.

Problematické totiž je, jak určujeme průměrnou dobu hospitalizace. Pokud použijeme aritmetický průměr, jak to učinil doc. Anders, pak skutečně vychází průměr trvání hospitalizace v délce několika set dnů, tedy léta. Pokud však použijeme jako hodnocení medián, tedy střední hodnotu doby hospitalizace, pak dostaneme několik desítek dnů, tedy měsíce. V PN Kroměříž byl např. k 1. 1. 2021

aritmetický průměr doby hospitalizace 455 dnů, zatímco medián byl 56 dnů.

Tento rozdíl ukazuje, že aritmetický průměr není vhodným nástrojem popisu souboru pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici, protože doba jejich hospitalizace je rozložena velmi nerovnoměrně – drtivá většina z nich setrvává v PN několik týdnů či měsíců, zatímco velmi malá část zde skutečně setrvává i několik let.

Toto zkreslení osobně nazývám „efekt Billa Gatese“ a ilustruji je na příkladu, že se do běžné vesnice, kde žijí obyvatelé s průměrným příjmem, přistěhuje Bill Gates nebo jiný mnohonásobný miliardář. Pokud poté v této vesnici spočítáte aritmetický průměr majetku jeho obyvatel, vyjde vám, že v průměru jsou zde všichni mnohonásobní milionáři.

Z tohoto důvodu považuji uvádění průměrné doby hospitalizace v PN ve formě aritmetického průměru za chybné, protože vyvolává nesprávný závěr o tom, jaká je zde průměrně dlouhá hospitalizace. V PN Kroměříž to bylo v roce 2020 73 dnů.

Tvrzení 2: Dlouhodobá hospitalizace v psychiatrické nemocnici způsobuje ztrátu sociálních kontaktů v přirozeném prostředí pacienta.

Toto tvrzení vypadá logicky a bývá považováno za zcela nezpochybnitelné. Nikdo totiž nemůže zpochybnit fakt, že pacienti, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické nemocnici, mají velmi málo vztahů s lidmi mimo toto zařízení, nebo dokonce nemají žádné.

Co však toto tvrzení opomíjí, je časová posloupnost ztráty sociálních vztahů a délky hospitalizace. Na

základě svých dlouholetých zkušeností si dovoluji tvrdit, že jedinci, u nichž v důsledku jejich duševní poruchy či závislosti na návykových látkách došlo k narušení či ztrátě sociálních vztahů v jejich přirozeném prostředí, jsou hospitalizováni výrazně déle než jedinci, kteří v době své hospitalizace mají tyto sociální vztahy zachovány. Pokud je tedy přijat k hospitalizaci pacient, který nemá vlastní bydliště, je bez práce a bez příjmu a nemá žádnou rodinu ani přátele, je daleko složitější jeho hospitalizaci ukončit než u pacientů, kteří mají toto sociální zázemí zachováno.

Výše uvedené tvrzení lze tedy obrátit: **Ztráta sociálních vztahů v přirozeném prostředí pacienta způsobuje jeho dlouhodobou hospitalizaci v psychiatrické nemocnici.**

Domnívám se, že lze nalézt příklady pro obě tvrzení a že kauzalita je v tomto případě mnohdy obousměrná, ale s druhým tvrzením jsem se vlastně dosud nesetkal, a proto považuji za nutné poukázat, že je třeba brát v úvahu i tento směr vzájemného vztahu mezi ztrátou sociálních kontaktů a délkou trvání hospitalizace v psychiatrických nemocnicích.

Tvrzení 3: Ve srovnání s ostatními státy EU je v České republice největší průměrná velikost psychiatrických lůžkových zařízení.

Toto tvrzení je samozřejmě pravdivé, ale chybně se z něj vyvozuje, že je to způsobeno tím, že psychiatrické nemocnice v ČR jsou větší než psychiatrické nemocnice v jiných zemích EU, a proto je třeba je zmenšit.

Uvědomil jsem si to při své návštěvě v Nizozemsku, kde je v Eindhovenu psychiatrická nemocnice velikostí srovnatelná s psychiatrickou nemocnicí v Kroměříži. Oproti České republice je však v Nizozemsku téměř v každé všeobecné nemocnici i psychiatrické oddělení s několika desítkami lůžek. Průměrná velikost zařízení se pak samozřejmě počítá tak, že se sečtou všechna lůžka a podělí se počtem lůžkových zařízení.

