

Péče o duševní zdraví v České republice

Zpráva z pracovního setkání, listopad 2014

Dr. Matt Muijen, programový manažer pro oblast péče o duševní zdraví

Regionální úřad WHO pro Evropu

Úvod

Na žádost Ministerstva zdravotnictví České republiky uspořádala Kancelář WHO v České republice v termínu od 18. do 20. listopadu 2014 pracovní setkání.

Cílem setkání bylo posoudit stav péče o duševní zdraví v České republice a poradit se o navrhovaných krocích při tvorbě strategie péče o duševní zdraví.

Setkání se zúčastnili:

Dr. Matt Muijen – programový manažer Regionálního úřadu WHO pro Evropu,

Dr. Martin Hollý – předseda České lékařské společnosti J.E.P.; ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice,

Mgr. Pavel Říčan – ředitel Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví,

Dr. Dana Lupačová – pracovnice odboru mezinárodních vztahů a EU Ministerstva zdravotnictví ČR

Dr. Alena Šteflová – vedoucí Kanceláře WHO v České republice.

Kromě výše uvedených účastníků byli o výsledcích informováni také tyto pracovníci Ministerstva zdravotnictví ČR:

Prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc., náměstek ministra zdravotnictví,

Ing. Olga Laaksonen, vedoucí oddělení evropských fondů,

PhDr. Ivan Duškov, Ing. Ondřej Rudolf, oddělení poradců, analýz a tvorby strategií.

Program setkání tvoří přílohu této zprávy.

Stav péče o duševní zdraví

Služby v oblasti péče o duševní zdraví v České republice jsou stále soustředěny především v psychiatrických nemocnicích. Počet lůžek na obyvatele zde patří k nejvyšším v Evropě (1 : 1000). Ještě markantnější je jejich koncentrace: z celkového počtu přibližně 10 200 psychiatrických lůžek v České republice je jich 9 000 soustředěno v psychiatrických nemocnicích a 1 200 ve všeobecných nebo fakultních nemocnicích. Z 15 státních psychiatrických nemocnic má v průměru každá 500 lůžek, přičemž ve čtyřech největších je to dokonce až 1 000 lůžek na každou z nich. Zařízení o takovéto kapacitě se dnes již v Evropě téměř nevyskytují.

Ceny za hospitalizaci pacienta v psychiatrické nemocnici jsou zde pod evropským průměrem, avšak průměrná délka hospitalizace v takovém zařízení je nepoměrně delší: 153 dní u schizofreniků a 56 dní u lidí s afektivními poruchami. Pro srovnání, ve všeobecných nemocnicích je to 23 a 26 dní, což odpovídá evropskému průměru. Je však nutné podotknout, že nejde o srovnatelné případy a že dlouhodobě nemocní pacienti jsou přijímáni spíše do psychiatrických nemocnic.

V rámci setkání proběhla návštěva Psychiatrické nemocnice Bohnice, která patří v rámci ČR k největším. Nemocnice se nachází v poměrně rozsáhlém areálu na okraji Prahy. Některé občanské iniciativy se snaží o propojení nemocnice s okolním světem tak, aby pacienti nebyli izolováni, pořádají se zde například koncerty, funguje zde kavárna pro veřejnost. Mnohé z jejích pavilonů již nabízejí poměrně přijatelné prostředí. Na odděleních jsou pacienti na pokojích převážně po 4, v několika případech po 10. Oddělení mají prostory pro nejrůznější činnosti, pacienti se mohou procházet v rozsáhlém parku. Není však jednoduché vyhnout se určitým institucionálním rysům nemocniční péče a stigmatizaci spojené s hospitalizací v zařízení takových rozměrů, které poskytuje služby pro velmi rozsáhlou spádovou oblast.

Ambulantní péči zajišťují převážně psychiatři v soukromých ordinacích, ale i v rámci nemocnic. Působí zde přibližně 12 psychiatrů na 100 000 obyvatel, což odpovídá evropskému průměru.

