ABSTRAKTA: PSYCHIATRIE V ČESKÉ REPUBLICE A ZEMÍCH NAŠICH SOUSEDŮ

Klinika psychiatrie a lékařské psychologie LF UP a FN Olomouc ve spolupráci s Psychiatrickým oddělením Vojenské nemocnice Olomouc uspořádaly ve dnech 15.–16. 4. 2005 mezinárodní odborný seminář „Psychiatrie v České republice a zemích našich sousedů“, v hlavním sále VN Klášterní Hradisko v Olomouci. Za účasti 60 psychiatrů z univerzitních psychiatrických klinik z Vídně, Lipska, Hemeru, Grazu, psychiat. odd. nemocnice v Opole a českých psychiatrických pracovišť odezněly odborné referáty o aktuálních otázkách léčby deprese, hyperaktivního syndromu a demencí, o výskytu tretné činnosti mezi duševně nemocnými psychózou, o výživě a stravovacích návycích schizofreniků, o historii psychiatrie v českých zemích a Rakousku, o historii a perspektivách psychiatrického oddělení VN v Olomouci, o umění a psychiatrii, o vývoji ambulantní psychiatrické péče u nás po roce 1989 a o integraci v psychiatrii.

V odpoledních hodinách proběhla paralelní sekce sester za účasti 80 pracovníků z celé naší republiky. Jejich sdělení se týkala léčby psychomotorického neklidu a agitovanosti, použití omezovacích prostředků v psychiatrické praxi a psychosociální rehabilitace.

Při zahájení zazněly hornové sonety v podání členů MFO, po odborném jednání následovala prohlídka Klášterního Hradiska, v podvečer potom exkurze u Engelových varhan v chrámu sv. Mořice a den byl zakončen společenským večerem v prostorách UC UP (Konvikt).

Celá akce proběhla hladce, odborný a společenský program dle hodnocení účastníků byl na vysoké úrovni. Moje poděkování patří všem, kteří se o to zasloužili – tedy především za příkladnou organizaci jak v přípravné fázi semináře, tak i během jeho konání, pracovníkům KS IC UP – paní J. Hýbnerové a ing. J. Pourovi; všem sponzorům, dále Psychiatrickému oddělení VN – prim. MUDr. J. Bilíkovi a vedoucímu ošetřovateli panu Novotnému, vrchní sestře PK FN paní K. Horákové a sestřím H. Fialové, H. Pizúrové a B. Šindelářové.

prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.
Psychiatrická klinika LF UP a FN, Olomouc

Depression und Distress: Zur psychopathologischen Orientierung

H. G. Zapotoczky (Graz – Wien)

Die ätiologische Zuordnung des depressiven Syndroms nach endogenen, somatogenen und psychogenen Ursachen (Kraepelin, 1889) ist heute nicht mehr nachvollziehbar. Befunde und Beschreibungen wie die der „endokratischen Dysthymie“ (Weitbrecht, 1952), der „anankatischen Depression“ (Lauter, 1962) oder des „Typus Melancholicus“ (Tellenbach, 1983) bestätigen „die Erkenntnis einer engen Verflechtung exogener und endogener Faktoren“ (Zerbin – Rüdín, 1968). Heute herrscht weitgehend Übereinstimmung darüber vor, dass ein depressives Kernsyndrom erhebbar ist, das dem Symptommuster einer Major depression entspricht. Die depressive Störung beginnt früher als bisher vermutet, zeigt sich durch subklinische Symptome Jahre früher an, die familiäre Belastung mit dieser Störung spielt eine grössere Rolle, etwa 50% der Depressiven lassen einen bipolaren Verlauf erkennen (Akiskal, 1983, 2002). Als Ursache für Depressionen werden mehr und mehr Stress, Distressfaktoren herangezogen (Holsboer, 2001). Durch Stress – Distress wird das Immunsystem aktiviert – Zytokine stimulieren den Hypothalamus, es wird Corticotropin – Releasing – Hormon freigesetzt, das in der Hypophyse eine ACTH – Ausschüttung bewirkt; ACTH hat eine Cortisolserhöhung in der Nebennierenrinde zur Folge. Im Sinne eines negativen Feedbacks beeinflusst Cortisol die Freisetzung von Corticotropin – Re-

asing – Hormon und Zytokinen, wodurch die aktivierte Stressachse wiederum deaktiviert wird. Bei depressiven Menschen allerdings ist der negative Feedbackmechanismus – sei es genetisch, sei es durch massiven Distress oder durch beide Faktoren gestört, wodurch im Rahmen der Gluco – Corticoid – Kaskade ein Hypercortisolismus resultiert, der verschiedene Stoffwechselstörungen (viszerale Fettanhäufung, Verminderung von Wachstums und Sexualhormonen, Insulinresistenz mit Dyslipidämie, essentiellen Hochdruck, minderte Glukosetoleranz) zur Folge hat.

