

POSTŘEHY Z AMBULANCE ODJINUD ČILI SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE V NIZOZEMÍ

MUDr. Hedvika Ersten

Pontianakstraat, Holland

V následujícím článku nabízím několik úvah o organizaci péče o chronické psychotické pacienty a své autentické zkušenosti z působení jako lékař-asistent na oddělení ambulantní psychiatrie v regionu Amsterdam-Východ.

Současná nizozemská ambulantní psychiatrie by v některých rysech mohla sloužit jako inspirace pro všechny, které zajímají různé varianty komunitní péče.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(2): 91–92

Pacienti s chronickými psychózami

Pacienti s chronickou psychózou jsou ze sociálního hlediska nejzranitelnější klientela. Ta se v Nizozemí zřídka dostává do dlouhodobé péče privátních psychiatrických ordinací, jako je tomu v českých podmínkách. Pokud má individuálně pracující psychiatr vůbec v péči pacienta s chronickou psychózou, předává ho často v období psychiatrické či sociální dekompenzace do péče oddělení sociální psychiatrie. Vlastně není ani tak důležité, kdo je vlastníkem zdravotnického zařízení, jde o rozdílný koncept ambulantní péče zajišťující relativně fungující záchrannou síť pro ty, již jsou také nejčastěji v péči státních psychiatrických institucí. Ale jak už to bývá, není všechno pouze jednoznačně pozitivní a hodné následování. Psychózy u dospělých pacientů tvoří v klientele cca 9 % z celého spektra diagnóz z pacientů léčených ve státních zařízeních. Pro těchto 9 % jsou k dispozici komplexní služby, které přesahují čistě medicínský rámec.

V porovnání s běžnou privátní ambulancí, tak jak ji známe z české praxe, funguje systém postavený na case managementu vlastně tak trochu obráceně. Nikoli lékař, ale SZP je nosný pilíř, častý iniciátor péče či jakékoliv další intervence.

Case manager je nejčastěji sociálně psychiatrický SZP (bakalářské studium, specializované vzdělání v psychiatrii a nastavba sociálních studií). Ten má v péči svůj stálý okruh pacientů a řeší záležitosti, které nevyžadují přímou lékařskou intervenci. Aktualizuje anamnézu, stará se o přísun zavedené medikace, vypisuje recepty (ale nesmí ordinovat), hlídá nutnost frekvence lékařem dříve naordinovaných laboratorních kontrol, podle potřeby navštěvuje pacienta v jeho domácím prostředí, udržuje pokud možno stálý kontakt s pacientovými blízkými a stará se o sociální situaci pacienta. Také hlídá právní status ambulantní léčby (v případech kontrolovaných soudem je ho potřeba periodicky aktualizovat) a asistuje lékaři při administrativě jak v soudních, tak v například posudkových záležitostech.

Každý SZP si také musí pacienty rozdělit do tří clusterů podle časové náročnosti péče, frekvence

kontrol a intervencí. Kvůli kritériu výkonnosti produkce, jak se fakturační systém doslova hezky jmenuje, třídí SZP své nové klienty podle času, který péče o ně spotřebuje, nezávisle na tíži průběhu psychózy. Nejméně náročný klient kategorie A může být například člověk dlouhodobě kompenzovaný, jež nevyžaduje časté zásahy do medikace, kontroly ani jiný druh asistence. Ale stejně tak je to dlouhodobě dekompenzovaný klient s psychózou s nepříznivým průběhem, který se vyhýbá péči, povětšinou nejeví zájem o spolupráci a který, prakticky vzato, také mnoho času nezabere. Nejnáročnější na čas je pak skupina C. To jsou klienti, opět bez ohledu na průběh, vyžadující časté změny v medikaci, nacházející se v momentální sociální krizi, anebo ti, kteří mají další komplikující medicínský problém. Skupina B je pak z časového hlediska průměr.

Na hlavu case managera se toho snáší hodně. Někdy až příliš. Standardně jsou lékařské kontroly plánované psychiatrickými SZP pouze jednou za půl roku, ale podle potřeby to může být mnohem častěji, třeba i dvakrát týdně. Ovšem v tomto systému je to také spíš SZP, který primárně při osobním kontaktu s pacientem monitoruje průběh nemoci, a je tedy vlastně nucen přebírat část medicínské zodpovědnosti a teprve v druhé řadě dává signál lékařům. Není těžké odhadnout, že v situacích sníženého personálního obsazení lékařů na psychiatrii je SZP odkázán často na svůj vlastní odhad situace, protože se stává, že pro přímou konzultaci s pacientem nebo osobní ordinaci momentálně není zrovna lékař k dispozici, což se za výhodu považovat nedá.

