

POSTŘEHY Z AMBULANCE ODJINUD ČILI SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE V NIZOZEMÍ

MUDr. Hedvika Ersten

Pontianakstraat 13, 1335 HE Almere, Holland

V článku nabízím několik zážitků a úvah z ambulantní praxe ze svého působení jako lékař-asistent v regionu Amsterdam-Východ.

Psychiat. pro Praxi, 2007; 8(6): 276–278

Před několika lety v návalu touhy po dobrodružství a v potřebě prozkoumat, nemá-li soused náhodou zelenější trávník, jsem se vydala jako gasterbeider prozkoumat jiné horizonty psychiatrie.

Po určité době jsem zakotvila na psychiatrické klinice v Amsterdamu jako asistent na oddělení sociální psychiatrie.

Na úvod poznamenám, že státní psychiatrická zařízení s tímto konceptem jsou v počtu opečovávaných pacientů rozhodující a lůžková část a ambulantní složky tvoří spolu v jednom regionu jeden celek. Ambulance určitě v posledních letech přebíraly v péči těžší a jejich role je patrná, zvláště když vidíme personální vybavení a členitost tohoto terénu, který není dobře porovnatelný se zažitým schématem ambulance jeden lékař/jedna sestra. Ambulantní sektor je v tomto případě rozdělený do týmu, kde pracuje několik odborností vedle sebe. Zde se od personálu očekává, že jak v urgentních, tak v chronických psychiatrických případech se totiž naše pozornost neomezí pouze na čistě zdravotnickou péči. Tak kromě duševní trýzně, kam až naše kompetence sahá, se pokoušíme vytáhnout krizového pacienta z velmi rozličného druhu nesnází, více či méně přímo souvisejících s jeho symptomy. K tomu slouží celý aparát nelékařských profesí v psychiatrii, který počtem nás lékařů zdaleka převyšuje. Z profesí, které se zabývají vlastním poskytováním péče, ať už lékařské, nebo sociální, nebo kombinací obou, je 58 % středního zdravotnického personálu, 25 % sociálně psychiatrického středního zdravotního personálu (zdravotníci s kombinovaným vzděláním) a sociálních pracovníků pro psychiatrii a 17 % lékařů (celkem asi šest tisíc po celém Nizozemí).

Ambulantní sektor je rozdělen spíše do týmu, často podle druhu diagnóz, kde pracuje několik odborností vedle sebe. Lékař například může pracovat pro několik týmů současně, flexibilně, kde je ho právě potřeba. Není možné tuto strukturu srovnat se schématem ambulance jeden lékař/jedna sestra. Poměr klientů léčených v ambulanci a v lůžkových odděleních je zhruba deset ku jedné. Průměrná ošetrovací doba klienta v sociální psychiatrii je cca 326 dní (v tom jsou zahrnuty všechny formy léčby jak lůžkové, tak ambulantní, i s chráněným bydlením).

Existují tu i privátní psychiatrické ordinace s tím, že poskytují čistě zdravotnickou péči, bez sociálních přívlastků, které jsou charakteristické pro státní regionální psychiatrii. Neznamená to, že by péče v privátním sektoru byla finančně těžko dostupná, ale je často zaměřena na jiný druh klientely (nebo se spíše jiný druh klientely orientuje na ně). Často se jedná o sociálně kompetentnějšího klienta, kterému čistě medicínská péče stačí.

Amsterdamská psychiatrie má svá specifika, a to nejenom v porovnání s Českem, ale snad i v porovnání se zbytkem země. Amsterdam a satelity mají dohromady kolem půl milionu obyvatel. Pobřežní pas je tak hustě osídlen, že jedno město a osada plynule přechází v druhé, čímž vznikla megapole Randstad. Reformní hnutí v psychiatrii zde bylo hodně patrné, což je snad nejvíce vidět na malém počtu lůžek. Sdružená zařízení disponují, kromě forenzní psychiatrie, asi 26 tisíci lůžky, což činí po přepočtu cca 164 lůžek na 100 000 obyvatel (včetně chráněného bydlení). Výsledkem je i posun ve fungování psychiatrických zařízení a změny v roli klienta a terapeuta. O hodně zmenšená azylová funkce psychiatrie vede k častějšímu odkázání klienta na sebe samotného, čímž se klade důraz na udržení jeho autonomie.