Fazit: Die Kernsymptomatik der Depression muss klarer definiert werden und die Therapie des depressiven Menschen muss in jedem Fall auf eine Verminderung der Stress – Distressbelastung ausgerichtet sein.

Straftaten schizophrener Erkrankter

Ulrich Trenckmann

In der allgemeinen Öffentlichkeit gelten schizophrene Menschen als unberechenbar und gewalttätig. Handelt es sich bei derartigen Annahmen um bloße Vorurteile oder um ein, zumindest zum Teil begründetes, Realurteil?

Beginnend von der großen empirischen Untersuchung von Böker und Häfner im Jahre 1973 zu „Gewalttaten Geistesgestörter“ bis hin zu den Antistigmakampagnen heutiger Psychiater, versuchen professionelle Helfer Ängste gegenüber psychisch Kranken abzubauen und Vorbehalte zu mindern. Es gibt empirische Untersuchungen, dass eine Untergruppe von 5 oder 10% schizophrener

Erkrankter tatsächlich ein erhöhtes fremdaggressives Gewaltstrisiko hat.

2001 hat Primarius Haller aus Vorarlberg in Österreich in einer 12-Jahres-Katamnese empirisch belegt, dass das relative Risiko schizophrener Erkrankter, in diesem österreichischen Bundesland ein gerichtlich geahndetes Delikt zu begehen, etwa 1,55-fach höher ist, als das der sogenannten Normalbevölkerung. Diese globale Aussage, die sich in ähnlicher Tendenz auch schon bei Böker und Häfner findet, bedarf einer wichtigen Korrektur im Detail:

Das Risiko schizophrener Erkrankter Gewaltdelikte wie gefährliche Körperverletzung zu begehen, ist 3,17-fach höher, als das der Allgemeinbevölkerung. Erschreckend ist die Zahl hinsichtlich vollendeter Tötungsdelikte. Schizophrene Erkrankte haben ein 38,10-fach erhöhtes Risiko einen Menschen zu töten als ein nichtschizophrener Erkrankter aus der Allgemeinbevölkerung.

In einer eigenen Untersuchung wurden 131 Gutachten über schizophrene Erkrankte ausgewertet. Es wurden drei Subgruppen gebildet: Tötungsdelikte, Körperverletzung und minderschwere bzw. allgemeine Kriminalität. Im untersuchten Gesamtkollektiv befanden sich 17,6% der Stichprobe mit minderschweren und allgemein kriminellen Delikten, 22,1% mit Tötungsdelikten und 60,3% mit Körperverletzung. Die drei Subgruppen unterschieden sich in einigen wichtigen Parametern. Schwere Körperverletzungen oder gar Tötungsdelikte wurden von sozial weitgehend desintegrierten und hinsichtlich der Medikation noncomplianten bzw. bei noch nicht diagnostiziert und folglich noch nicht behandelten schizophrenen Erkrankten begangen.

Ein weiterer valider Prädiktor für gefährliche Straftaten wie Körperverletzung und Tötungsdelikte stellt Komorbidität mit Substanzmißbrauch dar. 68,7% der mit Gewalttaten strafrechtlich in Erscheinung getretener schizophrener Patienten hatten bereits vor der Anlaßstraftat für die Begutachtung fremdaggressive Verhaltensweisen gezeigt. Beim Subgruppenvergleich zeigte sich auf hohem Signifikanzniveau, dass Familienangehörige schizophrener Patienten ein noch höheres Risiko haben einem Tötungsdelikt zum Opfer zu fallen, als bloßer Körperverletzung. Professionelle Kontaktpersonen wie Angehörige des medizinischen Personals oder zivilrechtliche Betreuer werden nur in Ausnahmefällen Opfer eines Tötungsdeliktes. Sie finden sich signifikant häufiger als Opfer eines Körperverletzungsdeliktes. Bei den Tötungsdelikten steigt die Zahl der angekündigten Übergriffe auf fast 45% und liegt damit deutlich über dem Durchschnitt für das Gesamtkollektiv von 20%. Körperverletzungen erscheinen aus Opfersicht in 84,5% unvermittelt, während Tötungsdelikte in 55,2% nicht angekündigt waren. Dieser Unterschied zwischen beiden Subgruppen ist statistisch ebenfalls hoch signifikant.