Na straně druhé je dobře fungující SZP v podobě case managera schopen lékařům na psychiatrii významně odlehčit od všech činností, které nesouvisí přímo s medicínskou tematikou. A tak lékař sice dává impuls k řešení sociálního rámce nemoci, ale jsou jiní, kteří se o toto řešení osobně starají. Case manager se stará také o kontakt se speciálními sociálními pracovníky pro psychiatrii (nezdravotnická profese, podobá se české sociální pracovníci při lůžkových psychiatrických odděleních). Na tohoto deleguje komunikaci s institucemi a finanční záležitosti

pacientů. Další výhodou je týmová práce, vzájemná zastupitelnost členů týmu a univerzální přístup k dokumentaci, takže se nikdy nestane, že by v pracovní době stál pacient před zavřenými dveřmi ordinace (mimo pracovní dobu funguje specializovaná psychiatrická pohotovost).

Jednu z obrovských výhod týmové práce v péči o chronicky nemocné představuje tzv. prezenční služba. Denně je na větší část pracovní doby jeden SZP vyčleněn pro mimořádné úkoly a pacienty, kteří nejsou objednaní a přejí si osobní pohovor. Přicházejí klienti, kterým z toho či onoho důvodu došla medikace, chtějí se poradit, potřebují osobně prezentovat jakýkoliv nový problém a nechťejí čekat na objednání. Nezanedbatelnou práci dělají SZP v prezenční službě u všech pacientů, kteří sice spolupracují, ale vyžadují trvalý dohled nad medikací, a tak někteří docházejí i několikrát denně na příjem léků a současně jakousi minimální kontrolu stavu (o víkendech přebírá tuto službu lůžkové oddělení ve stejné budově). Tímto se dá u částečně spolupracujícího pacienta zachovat díl jeho kompetence a takto se vyhnout dlouhodobé hospitalizaci, která by v těchto případech zřejmě z léčebného hlediska neměla žádný větší význam. Ze všech kontaktů s pacienty provádí SZP zápis do elektronické dokumentace. Současně disponuje malou lékárnou.

Řekněme, že case manager – v podobě zkušeného, relativně dobře vzdělaného a osobnostně zralého SZP – je často k nezaplacení. Bohužel pouze symbolicky vzato – jeho výplatní páska je v kontrastu s vynaloženou energií i schopnostmi. A tak nutno konstatovat, že ač v bohaté zemi, svědčí jeho tabulkový plat o tom, že se jedná o druh idealizmu. Tento si pak zbytek společnosti bere na mušku a sektor péče o duševní zdraví čas od času častuje poznámkami o ponožkách z kozí vlny. Mírná ironie se týká zevnějšku a životního postoje lidí pracujících na psychiatrii.

Zhruba napůl cesty mezi hospitalizací a relativně samostatným fungováním v ambulantní péči je chráněné bydlení. Podle úrovně péče je v nizozemských statistikách považováno za formu hospitali-

zace, i když pacienti, pokud dojde k dekompenzaci, nezřídka docházejí ještě na ambulantní kontroly psychiatrem, případně psychiatr vykonává návštěvní službu v domluvených intervalech.

Celostátně (cca 16 mil. obyvatel) je k dispozici asi 15 000 lůžek k chronické hospitalizaci (péče o závislosti se do tohoto nezapočítává). Kolem 200 lůžek připadá odhadem na nestátní neziskové organizace (charitativní, církevní nebo jiné), kde nejsou žádné konkrétní požadavky na vzdělání či profesní zkušenost personálu. Ve státním sektoru je k dispozici 23 institucí chráněného bydlení, pro ilustraci velikosti: v nejmenším zařízení pracuje asi 20 členů personálu, v největším přes 200.

Kazuistika

Je pozitivním příkladem, jak je fungující ambulantní systém schopen udržet dekompenzovanou psychotickou pacientku v domácím prostředí a dosáhnout kompenzace bez nutnosti hospitalizace.

Slečna S. (1973), běloška, nizozemské etnikum. Od adolescence trpí paranoidní schizofrenií se střídavými remisemi a častými exacerbacemi a znatelným procesuálním psychotickým defektem. Dříve byla několikrát hospitalizována, před cca čtyřmi lety se u ní objevily sebevražedné tendence z psychotické motivace. Poslední rok má zavedenou trvale nízkou dávku clozapinu 200 mg/d. S několika spolupacientkami žije ve formě asistovaného bydlení pro relativně soběstačné pacienty.

Při poslední psychotické exacerbaci trpí klientka paranoidně-halucinatorním syndromem s vlivem na chování (pacientka pod vlivem paranoidní bludné produkce odmítá opouštět byt, což je důvod k domácím návštěvám ošetřujícího personálu). Není agitovaná, nejví žádne suicidální tendence, k psychotické exacerbaci se tentokrát přidala obsedantně-kompulzivní symptomatika, která se projevuje život komplikujícími rituály, pacientka má navíc nepříjemné akustické halucinace. Má nevyvážené myšlení, pomalé psychomotorické tempo, normální náladu. Emotivita je oploštělá. Paranoidita není našťástí difuzního charakteru, takže je klientka v kontaktu přátelská a ochotně přijímá pomoc i změny v medikaci.