Patrně nejdůležitější část oddělení sociální psychiatrie tvoří pohotovostní služba. Krizovým centrem zřízeným při lůžkových psychiatrických klinikách České republiky se podobá jen málo. Pohotovost jako taková funguje jako uzpůsobená varianta urgentní zdravotnické pomoci a zajišťuje ambulantní, z velké části návštěvní službu, psychiatrické posudky při znedobrovolnění hospitalizace u už přijatého pacienta a v nočních hodinách také psychiatrická konzilia. Separace psychiatrie od somatických odvětví v urgentní pomoci je zde takřka kompletní. Řekněme, že by ani lékaře ani laika v případě rozzeznatelného psychiatrického problému nenapadlo vytvořit 112. Pohotovostní psychiatrická služba není bezprahovým zařízením prvního kontaktu.

V denních i nočních hodinách je největším a nejčastějším dodavatelem klientely obvodní čili rodinný lékař, téměř jediný zdravotník prvního kontaktu. Výjimečně přichází objednávka vyšetření na žádost

policie nebo justice. Zde platí pravidlo, že obvodní lékař ví o všem, co se jeho pacienta týká, pacienti jsou na tento systém prvního kontaktu přivyklí a bývá téměř bezvýhradně dodržován. Samovolné putování pacienta ke specialistovi je tu tedy celkem raritou (bez doporučení obvodního lékaře totiž téměř žádná pojišťovna péči specialisty nehradí a šetrný holandský bankéř stále bdí).

Barvitou a poučnou částí urgentní péče je návštěvní služba. Pokud pacient není ve stavu přijít k vyšetření na ambulanci (v psychiatrii velmi častý jev), vyjede psychiatrická ambulance za ním. Lékař nikdy nechodí sám, vždy bývá v doprovodu sociálně psychiatrického SZP nebo studenta medicíny na předpromoční praxi. V ordinacích hodinách nikoli vozem, nýbrž podle amsterdamského bontonu na kole, s pověstným tmavošedým kufříkem. S veškerým spektrem pohotovostní medicíny a sadou injekčních potřeb, minitonometrem, mapou, čímž se jízda za pacientem v neznámém terénu stává výzvou v orientační cyklistice. Návštěva pacienta v jeho vlastním prostředí je kromě zdostupnění péče i možnosti odhadnutí jeho osobní situace neocenitelný zdroj informací pro stanovení diagnózy. A nejen té. Jednou z dalších filozofií zdejší péče je, že ne vše, i když by to na tak na první pohled mohlo vypadat, je čistě medicínská, potažmo lékařská záležitost. Na hodně věcí z problematiky našich klientů je raději nahlíženo pod úhlem společenského problému. Příklad z denní praxe: nikdy dříve by mě nenapadlo, že je možné poslat pacientku, obvodním lékařem prezentovanou jako suspektní stresová reakce na vážné trauma (dg. námi potvrzená), k sociální pracovníci, nikoliv k psychiatrovi. K tomuto závěru jsme dospěli po zhodnocení anamnézy a momentální situace, po zvážení otázky, jaký druh pozornosti a péče bude mít pro klientku, hlavně z lidské stránky, největší význam.

Tento úhel pohledu má výhodu v tom, že vede méně často k medicinizaci problémů a lékař má více prostoru pro vlastní čistě medicínskou činnost.

Na straně druhé bezprahové psychiatrie, tak jak víceméně funguje v Česku, vidím při srovnání nespornou výhodu pro pacientův komfort.

Hranice mezi tím, co je hodnoceno jako medicínský problém, vede tedy často jinudy, než jsme

zvyklí v České republice. A tak člověk jako cizinec a produkt jiného vzdělávacího systému a potažmo i jiné společnosti ve svém rozhodovacím algoritmu začíná stále od nuly, neboť znalosti a zvyky, které má zažitě dosud, jsou často použitelné v omezené míře a v jiných souvislostech. Tato cesta bývá složitější, ale většinou není špatné přehodnotit a případně opustit zažitá schémata a pokoušet se pochopit jiná. V žádném jiném medicínském oboru se neodráží názorová tradice a společenská objednávka lépe než právě v psychiatrii. I když to často vypadá, že řešení dané situace, alespoň z pohledu předchozí praxe v Česku, je dosažitelné, efektivní a nasnadě, nezbyvá než stále brát v úvahu jinou společenskou objednávku a jinou filozofii a pokoušet se ji jakkoli sladit s vlastní dosavadní profesní zkušeností.