Komunitních zařízení ve veřejném sektoru v současné době působí jen několik a prakticky všechna provozují nestátní neziskové organizace. Důvodem je zřejmě nedostatek investic do infrastruktury, ale především absence prostředků pro financování činnosti jejich týmů.

Nedostatečně funguje také spolupráce mezi soukromým ambulantním sektorem a státními psychiatrickými nemocnicemi. Chybí potřebná komunikace při předávání pacientů z ambulantní do nemocniční péče a naopak. Jisté rezervy jsou i v oblasti rané intervence a tvorby léčebného plánu.

Tyto připomínky potvrzují i statistiky. Ambulantní péči využívá poměrně vysoké procento pacientů, 6 % z celkové populace. 25 % z nich (tj. 1,5 % z celkové populace) trpí duševní poruchou s diagnózou F20 a F30 mezinárodní klasifikace nemocí.

Výjimečným příkladem komunitních služeb ve zdravotnickém sektoru je práce komunitního terénního centra v bohnické nemocnici. V týmu působí 1 lékař-psychiatr, 1 psycholog a 9 sester a jeho služeb aktivně využívá na 90 klientů. Převážná část jeho činnosti je soustředěna v denním stacionáři, ale v případě potřeby jsou pracovníci schopni zajistit i návštěvy u klientů doma.

Tzv. rodinní lékaři se do psychiatrické péče zapojují jen zřídka a neplní ani funkci zprostředkovatelů, tedy těch, kteří by měli pacienty s lehčími typy psychických obtíží nasměrovat do péče specialisty-psychiatra. Jak nám bylo řečeno, lidé s psychickými obtížemi se většinou sami obrazejí přímo na ambulantní poskytovatele péče nebo na nemocnice. Kompetence pracovníků primární péče jsou vnímány jako nedostatečné vlivem nedostatku odpovídající praxe během studia.

Nestátní neziskové organizace a sociální služby

Zdravotnický sektor v České republice poskytuje nemocniční péči nebo soukromou ambulantní péči a sociální sektor sociální služby komunitní podpory a rehabilitaci. Neziskovou organizací působící v oblasti sociální péče je například Fokus.

Navštívili jsme organizaci Fokus v Mladé Boleslavi, která poskytuje komplexní komunitní podporu lidem se závažnými duševním onemocněním. Jedná se o službu na vynikající úrovni, která obtoji ve srovnání s jakoukoli jinou evropskou sociální službou.

Tato organizace nabízí služby sociální péče pro region, kde žije přibližně 100 000 lidí. Zajišťuje pracovní rehabilitaci, ubytování, volnočasové aktivity a podporu pro 200 klientů ročně. Pracuje systémem case managementu a zaměstnává 12 pracovníků: 8 sociálních pracovníků, 2 sestry a 2 odborné terapeuty. Její činnost je financována Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.

Fokus Mladá Boleslav navíc zavedl některé další aktivity, při nichž využívá příležitosti, jež nabízí daný region. Ve spolupráci s automobilkou Volkswagen zajišťuje podporované zaměstnávání a provozuje místní terénní psychiatrický tým na bázi nestátní organizace. Provozuje také 6 bytů chráněného bydlení pro 8 klientů s cílem jejich rehabilitace a sociální integrace.

Určité omezení spočívá v tom, že v jeho týmu nepůsobí lékař-psychiatr. Klientům by prospěla větší integrace zdravotní a sociální péče, která by přinesla i lepší efektivitu pro oba zmíněné sektory.

Navštívili jsme i další pracoviště organizace Fokus v ulici Dolákova v Praze, kde působí 5 sociálních pracovníků a kde poskytují case management 60 klientům. Spádová oblast tohoto pracoviště je stejná jako v případě komunitního terénního centra psychiatrické nemocnice. Vedení obou týmů, jak Fokusu, tak komunitního centra, si uvědomuje, jak velký přínos by mohla mít potenciální užití vzájemná spolupráce, její navázání je však obtížné vzhledem k pravidlům financování a odlišným organizačním pravidlům.