Například ve Zlínském kraji je pouze psychiatrická nemocnice v Kroměříži s 900 lůžky, takže průměrná velikost psychiatrického lůžkového zařízení v tomto kraji je 900. Pokud by ovšem v každé ze čtyř všeobecných nemocnic v tomto kraji vzniklo psychiatrické oddělení o 25 lůžkách, tak i přesto, že by počet lůžek vzrostl o 100 a počet lůžek v PN Kroměříž by se nezměnil (k čemuž by jistě nedošlo), průměrná velikost psychiatrického lůžkového zařízení ve Zlínském kraji by rázem byla 250 lůžek.

Tvrzení 3 bych tedy doplnil v tom smyslu, že je pravdivé, ale že účinnější cestou ke snížení průměrné velikosti lůžkových psychiatrických zařízení na evropský průměr je vybudování řady menších psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích spíše než snižování počtu lůžek ve stávajících psychiatrických nemocnicích. Pokud vím, za posledních 30 let v ČR nevzniklo ve všeobecné nemocnici ani jedno nové psychiatrické oddělení, naopak jich několik zaniklo.

Tvrzení 4: V psychiatrických nemocnicích jsou pacienti ubytováni na desetilůžkových ložnicích.

Nevím, kdo s tímto tvrzením přišel jako první, ale od té doby se pravidelně opakuje, jako kdyby menší ložnice v psychiatrických nemocnicích ani neexistovaly. Ve skutečnosti je naprostá většina pacientů ubytována

v mnohem menších ložnicích, nejčastěji dvou- až čtyřlůžkových. Pokud ještě někde desetilůžkové ložnice skutečně zbývají, jedná se o nepočtené relikty minulosti, o jejichž odstranění se vedení psychiatrických nemocnic usilovně snaží. Je to samozřejmě podmíněno i rozsahem investic ze strany zřizovatele, tedy Ministerstva zdravotnictví. Ten však nesvědčí o tom, že by pro něj bylo zlepšení ubytovacího standardu psychiatrických pacientů výraznou prioritou.

Tvrzení 5: Léčba v přirozeném prostředí je pro pacienta vždy vhodnější než léčba za hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

Toto tvrzení se neopírá o žádná fakta, je prostým vyslovením názoru, který považuji za mylný. Nebere totiž v úvahu nejméně dvě skutečnosti. Za prvé, pro mnoho duševně nemocných jedinců je prostředí, ve kterém žijí, ať se jedná o úroveň jejich ubytování, zajištění základních životních potřeb, či o kvalitu jejich mezilidských vztahů, natolik stresující, že je přímou příčinou zhoršení jejich psychického stavu. Za druhé je intenzita péče poskytovaná během hospitalizace výrazně vyšší než péče poskytovaná mimo psychiatrickou nemocnici a mnozí pacienti ve stavu akutní psychické poruchy vyžadují nepřetržitou pomoc a dohled, časté úpravy medikace a intenzivní každodenní psychoterapii. I sami pacienti v době zhoršení svého psychického stavu žádají o možnost hospitalizace, protože mají zkušenost, že tím dosáhnou rychlejší úpravy svého psychického stavu.

Tvrzení 6: Čím větší je psychiatrické lůžkové zařízení, tím neosobnější je péče o pacienty.

Ani toto tvrzení se neopírá o žádná fakta a považuji je za zcela nepravdivé. Vychází z mylné představy, že psychiatrická nemocnice představuje jednolitý šedivý kolos s jednotným léčebným režimem, kde se k pacientům přistupuje jako k výrobkům v pásové výrobě, které jsou navzájem zaměnitelné. Ve skutečnosti se psychiatrická nemocnice skládá z desítek oddělení, z nichž každé má svůj vlastní léčebný režim, uzpůsobený tak, aby co nejlépe vyhovoval léčbě určitých typů duševních poruch, na které se dané oddělení specializuje. Léčebný režim na oddělení pro pacienty závislé na alkoholu je tedy zcela odlišný od léčebného režimu oddělení pro úzkostné či depresivní pacienty a ten se zase liší od léčebného režimu oddělení pro léčbu akutních psychotických stavů či pro léčbu demenčních pacientů v pokročilém věku. Na každém oddělení je zcela jedinečné složení terapeutického týmu, a mnozí pacienti si proto domlouvají přijetí na to „svoje“ oddělení, které jim nejlépe vyhovuje a s jehož personálem se znají a mají s ním dobrý osobní vztah.