In allen drei Untergruppen, d.h. im Bereich von Tötungsdelikten, Körperverletzungen und allgemeiner Kriminalität fand sich am häufigsten der paranoid-halluzinatorische Prägnanztyp der Schizophrenie. In der Häufigkeit folgten dann Hebephrenie und drogeninduzierte schizophreniforme Psychosen. Eine bedeutsame Untergruppe bilden Patienten mit Paraphrenie, d.h. fixiertem Wahnsystem im Sinne der Paranoia nach Kraepelin. Bzgl. der Diagnose Paranoia/Paraphrenie finden sich deutlich mehr Patienten in der Gruppe Tötungsdelikte im Vergleich zur Gruppe der Delinquenten mit Körperverletzungsdelikten (13,8% versus 2,5%). Auch dieser Unterschied war statistisch signifikant.

37,9% der Patienten in der Gruppe Tötungsdelikte begingen die Straftat im Rahmen der Erstmanifestation der Schizophrenie. Es handelte sich also um undiagnostizierte und folglich unbehandelte Erkrankte. Diese Zahl liegt deutlich über der Häufigkeit der Erstmanifestation im Gesamtkollektiv von 28,2% bzw. über der in der Subgruppe Körperverletzung von 29,1% und über der Zahl in der Subgruppe allgemeiner Kriminalität von 13%. Der zuletzt genannte Unterschied ist statistisch signifikant.

Patienten mit der Diagnose schizoaffektive Störung begehen signifikant häufiger minder schwere Straftaten im Bereich der allgemeinen Kriminalität, sie fallen weniger durch Körperverletzungen oder gar Tötungsdelikte auf.

Faßt man diese Befunde zusammen, so ergeben sich als Prädiktoren für schwere Gewalttaten und Tötungsdelikte bei schizophren Erkrankten: Soziale Desintegration, Fremdaggressivität in der Vergangenheit, fehlende psychosoziale Versorgung, noch nicht erfolgte Diagnostik und Behandlung und das Fehlen einer zivilrechtlichen Betreuung.

Nimmt man die erhobenen Befunde ernst, so besteht sicherlich kein Grund zu einer übertriebenen Vorurteilsbildung, jedoch für Professionelle die Handlungsaufforderung Hochrisikopatienten rechtzeitig zu identifizieren und konsequent zu behandeln. Eine umfassende Schizophrenietherapie ist die beste Gewaltprävention. Insofern finden sich in dieser Aussage auch die Ansätze zur Antistigmaarbeit ebenso wieder, wie ein wissenschaftlich solide begründetes Ernstnehmen von Sorgen und Bedenken, unter anderem der Angehörigen schizophrener Erkrankter, die zumeist im „Falle eines Falles“ auch die ersten Opfer fremdaggressiver Gewalt bei der Dekompensation einer Psychose werden.

„ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) und Sucht“

Dr. med. P. Debbelt
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt der Suchtabteilung, Hemer

Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom ist eine der häufigsten Störungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit einigen Jahren zeigt sich aber, daß durchaus die Störungen mit einer Häufigkeit von ca. 2% auch im Erwachsenenalter noch auftritt. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist weiterhin die hohe Rate an anderen, zusätzlichen Erkrankungen, die gehäuft in Verbindung mit ADHS beobachtet werden, sehr hoch. Zu den häufigsten Comorbiditäten bei ADHS gehört die Sucht. Die Patienten zeigen häufig die Kriterien der Abhängigkeit sowohl für substanzgebundene Süchte als auch für nicht substanzgebundene Süchte wie Sexsucht und Internet.

