

Kto sa má postarať o človeka v akútnej duševnej kríze? Po A – ambulantný psychiater? Po B – nemocnica? C je správne. C ako Centrum duševného zdravia.

Prednáška v rámci bloku „Spolupráca ambulantných a lôžkových zariadení“ na Psychofarmakologickom sympóziu v Tatranskej Lomnici 2021

MUDr. Tatiana Magová

Abstrakt:

Úvaha začína popisom fungovania psychiatrickej ambulancie s využitím vlastných skúseností. Autorka je presvedčená, že jednak z organizačne - ekonomických dôvodov, ale aj z dôvodu širšieho konceptu duševného zdravia nie sú psychiatrické ambulancie vhodné na riešenie novovzniknutých akútnych kríz. Rovnako takúto službu nemôžu paušálne poskytovať nemocnice - s výnimkou vopred jednoznačne medicínsky neodkladných stavov.

V druhej časti sa budeme venovať konceptu Centier duševného zdravia (CDZ). Autorka stručne predstaví pozadie ich vzniku v Terste, ktorý je v súčasnosti spolupracujúcim miestom WHO pre výskum a tréning v oblasti duševného zdravia a dojmy z krátkej stáže v r. 2017. Zamyslíme sa nad problémami, ktoré zakladanie CDZ sprevádzali v rôznych krajinách. Autorka predstaví návrh, aký typ CDZ by bol vhodný pre Slovensko a ako CDZ financovať, aby sme sa vyhli „boju o pacienta“ namiesto spolupráce v pacientov prospech. Dôležité je zohľadnenie regionálnych špecifík, využitie už fungujúcich vzťahov a predovšetkým vytvorenie dobrých a jednoduchých možností na spoluprácu medzi jednotlivými zložkami systému starostlivosti o duševné zdravie.

Prednáška:

Vážené kolegyne a kolegovia,

O príspevok do tejto sekcie ma požiadal MUDr. Ján Dúžek na základe ponosy kolegyne z psychiatrickej nemocnice, že ambulantní psychiatri neriešia akútne prípady. Oslovil ma, aby som túto tému spracovala z pohľadu ambulantnej psychiatričky. Skúsím sa na problém pozrieť z viacerých uhlov a ako už vidíte z názvu prezentácie, záverom bude, že podľa môjho názoru nie je na riešenie akútnej duševnej krízy vhodná ani psychiatrická ambulancia, ale rovnako ani nemocnica.

Podme si priblížiť fungovanie psychiatrickej ambulancie (PA). Nasledujúce slová budú venované hlavne kolegom z nemocníc, aby si mohli utvoriť jasnejšiu predstavu. Budem vychádzať zo skúseností z vlastnej praxe – hoci moja ambulancia nie je typickým príkladom. Nachádza sa v Bratislave, kde je veľa iných PA a 3 nemocnice s urgentným príjmom. Je situovaná v bytovom dome a nie v zdravotnom stredisku. Tým pádom ani nečelím tlaku zo strany RZP robiť akútne vyšetrenia. Myslím, že hlavne ambulancie vzdialenejšie od väčších miest, to takto jednoduché nemajú. Ako ďalej vysvetlím, riešenie akútnych duševných kríz v rámci PA nepovažujem za správne. Jednak z ekonomicko – organizačných dôvodov a podruhé preto, že akútna psychická kríza je oveľa širší než len čisto medicínsky problém.

Na slide vidíte ako príklad ordinačné hodiny v mojej ambulancii. Prvá polhodina je každý deň vyhradená pre zhoršených pacientov – ale ide o pacientov, ktorí už do ambulancie chodia. Doobeda je

každý pacient objednaný na presný čas á 15 minút, poobede á 30 minút. Denne mám 1,5 hodiny vyhradený čas pre objednaný prvokontakt. Finančné ohodnotenie zo strany poisťovní je veľmi nízke. Pracujem v ambulancii od leta 2018, viem teda dobre porovnať, že plat ambulantného psychiatra je oproti lekárom v nemocniciach nižší o niekoľko sto eur. Niekedy si verejnosť mylne zamieňa platby od poisťovní s odmenou lekára. Pritom táto platba zahŕňa superhrubú mzdu lekára a sestry, poplatok za nájom a náklady na prevádzky ambulancie. Na rozdiel od praktických lekárov a gynekológov nemáme kapitáciu, sme platení len za výkony. Čiže ak objednaný pacient nepríde, máme finančnú stratu. Riešenie akútnej krízy vyžaduje 1-1,5 hodiny, ale my nemôžeme vyhradiť neplatený čas bez istoty, či niekto príde alebo nie. Druhým aspektom je i fakt, že mnohí ľudia v akútnej duševnej kríze potrebujú skôr psychologickú pomoc alebo sociálnu podporu.

Na základe uvedeného si myslím, že ambulantný psychiater má fungovať ako expert a nie ako krízový pracovník. Riešenie duševnej krízy vyžaduje: okamžitú pomoc, dostatok času, možnosť nasmerovania na vhodnú následnú formu pomoci, neprítomnosť stresu „či sa užívím?“. Žiadnu z týchto podmienok v PA nemáme splnenú.