Tvrzení 7: Čím blíže svému domovu se pacient léčí, tím spokojenější je on i jeho rodina.

I když tomu tak u řady pacientů samozřejmě je, přesto jsou podle mé zkušenosti pacienti ochotni cestovat i na velké vzdálenosti, pokud mají informace, že v některé psychiatrické nemocnici se jim dostane kvalitní péče pro jejich typ psychického problému. Spokojenost pacientů (a jejich příbuzných) se tedy odvíjí spíše od kvality léčebné péče, i když je poskytována ve větší vzdálenosti od jejich

domova, než od blízkosti zdravotnického zařízení. Platí to tak ve všech zdravotnických oborech a nevím, proč by psychiatrie měla být v tomto ohledu výjimkou.

Tvrzení 8: Ubytovací podmínky jsou nejdůležitějším faktorem spokojenosti pacientů s poskytnutou léčbou.

Vnější hodnotitelé kvality péče poskytované v psychiatrických nemocnicích, kteří sem zavítají jen na krátkou návštěvu, se často zaměřují na to, co lze vidět – tedy na počet lůžek na pokojích, počet koupelen a toalet na oddělení, na vybavení oddělení nábytkem, na pořádek a podobně. I když nepopírám, že to vše je z hlediska poskytování kvalitní psychiatrické péče důležité, přesto si dovoluji tvrdit, že pro většinu pacientů jsou tyto vnější faktory až na druhém místě. Na prvním místě rozhoduje o spokojenosti pacienta přístup zdravotnického personálu – jeho ochota, přátelské chování, respekt a zjevná snaha pomoci. Tyto faktory jsou daleko obtížněji hodnotitelné, ale nedovedu si představit pacienta, který by dal přednost komfortnímu oddělení s neochotným personálem před sice poněkud ošuntělým oddělením, ale s personálem ochotným a laskavým.

Tvrzení 9: Většina duševně nemocných se v České republice léčí ve velkokapacitních psychiatrických nemocnicích.

Toto tvrzení opomíjí skutečnost, že v každém okamžiku je hospitalizován pouze zlomek jedinců, kteří se léčí s duševními potížemi. Naprostá většina duševně nemocných jedinců se léčí ambulantně, a tedy ve svém přirozeném prostředí. Pouze v případě, že se jejich duševní stav v tomto přirozeném prostředí zhorší a ambulantní léčba již není dostačující, jsou buď odesláni, nebo sami požádají o možnost hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Zde stráví určitý čas – obvykle několik týdnů až měsíců – a poté se opět ve zlepšeném psychickém stavu do svého přirozeného prostředí vracejí a setrvávají v něm následující měsíce, roky, někdy i desetiletí.

Tvrzení 10: Kvalita života duševně nemocných jedinců nejvíce závisí na možnosti svobodného rozhodování o svém životě.

I když je svobodné rozhodování pro většinu lidí, včetně psychiatrických pacientů, velmi důležitým kritériem kvality jejich života, dovoluji si tvrdit, že není tím nejdůležitějším. Člověk je živočich společenský a kvalita mezilidských vztahů je pro většinu jedinců důležitější než svoboda. Ostatně vyobcování z kmene platilo v minulosti za jeden z nejkrutějších trestů, ač jím svoboda postiženého jedince nebyla nijak omezena. Podle mých zkušeností jsou lidé, duševně nemocné jedince nevyjímaje, ochotni snést omezení své svobody, pokud tím získají bezpečí, zajištění svých potřeb, a především přátelské vztahy s druhými lidmi. Je smutnou skutečností, že mnozí duševně nemocní jedinci jsou natolik osamělí, že pro ně vztahy se spolupacienty a personálem zdravotnických zařízení představují hlavní zdroj uspokojení této základní lidské potřeby. A když si mají vybrat, zda chtějí žít svobodně a osaměle, nebo v do jisté míry omezujícím režimu zdravotnického či sociálního zařízení, ale mezi lidmi, které znají a kteří znají je, volí raději to druhé.