Der Vortrag geht zunächst auf die Geschichte und Begrifflichkeit des ADH-Syndroms ein, neben der Prävalenzrate und der Klassifikation nach ICD 10 und DSM IV wird auch auf die Diagnostik eingegangen. Die medikamentöse Therapie besteht überwiegend in der Verschreibung von Stimulanzien wie Methylphenidat. Da gerade Patienten mit einer Mißbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik (nach Studien zwischen 15 und 40%) mit diesen Medikamenten nicht behandelt werden können, geht der Vortrag auf neuere Behand-

lungsmethoden und Kasuistik ein, die mit dem Medikament Atomoxetin behandelt wurden.

Kunstprojekte an der Hans-Prinzhorn-Klinik EU-Projekt Spaces to live, Westfälische Ausstellungskooperation, Künstlerische Therapien – Förderung von Kunst schaffenden Patienten
Dipl.-Soz.Päd. Jan Meckler
Hans-Prinzhorn-Klinik, Hemer

Der Arzt Hans Prinzhorn sammelte bereits Anfang des 20. Jahrhunderts Bilder von psychisch erkrankten Menschen. Seine 1922 erschienene Veröffentlichung „Bilderei der Geisteskranken“ ist Wegbereiter für die spätere Benennung und für weitere Sammlungen einer nunmehr eigenständigen Kunstrichtung: Der französische Künstler Dubuffet prägte um 1945 für diese „rohe“ und ursprüngliche Kunst, die meist von sozialen Außenseitern wie psychiatrischen Patienten oder Inhaftierten stammt, den Begriff Art Brut.

Künstlerische Therapien haben im sozialpsychiatrischen Kontext einen wichtigen Stellenwert; in der Hans-Prinzhorn-Klinik ist die Kunsttherapie seit 1988 fest im Therapieprogramm integriert. Kunstprojekte mit und für Patienten, Ausstellungen und Veröffentlichungen von Werken psychiatrischer Patienten steigern nicht nur deren Selbstwert, sie tragen auch zu Austausch und positiver Öffentlichkeitsnähe bei.

Beispielhaft nahm sich ab 2002 ein von der EU ausgeschriebenes Kunstprojekt mit künstlerischen und multimedialen Mitteln der Thematik Psychiatrie und Internet an.

An diesem Projekt beteiligten sich neben der Hans-Prinzhorn-Klinik weitere psychiatrische Einrichtungen aus sechs Ländern wie auch verschiedene Hochschulen und Museen. Neben Ausstellungen in den beteiligten Einrichtungen fanden in Krakau (2003) und in Münster (2005) zwei internationale und gut besuchte Abschlussausstellungen mit Werken aller Projektbeteiligten statt.

Aus der nun abgeschlossenen gemeinsamen Projektarbeit gingen weitere Kooperationen hervor: Ausstellungen wandern durch Einrichtungen, wie der forensischen und der offenen Psychiatrie sowie einer Hochschule für Gestaltung und bewirken in Verbindung mit Workshops und Vernissagen einen regen Austausch zwischen Patienten und Interessierten, dies- und jenseits psychiatrischer Thematik. Hierbei bilden, wie auch schon während des EU-Projektes, moderne Medien ein Forum und Mittel zur Kommunikation und zur Überwindung von sozialer Isolation.

Präferenzen der deutschen Bevölkerung bei der Allokation finanzieller Mittel für die psychiatrische Versorgung

Matthias C. Angermeyer, Georg Schomerus und Herbert Matschinger

Fragestellung: Die Forschung zur Stigmatisierung psychisch Kranker konzentrierte sich bislang vorrangig auf die individuellen Diskriminierung der Kranken, d.h. auf die ablehnende Haltung der Umwelt in der direkten Interaktion mit den Kranken. Einer weiteren Form der Diskriminierung, die nicht weniger wirksam ist, nämlich der strukturellen Diskriminierung wurde hingegen bislang kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Gemeint ist damit die Diskriminierung der Kranken infolge von Ungleichgewichten und Ungerechtigkeiten in sozialen Strukturen, politischen Entscheidungen und gesetzlichen Regelungen. Ein wichtiger Aspekt ist hier die Benachteiligung psychisch Kranker bei der Allokation finanzieller Mittel für die Krankenversorgung und die medizinische Forschung. Im Rahmen von zwei Repräsentativerhebungen bei der deutschen Allgemeinbevölkerung untersuchten wir die Frage, inwieweit die deutsche Bevölkerung zur Diskriminierung schizophrener Erkrankter im Bereich der Krankenversorgung neigt.