Financování a pobídky

Financování zdravotní péče zajišťují zdravotní pojišťovny. Psychiatrické nemocnice jsou placeny za lůžko a den, zatímco ve všeobecných nemocnicích jsou zavedeny platby na základě DRG skupin. Ambulantní péče je proplácena za každou jednotlivou návštěvu. Tým zdravotní péče v bohnické nemocnici je placen pouze za návštěvy pacientů s diagnózou ICD F2 a F3, tedy s psychotickou a afektivní poruchou. Návštěvy psychiatra v terénu nejsou finančně únosné. Praktičtí lékaři jsou placeni na základě kapítace.

To znamená, že systém motivuje spíše k dlouhodobým pobytům v psychiatrických léčebnách. Komunitní péče není pro nemocnice finančně atraktivní, neboť příjmy z komunitních služeb jsou nižší než příjmy za hospitalizované pacienty. Prevence hospitalizací včasnou diagnostikou onemocnění a jeho včasnou léčbou nebo zkrácení délky pobytu v nemocnici by vedly k rušení lůžek a ztrátě příjmů nemocnic. Cestou ke změně takového systému by mohlo být stanovení kvót pro postupné snižování počtu lůžek a/nebo průměrné doby hospitalizace například o 5-10 % ročně a nabídka financování komunitní péče z uspořené peněz. Úhrada za péči by mohla být změněna na určitou formu DRG systému se zvýšením plateb za ranou intervenci, což by napomohlo rozvoji komunitních služeb, které zkrátí dobu pobytu v nemocnici a také sníží počet hospitalizací.

Pro kvalitu a efektivitu péče by bylo rovněž přínosné rozšíření pracovních příležitostí a zvýšení finanční podpory s cílem integrovat zdravotní a sociální péči určenou pro lidi s dlouhodobými psychickými obtížemi.

Pokud má dojít k rozvoji komunitních služeb, je nutné investovat do infrastruktury. Je třeba vytvořit komunitní centra a nemocnice transformovat do menších klinik zaměřených primárně na krátkodobou péči a zotavení. To by mělo umožnit financování z evropských strukturálních fondů, o které již Česká republika zažádala.

Shrnutí stavu péče v ČR

- V oblasti péče o duševně nemocné v České republice převládá systém velkých psychiatrických nemocnic. Náklady na provoz těchto nemocnic a potřeba udržení počtů lůžek vzhledem k zavedenému systému financování podryvá snahy o rozvoj efektivní komunitní péče o duševně nemocné, která je v současné době odkázána převážně na iniciativy neziskového sektoru.
- Primární péče se dostatečně nezaměřuje na včasné odhalení potenciálních psychických obtíží u klientů. Praktičtí lékaři jsou schopni diagnostikovat a léčit pouze pacienty s lehčími formami obtíží, zatímco pacienty se závažnými formami duševního onemocnění doporučují do péče psychiatrických služeb. To může být způsobeno

jednak nízkou důvěrou veřejnosti v jejich kompetence a jednak nedostatkem podpory poskytované ze strany psychiatrických služeb.