Tvrzení 11: Psychiatrické nemocnice jsou „totální instituce“, kde jsou systematicky porušována lidská práva pacientů, omezovací prostředky jsou zde nadužívány a panuje zde „vězeňský režim“.

Toto tvrzení považuji za zcela nepravdivé, nepodložené žádnými relevantními fakty.

Psychiatrické nemocnice nejsou totálními institucemi o nic více než jiné lůžkové nemocnice a léčebný režim pro pacienty je zde ve srovnání s celodenním ležením v posteli na většině jiných zdravotnických oddělení mnohem pestřejší. Kromě farmakoterapie je zde poskytována individuální i skupinová psychoterapie, arteterapie, ergoterapie, rehabilitace, nácvikové programy, edukační programy pro pacienty i příbuzné, sociální pomoc a také péče o tělesné zdraví pacientů.

Pokud jde o porušování lidských práv pacientů, je pravda, že na psychiatrii jsou někteří pacienti léčeni bez svého souhlasu, ale tuto povinnost ukládá zdravotníkům zákon a je využívána ve prospěch duševně nemocných jedinců. Aby tomu tak skutečně bylo, je zajištěno dohledem soudů, které každý případ hospitalizace bez souhlasu pacienta přezkoumávají. Procento případů, kdy soud rozhodnutí lékaře o přijetí pacienta k hospitalizaci bez jeho souhlasu neschválí, je zcela mizivé, nižší než 1 %. Nevím o tom, že by za dobu mé praxe padl byt jeden soudní rozsudek, kterým by byla psychiatrická nemocnice uznána vinnou, že neoprávněně držela některého pacienta, aniž k tomu byl dostatečný důvod, či že porušila jeho lidská práva.

Zato si dobře pamatuji, jak ministr zdravotnictví odvolal oblíbeného a odborně vysoce uznávaného ředitele psychiatrické nemocnice poté, co se bývalý pacient této PN půl roku po svém propuštění dopustil závažného trestného činu, jak by za to ředitel nesl nějakou odpovědnost.

Pokud jde o omezovací prostředky, tak ty jsou běžně používány na mnoha odděleních různých zdravotnických oborů s cílem umožnit léčbu vážně nemocných jedinců, kteří v léčbě z důvodu svého zdravotního stavu nespolupracují. Ovšem pouze jejich používání v psychiatrických nemocnicích je předmětem zpochybňování a kritiky. Nepamatuji si, že bych se ohledně používání či nadužívání omezovacích prostředků někdy setkal s kritikou zdravotníků pracujících na oddělení neurologie, interny, chirurgie, ARO a dalších.

Použití termínu „vězeňský režim“ v souvislosti s léčebným režimem na uzavřených odděleních považuji za vysloveně urážlivé vůči pracovníkům těchto oddělení, protože implikuje, že cílem jejich práce je omezovat duševně nemocné jedince na svobodě, nikoli poskytovat jim léčebnou péči.

Zpochybnění platnosti výše uvedených tvrzení opírám o své vlastní zkušenosti z práce psychiatra v psychiatrické nemocnici.

Jsem zvědav, zda na základě tohoto textu dojde k tomu, že frekvence používání těchto tvrzení v diskuzi o úloze psychiatrických nemocnic v rámci reformy psychiatrické péče poklesne.

Také očekávám, že se rozvine diskuze, ve které bude pravdivost aspoň některých výše uvedených tvrzení obhajována a moje kritika zpochybňována. Přiznávám, že za významnější budu považovat polemiku od lidí, kteří

pracují v psychiatrických nemocnicích, a proto z vlastní zkušenosti vědí, jak tato zařízení fungují, než od lidí, kteří mají informace o psychiatrických nemocnicích z druhé ruky nebo je vyvozují pouze na základě osobního zážitku.

Je samozřejmě možné, že nedojde ani k jedné z těchto možností. Tvrzení, která jsem označil za mylná či zavádějící, se budou i v diskuzi o psychiatrických nemocnicích objevovat nadále, aniž by se někdo obtěžoval jejich platnost a pravdivost obhajovat.