Methode: Im 2001 führten wir in Deutschland eine Repräsentativerhebung bei der deutschen Erwachsenenbevölkerung (N=5015) durch, bei der persönliche vollstrukturierte Interviews eingesetzt wurden. Im Jahr 2004 führten wir eine Telefonumfrage bei 1012 deutschen Erwachsenen durch. Bei beiden Umfragen forderten wir die Interviewten auf, aus einer Liste von psychiatrischen und somato-medizinischen Erkrankungen diejenigen auszuwählen, bei denen auf keinen Fall bzw. am ehesten die finanziellen Mittel für die Krankenversorgung eingespart werden könnten.

Ergebnisse: Mit Abstand am seltensten wurden Alkoholismus, Schizophrenie und Depression genannt wenn es um die Erkrankungen ging, bei denen die für die Krankenversorgung zur Verfügung stehenden Mittel auf keinen Fall gekürzt werden sollten. Umgekehrt fiel die Wahl am häufigsten auf Alkoholismus, Schizophrenie und Depression, wenn es um die Kürzung finanzieller Ressourcen ging. Im letzteren Fall war die negative Haltung vor allem durch die subjektive Einschätzung der Schwere der Erkrankung sowie durch die den Kranken gegenüber gewünschte soziale Distanz bedingt.

Diskussion: Unsere Ergebnisse weisen auf die Bedeutung der strukturellen Diskriminierung psychisch Kranker hin. Programme zur Reduzierung des Stigmas psychischer

Krankheit sollten deshalb auch auf diese Form der Diskriminierung ihr Augenmerk richten.

Ernährungsverhalten schizophrener Erkrankter in Deutschland

Anita Holzinger, Christiane Roick, Steffi G. Riedel-Heller und Matthias C. Angermeyer

Fragestellung: Schizophrene Erkrankte haben eine ca. 50% höhere Mortalität als die Allgemeinbevölkerung. Ursache dafür ist nicht nur die erhöhte Suizidrate sondern auch die hohe Komorbidität mit somatischen Erkrankungen. Untersuchungen zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sprechen dafür, dass schizophrene Erkrankte eher zu gesundheitsgefährdenden Lebensweisen neigen als die Allgemeinbevölkerung. Bekannt ist auch, dass die Neuroleptika-Therapie bei vielen Patienten die Entstehung von Übergewicht begünstigt. Kaum untersucht ist dagegen das Ernährungsverhalten schizophrener Erkrankter. Im folgenden werden erste Ergebnisse einer Studie zu diesem Thema vorgestellt.

Methode: 143 ambulant behandelte Patienten mit einer schizophrenen Psychose (ICD-10: F20) wurden zu ihrem Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie ihrem Alkohol- und Nikotinkonsum und zu Körpergröße und Gewicht sowie dem Vorliegen somatischer Begleiterkrankungen befragt. Dabei wurden Module aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEGE) sowie Items aus dem Bundesgesundheitsurvey verwendet, die einen direkten Vergleich mit Daten für die deutsche Allgemeinbevölkerung erlauben. 96 Patienten stammten aus einer kleinstädtischen Region (Plauen) und 47 Patienten aus einer großstädtischen Region (Leipzig).

Ergebnisse: 45.7% der männlichen und 23.9% der weiblichen schizophrener Erkrankten wiesen Übergewicht auf (zum Vergleich die Bevölkerung der Neuen Bundesländer in Deutschland: 44.6% und 31.0%). An Adipositas litten 21.4% der männlichen und 40.3% der weiblichen Kranken (Neue Bundesländer: 21.2% und 23.5%). Schizophrene erkrankte Frauen berichteten signifikant häufiger als die weibliche Allgemeinbevölkerung über Gewichtsveränderungen innerhalb der letzten drei Jahre, vor allem über Gewichtszunahme. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gaben schizophrene Erkrankte an seltener Fleisch, Wurst und Fisch sowie Gemüse und Salat wie auch Kartoffeln und Vollkornbrot zu essen. Umgekehrt konsumierten sie häufiger Nudeln, Bratwürste und ähnlich Würste, gegrillte und geräucherte Speisen. Keine Unterschiede fanden sich bezüglich des Verzehrs von Obst,

Grau- und Weißbrot, Quark und Joghurt, Käse, Kuchen und Süßwaren. Schizophrene Erkrankte nahmen seltener ein Frühstück und häufiger einen Spätmittag ein.