Ako to vyzerá v nemocniciach? Tu by síce odpadol stres „ako sa užívím?“, ale ostatné podmienky dobrého riešenia krízy tiež nie sú splnené. Samozrejme aj u nás mnohé nemocnice idú nad rámec svojich povinností a dobrovoľne prekračujú svoje hranice smerom k pacientom. Z čias mojich pracovných začiatkov taktom spomínam na Rimavskú Sobotu, Trenčín, Michalovce.

Dostávame sa k mojej odpovedi na otázku z úvodu. Za dobré miesto na riešenie akútnych duševných kríz považujem Centrá duševného zdravia (CDZ), tak ako fungujú v talianskom Terste. To, že takýto systém existuje, som zistila vlastne náhodou počas môjho pôsobenia v Prahe v Bohnicích. Napísala som o ňom špecializačnú prácu a neskôr v r. 2017 som v Terste bola na krátkej stáži. Terstská sekcia duševného zdravia funguje ako WHO školiace centrum. Keď vznikali prvé CDZ v Terste v 80-tych rokoch minulého storočia, nebolo to primárne kvôli riešeniu akútnych kríz. Pôvodne mali vyriešiť veľmi zlú starostlivosť o psychiatrických pacientov v obrovskej psychiatrickej nemocnici. CDZ boli zakladané ako prestupné stanice pred návratom pacientov do domovov alebo do chráneného bývania. Spontánne ale začali hneď fungovať aj ako denné centrá pre pacientov, ktorí neboli hospitalizovaní a začali riešiť aj akútne stavy.

Systém sa postupne vyvíjal a po 40 rokoch sú dnes v Terste hlavnými zložkami systému starostlivosti o duševné zdravie práve 4 CDZ.

Každé CDZ poskytuje: 12 hodinovú pohotovosť, 6 lôžok, denné centrum, výdaj liekov, jedáleň, 4 autá pre mobilné tímy. Spádová oblasť jedného CDZ je 60 tisíc obyvateľov. Platby nie sú za výkony, ale sú paušálne podľa veľkosti regiónu. V rámci pohotovosti funguje nízkoprahovo. CDZ úzko spolupracuje s psychiatrickým oddelením vo všeobecnej nemocnici, slúžia tam rovnakí lekári. CDZ rieši krízu jednak z medicínskeho hľadiska, ale od začiatku sa venuje aj jej krátkodobým a dlhodobým psychosociálnym aspektom. Ide o jeden z mála naozaj funkčných modelov komunitnej psychiatrie.

Nie všade na svete CDZ alebo podobné zariadenia fungujú dobre. Napríklad pri reforme v Británii zaviedli veľké množstvo tímov, čo bolo jednak neprehľadné, zároveň dochádzalo k súpereniu o pacientov s ich násilným premiestňovaním, aby boli naplnené kvóty. Dôkazom o nedobrom vývoji je rastúci počet nedobrovoľných vstupov do nemocníc v Británii.

Naši českí susedia tiež zahájili reformu, ktorej súčasťou sú aj CDZ – ešte je asi príliš skoro hodnotiť, ale úskalím môže byť priveľký dôraz na asertívnu funkciu tímov (s ohľadom na ľudské práva pacientov) a slabá prepojenosť s psychosociálnymi službami (podpora práce a bývania), či slabá spolupráca (prepojenosť) s nemocnicami.

Týmito príkladmi chcem upozorniť na riziko, že aj dobre zamýšľané CDZ, ak bude stáť v systéme osamotené, sa môže stať novým miestom sociálneho vylúčenia.

Sú CDZ Terstského typu v našich podmienkach utópiou?

Nemusí a ani by nemalo ísť o presné kopírovanie terstského modelu. Základnou ideou je poskytnutie komplexnej medicínskej a psychosociálnej starostlivosti, a to v kríze aj následne. A zároveň dobrá spolupráca medzi zložkami systému.

Na tomto slide som zhrnula niekoľko bodov, ktoré považujem za dôležité, aby nové zariadenie komunitného typu dobre fungovalo:

- paušálne financovanie – nie podľa výkonov, ale podľa spádovej oblasti (priamo z ministerstiev zdravotníctva a sociálnych vecí alebo paušál od poisťovní alebo kombinácia, prípadne + príspevok obcí)
- dobrovoľný nábor zamestnancov, motivujúce platy, motivujúce odmeny pre externistov
- spádové oblasti (60 tisíc – 100 tisíc) – podľa potrieb regiónov
- postupný nábeh aktivít, bez násilného „premiestňovania“ pacientov
- doškoľovanie zamestnancov – experti, zahraničné stáže
- tímová práca, denné porady, vyhradení pracovníci pre komunikáciu s ostatnými zložkami systému
- aj ako vysunuté pracoviská nemocníc a liečební

CDZ terstského typu slúžia širokej verejnosti, a to pri zachovaní ľudských práv pacientov. Dôležité je nezabúdať aj na práva pracovníkov v systéme starostlivosti o duševné zdravie a udržiavať ich v rovnováhe. Dobre fungujúce komunitné zariadenie znižuje stigmatizáciu ľudí s duševnou poruchou. Umožňuje prepojenie a vzájomnú podporu duševne zdravých ľudí, ľudí v kríze, pacientov „malej“ a „veľkej“ psychiatrie.

Ďakujem za pozornosť. Ak by ste sa chceli o terstskom systéme dozvedieť viac, tu vidíte odkazy: www.triestesalutementale.it, MUDr. Tatiana Magová: Terstský systém starostlivosti o duševné zdravie (2013).