*prim. MUDr. Petr Možný
ředitel psychiatrické nemocnice v Kroměříži
moznyp@centrum.cz*

POSTAVENÍ PSYCHIATRIE DNES A ZÍTRA

V posledních několika dekadách došlo k obrovskému rozvoji v oblasti medicíny, hlavně v oblasti neurověd, které dostaly do rukou možnost kvantifikovat a vizualizovat strukturální a funkční změny, byl zmapován lidský genom. Byly vyvinuty nové technologie v rámci počítačových věd, umělá inteligence a strojové učení. Vždy existoval příkop mezi teorií a praxí a lze říci, že se tento příkop prohlubuje. Nestačíme dostatečně pružně přenášet nejdůležitější poznatky nejen do reality klinické praxe, ale ani do výuky. Zdraví a vzdělání národa jsou základní pilíře zachování a rozvoje státu. I v době kovidové a postkovidové se musíme snažit o zajištění optimální péče o zdraví tělesné a psychické a vzdělávání na všech úrovních.

SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Uplynula relativně krátká doba, co jsme akceptovali jednoúrovňové atestace, a ukazuje se, že toto řešení nebylo nejlepší. Model dvou atestací byl přirozenější. Lékař po třech letech mohl absolvovat první atestaci a po dalších třech letech druhou, která již zohledňovala zvolené zaměření v oboru. Úroveň znalostí dnešní jedné atestace je na úrovni znalostí bývalé první atestace, a přitom tato je dostačující, aby se lékař po jejím absolvování mohl ucházet o funkční místo a vedoucí pozici. Opakovaně byla vyvíjena snaha zkrátit nezbytnou dobu atestační přípravy, hlavně z finančních důvodů, některé věci však urychlit nelze a finanční ohodnocení mladých lékařů se podstatně zlepšilo.

SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHIATRII

Specializační vzdělávání probíhá na akreditovaných pracovištích. Minimální kritéria pro akreditované pracoviště jsou dána splněním odborných, provozních, technických a personálních předpokladů. Většina pracovišť se snaží

o akreditaci, aby mladí lékaři byli motivováni do zařízení nastoupit a setrvat tam i po dosažení specializace.

Psychiatrie je stále ještě oborem spojeným s nízkou prestiží a stigmatizací duševních nemocí a pacientů. Dalším důvodem nezájmu o psychiatrii je dle úvodníku Richarda Balona publikovaného v Čes. a slov. psychiatrii nedotažená postgraduální výuka psychiatrie v ČR. Uvádí, že specializační výuka na výukových pracovištích často neprobíhá tak, jak by měla. Mladý psychiatr se na mnoha místech jen občas setká se školitelem, dohled nad poskytovanou klinickou péčí a její kontrola jsou často povrchní a formální. Se čtenáři se nepochybně shodneme v tom, že nejde o situaci specifickou pro psychiatrii ani pro výuková pracoviště v ČR, nicméně je to podnět k zamyšlení a zlepšení. Kromě lidského faktoru zde hraje roli nedostatek personálu, částečné úvazky a vzrůstající administrativa. Fakultní nemocnice sice mají dostatek špičkových lékařů a jsou moderně přístrojově vybaveny, ale toto nemusí zákonitě znamenat, že školitel či vedoucí lékař oddělení se nastupujícímu lékaři dostatečně věnuje.

Nedílnou součástí je studium odborné literatury. V oblasti psychiatrie máme tři české časopisy, které se stále méně obsahově, přes původní ambice, liší. V poslední době vychází méně originálních prací, které si jejich autoři šetří pro mezinárodní časopisy, jak vyžaduje akademická kariéra, a více se objevují různé přehledové práce, které většinou píše stejná skupinka psychiatrů. Tyto jsou pro složení atestace výhodné, mladý lékař nemusí ztrácet čas na internetu, aby byl schopen shrnout problematiku z určitého výseku psychiatrie. Nejnovější učebnice psychiatrie zahrnuje některé nové poznatky, které však zatím nebyly zakomponovány do atestačních otázek (vývoj nové klasifikace psychofarmak, farmakogenetika).

CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Celoživotní vzdělávání organizuje Česká lékařská komora (ČLK). K formám celoživotního vzdělávání lékařů patří účast na vzdělávacích akcích, klinické stáže a dny, publikační