Diskussion: Unsere Ergebnisse sprechen dafür, dass schizophrene Erkrankte von einer gezielten Ernährungsberatung kombiniert mit einer Modifikation des Ernährungsverhaltens profitieren könnten. Dies könnte einen Beitrag zur Primärprävention somatischer Begleiterkrankungen, wie z.B. Diabetes oder Bluthochdruck, darstellen.

Dějiny psychiatrie v českých zemích

Boris Mrňa

Autor informuje o vývoji psychiatrie na pozadí českého zdravotnictví od jeho počátku na přelomu tisíciletí do poloviny 20. století. Všírá si zejména století 18. a 19., kdy došlo k systematické výstavbě psychiatrických ústavů a počátkům výuky psychiatrie na lékařských fakultách.

Českou psychiatrii srovnává s psychiatrií v hlavním městě mocnářství Vídní. Srovnává vývoj ústavů a jejich vedení, počátky výuky psychiatrie, publikační činnost, habilitace učitelů oboru, jejich aktivit, vydání prvních učebnic, založení odborného časopisu, jakož i vzájemných styků a ovlivňování mezi českou a rakouskou psychiatrií.

Závěrem autor soudí, že odborná spolupráce mezi zeměmi v rámci rakouské monarchie byla ku prospěchu rozvoje oboru a uvádí, co bylo vzájemným přínosem pro psychiatrii.

Funkce CNS a poruchy výživy (Percepce – paměť)

J. Mourek

Fyziologický ústav 1. LF UK Praha a Zdrav. soc. fakulta Jihočeské Univerzity, České Budějovice

Jestliže se má vybrat z velmi širokého spektra vztahů výživy a funkcí CNS problematika významově (snad) nejdůležitější, pak je to údobí časné maturace mozku, kdy se nutriční nedostatek či malnutrice projevuje nejzřetelněji s dlouhými – až trvalými – následky. I krátkodobé hladovění, tzv. „předčasné odstav“, chronické hladovění či nedostatek např. nenasycených mastných kyselin řady n-3 ovlivní negativně nejen vývoj organismu jako celku, ale velmi významným způsobem zasáhne do vývoje mozku, tj. do jeho strukturního, biochemického i funkčního vývoje. Jsou postiženi m.j. percepční funkce, jejich přesnost i rozsah a je tedy negativně ovlivněn vývoj vnímání (tzv. ochuzené stimulační pole). Je postižen proces učení, retence či vybavování paměťových stop. Jsou postiženy

i složitější komplexy chování (např. mateřské chování) a je pozoruhodné, že tato deviace je přenosná na potomstvo (experiment). Za významné pokládáme nálezy o tom, že všichni rizikovi novorozenci vykazují nedostatek nenasycených mastných kyselin řady n-3, především kyseliny dokosaheptaenové (DHA-22:6). Tato kyselina je totiž zastoupena v mozku vysokým podílem (20%) a představuje jednu z rozhodujících složek základních vlastností nervových buněčných membrán (fluiditu).

Nedostatek této kyseliny na raných etapách vývoje může negativně ovlivnit vývoj organismu nejen v takových parametrech, jako je zvýšené riziko tzv. metabolického syndromu (diabetes, hypertenze, dyslipidémie, obezita, insuficientní imunita atd.), ale také zvyšuje riziko pro vývoj a vznik deviací v aktivitách CNS s rizikem následné patologie.

Vývoj ambulantní psychiatrické péče po roce 1989 z pohledu ambulantního psychiatra MUDr. Marta Holanová

Po změně politického systému v r. 1989 došlo v rámci společenských změn také ke změně systému zdravotní péče. Zákonnými normami byl vytvořen systém všeobecného zdravotního pojištění, zaručující všem občanům státu dostupnou a kvalitní zdravotní péči v ne přesně vymezeném rozsahu. Z pohledu ambulantního psychiatra, který má zavedenou klientelu a pravidelně a dlouhodobě pečuje o většinu svých pacientů, mohu konstatovat, že posledních 10 let mě vedlo k většímu pracovnímu nasazení a angažovanosti v této péči, ale hlavně mě donutilo zajímat se o systém veřejného pojištění, ve kterém jsem etablována v síti veřejných služeb. Pozvolna se v naší společnosti rozpouští tabu, kterému podléhaly duševní poruchy. Ukazuje se, že potřeba ambulantní psychiatrické péče je mnohem větší, než byla doposud. Objevují se mimo jiné otázky, zda veškerá psychiatrická a psychologická

péče může být hrazena z veřejného pojištění a jaká péče je zbytečná. Diskutuje se o tom, jaká léčba je „drahá“, zda nejnovější léky jsou nadstandardem, na který naše společnost v rámci veřejného pojištění nemá.