Protože je z dřívějších známá klientčina dobrá odpověď na clozapin, nabízí se varianta zvýšení jeho dávkování a při OCD symptomatice zavedení léč-

by clomipraminem jako první volbou. Návštěvy SZP jsou naplánovány zpočátku obden, kontroly lékařem jednou týdně, je třeba dohlédnout na postupné zvyšování dávek a jejich toleranci pacientkou. Zde spočívá i výhoda zvláštního statusu psychiatrie, speciální návštěvní služby pro ambulantní pacienty oddělení sociální psychiatrie, v somatické medicíně málo časté: léky netřeba vyzvedávat v lékárně, recept stačí v ordinaci vypsát z počítače, nafxovat do lékárny, o několik hodin později donášková služba lékárny doručí léky na týden pacientce přímo do ruky, takže nemusí opouštět byt. Při zvýšení dávkování clozapinu a této zvolené lékové kombinaci vznikne i nutnost zvýšit frekvenci pravidelné laboratorní kontroly. Ty jsou plánované podle schématu zpočátku a 1 týden (lékové hladiny, KO + diff, jaterní soubor). Ani v tomto případě není nutné, aby pacientka opustila domov, vše zajistí odběrová služba. Stačí odfaxovat žádanky do laboratoře s požadavkem na datum, odběrový laborant navštíví klientku doma a výsledky telefonicky sdělí lékaři. Tato opatření v případě slečny S. fungovala bezchybně a během tří týdnů došlo k výrazné redukci jak OCD, tak psychotické symptomatiky a cca za měsíc byla klientka na své původní úrovni fungování. I když se jedná o klientku s bohatou anamnézou ne právě příznivě probíhající psychózy, existuje v tomto systému reálná možnost využít dobře spolupráce a částečně kompetence klientky a hospitalizaci se vyhnout. Zvláště když klientka sama dává domácímu prostředí přednost a o lůžkovou péči zájem nejví.

Komplexní systém ambulantní péče v sociální psychiatrii spočívá ve větší nabídce péče na míru v pacientově vlastním prostředí, což nepochybně přispívá k udržení jeho kompetence a samostatnosti. Z redukce počtu lůžek a nemocniční péče plynoucí finanční úspory se dají investovat do zlepšení mimoústavního zdravotnictví. V rozpočtu pro psychiatrii zbývá tak pro ambulance větší objem financí a dosud funguje precedens, že až na nepodstatné výjimky se není potřeba omezovat ve výběru medikace, což činí lékařovu ordinaci pro pacienta rozhodně přijatelnější a pro lékaře samotného méně frustrující. Ale o ideální situaci se nejedná. Není asi třeba zdůraznit, že nejhoršími důsledky chronické psychické nemoci jsou sociální izolace, osamění a chudoba. Tvrdá, strukturovaná tržní společnost orientovaná pouze

na výkon není zrovna ideálním klimatem pro úzdravu z duševní nemoci. Individualismus ve společnosti je sice motorem bohatství, ale sám pro sebe částečně vytváří i nutnost této komplexní péče, protože tradiční a na čas a energii náročná podpora a téměř bezpodmínečná akceptace pacienta v rodině, mající pro něj klíčový význam, v těchto podmínkách pomalu přestává fungovat. Emočně významný lidský kontakt se nedá vyjádřit žádnou částkou v eurech.

I když je pro pacienty kromě státních zařízení k dispozici doslova les neziskových a charitativních organizací pro alternativní chráněné bydlení a chráněná pracovní místa sloužící k resocializaci, je na těchto místech ne vždy dobře školený nebo zkušený personál. Pro část klientů to skutečně znamená zvýšení kompetence a možnost návratu do aktivního života a občas i do placeného zaměstnání. Nelze ovšem konstatovat, že by toto bylo definitivní a dostačující řešení problémů pro všechny klienty, kterým chybí zázemí.

Také to, jak rychle došlo v nedávných letech k rušení lůžkové péče ve prospěch ambulantní, není vždy ideální. Po vlně likvidace a snaze pacienty za každou cenu udržet vně instituce právě vyšlo najevo, že zůstane stále ještě skupina pacientů, kteří jaksí propadnou oky existující sítě. Jsou to zvláště ti s chronickou psychózou s průběhem bez remisí. Navzdory všem vymoženostem, a také díky společenskému klimatu tito pacienti neprosperují, péče o ně v pouze ambulantním prostředí je nedostatečná a nejsou udržitelní ani v chráněném bydlení. Toto je sice počítáno jako forma hospitalizace, ale i zde musí mít klient určitou úroveň sociální kompetence, asertivity a samostatnosti, aby uspěl. A tak, po několika letech uvažování, se v amsterdamském regionu zvedá z prachu nové lůžkové oddělení pro komplikované chronické pacienty.

Budeme tedy doufat, že pokud v českých podmínkách dojde k převzetí tohoto trendu v sociální psychiatrii a přesunu těžiště z lůžkových oddělení do ambulance, nepropadnou se nám pacienti do vakua z nedostatku strukturované péče, odkud pro některé pak není návratu.

MUDr. Hedvika Ersten
Pontianakstraat 13
1335 He Almere, Holland
e-mail: hedvikab@volny.cz