- Ambulantní péči poskytují převážně soukromé psychiatrické ordinace placené ze systému zdravotního pojištění. Ty jsou však nedostatečně napojené na veřejný systém péče o duševní zdraví. Klienti se na ně často obracují sami, což vysvětluje, proč v psychiatrických ambulancích převažují pacienti s běžnými psychickými problémy nad těmi se skutečně závažným duševním onemocněním.
- Systém péče o duševní zdraví je slabý a neúčinný, nedostatečně zaměřený na ranou intervenci a založený převážně na poskytování péče v psychiatrických nemocnicích. U lidí se závažným duševním onemocněním dochází v případě zhoršení zdravotního stavu příliš snadno k hospitalizacím. Služby nejsou schopny zajišťovat ranou péči tak, aby se předcházelo nutnosti hospitalizace či aby mohla být zkrácena doba pobytu v nemocnici, třebaže tato potřeba je zcela zřejmá.
- Přesto již nyní v České republice funguje na velmi dobré úrovni několik komunitních služeb. Pracují však převážně na bázi NNO a jsou financovány ze systému sociální péče. Jejich nevýhodou je, že nemají kapacitu pro léčbu duševních poruch a prevenci jejich zhoršování, neboť nejsou provázány se zdravotnickým sektorem a chybí v nich lékaři-psychiatri a sestry.
- Pracovní síla v oblasti péče o duševní zdraví je v České republice dostačující. Ve srovnání s jinými zeměmi je počet psychiatrů, psychologů i sester na evropském průměru a mají dostatečné kompetence k tomu, aby za předpokladu, že jim bude poskytnuto potřebné školení a praxe, dokázali síť komunitních center vytvořit.
- Klíčovým faktorem pro úspěch takové reformy je schopné vedení. Česká republika prokázala, že takové vedení na všech úrovních má, že má vizi a odhodlání provést nezbytné změny směrem k vytvoření systému péče o duševní zdraví, který bude lépe reflektovat potřeby pacientů.
- Pro vytvoření sítě komunitních center a chráněného bydlení budou nutné jisté investice při současném zachování dostatečného počtu léčebných lůžek v nemocnicích, aby mohla být péče přesunuta z institucionálního rámce ke komunitní formě. To by měla umožnit podpora z evropských strukturálních fondů, o kterou již bylo zažádáno. Investice by měly být podpořeny systémem financování, který bude proplácet přednostně domácí péči a v krajním případě krátkodobou hospitalizaci, spíše než dlouhodobou nemocniční péči.

Doporučení

1. Je třeba sestavit strategii a implementační plán, v němž budou popsány cesty v péči o lidi s psychickými obtížemi, kteří potřebují zdravotní a/nebo sociální péči, a také potřebné zdroje. Tento český model péče o duševní zdraví založený na komunitním systému bude zahrnovat následující složky služeb:
 - a. Primární péče by měla být vstupní branou do systému. S tou se setká většina lidí hned na počátku, klienti s lehčími a běžnějšími obtížemi zde získají přístup k základní léčbě. V případě deletrvajících nebo závažnějších obtíží budou klienti doporučeni do ambulantní péče nebo do péče komunitních týmů. Pracovníci této primární péče budou zapojeni do vytváření strategie duševního zdraví, což se již v praxi osvědčilo jinde.
 - b. Lidé se závažnějším duševním onemocněním, jejichž stav však nevyžaduje hospitalizaci nebo case management, často využívají ambulantních služeb soukromých psychiatrických ordinací, případně také sociální péče. Ambulantní péče poskytovaná systémem státních psychiatrických nemocnic pacientům, kteří po propuštění z nemocnice nepotřebují intenzivní následnou péči, bude moci být přesunuta do dostupnějších otevřených zařízení, jako jsou všeobecné nemocnice nebo komunitní centra.
 - c. Pro lidi, u nichž přetrvává riziko hospitalizace, je třeba vytvořit komunitní týmy s cílem předcházet pobytům v nemocnici, nebo je alespoň minimalizovat a podpořit jejich rychlejší propuštění. Tyto týmy budou poskytovat case management v úzké spolupráci se sociálními službami tak, aby bylo lidem s dlouhodobými psychickými obtížemi zajištěno naplnění potřeb v oblasti financí, bydlení a zaměstnání. Reálně odhadujeme, že na každých 100 000 obyvatel bude třeba vytvořit tým o 8-10 pracovnících.
 - d. Tyto týmy by mohly působit v rámci center, která budou zajišťovat rovněž aktivity zaměřené na možnosti rehabilitace a zotavení pro lidi s dlouhodobými psychickými obtížemi. V těchto centrech nedoporučujeme zřizovat krizová lůžka, neboť to by si vyžádalo neúměrnou zátěž jak finanční, tak časovou pro personál a znamenalo by to odklon od hlavní ideové strategie zaměřené na podporu nezávislého života.
 - e. Nemocniční lůžka jsou nezbytná, ale až jako poslední možnost. Každý systém péče o duševně nemocné potřebuje nemocniční lůžka pro intenzivní léčbu a občasné zajištění bezpečnosti a ochrany. Správně nastavené komunitní služby zkrátí dobu hospitalizace.
2. Zajištění dostupného bydlení a aktivit pro lidi s dlouhodobými psychickými obtížemi a omezeními, také v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, kterou ratifikovala česká vláda. To znamená plánování postupného přesunutí péče z nemocnic do míst, která budou lépe respektovat potřeby a schopnosti klientů. Nutný