Je samozřejmé, že nemocnice může zrušit nadbytečnou ambulanci, která je jen součástí struktury nemocnice. Rušení ambulancí smluvních, tedy smluvních praxí, musí mít řád, který nepoškodí ani jednu ze smluvních stran. Vývoj systému vyvolává potřebu zákonem upravit institut „lékařské praxe“, kterou nemůže vlastnit ani provozovat právnická osoba, protože praxe může být provozována pouze vlastním jménem. Tuto praxi by pak lékař mohl prodat, darovat nebo zdědit. Na pořadu dne je vznik zástupčích organizací svobodně pracujících lékařů, které budou uzavírat smlouvy s pojišťovny a budou odpovídat za „kvalitní výkon zdravotní péče“.

Ambulantní péče zasluhuje pozornost pro vysoký počet kontaktů, pro schopnost přiblížit se nemocnému v jeho přirozených životních i pracovních podmínkách, pro možnost relativně rychlé adaptace na měnící se podmínky. Z povahy činností vyplývá, že ambulantní péče může být méně finančně náročná, než je péče v lůžkových zařízeních. Stabilizovanými zdravotnickými systémy Západu je tato péče považovaná za perspektivní a je cíleně rozvíjena všude tam, kde je to možné. Především z ekonomických, ale i odborně medicínských a dalších důvodů se jeví pro funkci systému účelné organizační oddělení ambulantní a lůžkové péče s propracovaným a přesně definovaným managementem rozhraní.

Lůžková zdravotní péče je náročná na investice všeho druhu a návratnost vložených prostředků je, vzhledem k jejich alokaci i využívání, mnohdy značně problematická. V rozporu s trendy ve státech se stabilizovaným zdravotnictvím je u nás tendence směřovat nárůst objemu finančních prostředků jdoucích do zdravotnictví právě do tohoto druhu péče. Nemocnicím je nutno věnovat mimořádnou po-

zornost mj. také proto, že v posledních letech jsme byli svědky systematického budování paralelní sítě ordinací orientovaných jednoznačně na mimonemocniční pacienty. Informační systémy zdravotních pojišťoven neumožňovaly údajně analýzu činnosti těchto ordinací. Je důvodně podezření, že už při jejich zřizování nebylo vyžadováno splnění personálních, prostorových ani přístrojových kritérií, která jsou běžně vyžadována u mimonemocniční ambulantní péče. Motivací rozvoje ve významném podílu případů byl komplexní podpůrně ekonomický důsledek pro lůžková zařízení, ne vždy jen vlastní péče o nemocné.

V současné době se diskutují a chystají následující změny:

- Zvýšená finanční zodpovědnost pojišťoven a poskytovatelů lůžkové péče, vyplývající ze změny jejich právního statutu
- Konkurence pojišťoven a poskytovatelů – propojení výše pojistného (ceny jednotlivých zdravotních plánů) s finanční bilancí pojišťovny povede k motivaci nasmlouvat s poskytovateli co nejlepší poměr ceny a kvality péče. Tato snaha podpoří restrukturalizaci a zvýšení produktivity jednotlivých poskytovatelů.

Očekává se, že občané vybavení ekonomickými nástroji k výběru a spotřebě zdravotní péče odpovídající jejich nárokům budou požadovat a používat informace o kvalitě a ceně služeb poskytovaných jednotlivými pojišťovnami a poskytovateli.

Pro obor psychiatrie tyto trendy znamenají, že bude třeba vytvořit jasně definované legislativní prostředí, zejména nyní diskutovaný zákon o duševním zdraví, vymezující režim nedobrovolného léčení a role pacienta, dále vymezující osoby nesvéprávné a jejich opatrovníků. Očekává se reorganizace psychiatrické lůžkové péče a posílení služeb v obcích, tedy sociální a rehabilitační péče. Osvědčují se malé specializované komunitní týmy, které zvládají všechny druhy služeb v místě bydliště pacienta.