je partnerský přístup a spolupráce mezi zdravotním a sociálním systémem a zřejmě také určité rozpočtové přesuny.

3. Do plánování a rozvoje komunitních služeb péče o duševní zdraví je třeba zahrnout rovněž komunitní centra, která jsou v současnosti provozována NNO a jejichž činnost je hrazena z rozpočtu sociálního systému. Pro hladké a efektivní fungování systému péče je nutné zajistit naplnění potřeb lidí s dlouhodobým duševním onemocněním z hlediska jak zdravotní, tak sociální péče, a propojit finanční toky při respektování odlišných formálních požadavků.
4. Vzhledem k tomu, že dobře fungující systém péče o duševní zdraví je založen na sdílených prioritách, vzájemné podpoře a úzké komunikaci, je velmi důležité jednotné vedení, aby se předešlo konkurenčnímu chování a roztržitosti služeb financovaných ze zdravotního systému. Jednotnou strategii a vedení vyžaduje zejména management komunitních služeb a nemocničních lůžek.
5. Bude třeba přehodnotit rozdělení rolí pracovníků a jejich vzdělávání ve spolupráci se školicími institucemi.
6. Systém financování tak, jak je nyní nastaven zdravotními pojišťovnami, nemotivuje k přesunu péče z nemocnic směrem ke komunitnímu modelu, neboť je zde kladen důraz na obsazenost lůžek, která představuje hlavní zdroj příjmů, a ne na efektivní léčebné využití komunitních služeb v kombinaci s lůžky.

Další kroky

Pokud budou uvážlivě využity prostředky z evropských strukturálních fondů, je reforma péče o duševní zdraví v souladu s modely zavedenými a fungujícími v mnoha zemích Evropské unie v České republice reálně uskutečnitelná. Zásadními prvky reformy jsou: jasná vize, vedení, kvalitně vyškolený personál a finanční zdroje, to vše je v České republice k dispozici. Dalším krokem je pak implementace následujícího plánu:

1. Zapojení všech zúčastněných stran, jejich přesvědčení o tom, že je třeba se v reformě osobně angažovat, informace o tom, jaké možnosti a zdroje jim reforma nabízí.
2. Postupná implementace, nejprve v 1 až 2 vybraných regionech, vyhodnocení jejich úspěšnosti a následné zavádění v celostátním měřítku. Nesmí ovšem vzniknout dojem, že jde pouze o jakýsi experiment.
3. Silná a udržitelná politická a profesní podpora, s důrazem na uskutečnitelnost plánu, na doložitelnost jeho výsledků a prospěšnosti pro občany včetně zlepšení přístupu a zdůraznění bezpečnosti reformy.

Podíl WHO:

1. WHO bude i nadále poskytovat organizační podporu.
2. WHO uspořádá na konci února v Londýně workshop, na kterém se hlavní aktéři připravovaných změn z České republiky budou moci setkat s politickými a organizačními lídry, kteří byli odpovědní za průběh reformy, zavádění změn a veškerou související komunikaci v Anglii.

(Překlad: Mgr. Martina Vavřínková)