Klientela pohotovosti přichází s nejrůznějšími psychiatrickými diagnózami, takže se nejedná jen o akutní psychotické nebo afektivní syndromy s těžkým neklidem či autoagresi. Impulzem k vyhledání krizové pomoci je často klientův vlastní prožitek těžké krize. Do péče pohotovosti se dostávají pacienti s téměř celým spektrem duševních poruch, i ti s diagnózami z úzkostného spektra nebo poruchami osobnosti. Naopak problematika závislosti bez jiné doprovodné psychiatrické diagnózy se do péče pohotovosti dostává zcela výjimečně. Závislosti mají vlastní zvláštní zařízení k léčbě, relativně dobře dostupné, snad proto, že se na ně nahlíží v první řadě spíše z úhlu společenského problému. Amsterdamské zařízení je proslulé a nese název Jelínek.

V čem se klientela ovšem hlavně liší, je její velmi rozdílná etnicita. Městská část Amsterdam-Východ je z velké části osídlena přistěhovalci z islámských zemí, karibské oblasti a v menší míře i uprchlíky z Afriky. Mimo to přicházejí často i klienti azylových zařízení. Snad kromě bývalých karibských území holandské koruny není tedy pro velkou část naší klientely holandská koruna vůbec mateřským jazykem. Islám se vůbec často ukázal jako důležitý rámec pro hodnocení a pochopení psychopatologie.

Řešením je stálý kontrakt s organizací tzv. ad-hoc telefonických tlumočnicků, která zajišťuje v kteroukoliv dobu do dvaceti minut tlumočnicka požadovaného jazyka. Vedení psychiatrického vyšetření přes třetí osobu neviditelného tlumočnicka na hlasitý odposlech není samozřejmě plnohodnotné, jazyková a lidská bariéra brání do určité míry navázání kvalitního kontaktu s klientem, ale zajistí nám alespoň několik důležitých faktů, které vedou ke stanovení diagnózy. A protože jiná možnost v naléhavých případech prakticky není, je nutno improvizovat a kromě faktických informací se ještě více soustředit na klientovu neverbální komunikaci a vlastní instinkt. Osvědčilo se klást klíčové otázky ke zjištění osobní

problematicky a hlavně symptomů několikrát, v různých formulacích, aby bylo možné alespoň částečně předejít zkreslení překladem či rozdílným vnímáním téhož u všech zúčastněných. Řekneme, že jde o standardně nestandardní situace, které téměř nedovolí podlehnout něčemu jako stereotyp.

Pro ilustraci každodenní praxe přikládám dvě stručné kazuistiky.

Kazuistiky

Paní W. (1972) z Libérie byla odeslána na impulz nadačního církevního zařízení, jehož je obyvatelkou a které se ujímá uprchlíků, jimž nebyl udělen azyl. Byla obětí občanské války. Strávila více než rok v zajateckém táboře ve své vlasti, kde byla pravidelně mučena. Její manžel byl povstalcí zavražděn. S příslušníky své rodiny nebo s přáteli už neudrží žádný kontakt a neví přesně, jestli někdo z jejich blízkých válku přežil. Po zásahu mírových sil OSN, které osvobodily zajatecký tábor, se dostala do Holandska, kde cca pět let žila v azylovém zařízení jako žadatelka o azyl. Procedura se táhla několik let, status trvalého pobytu nebyl naší pacientce z neznámých důvodů udělen, proto musela azylové zařízení opustit. Ujala se jí nadační církevní organizace, která jí zajistila ubytování, stravu, kapesné a základní lékařskou a sociální péči, takže klientka momentálně nemá žádné existenční potíže a fyzické vyhoštění jí nehrozí. Sama uvažuje v brzké budoucnosti o možném návratu do vlasti. Pohovor byl veden v angličtině, bez tlumočnicka. Klientka udávala psychiatrické potíže již několik let trvající, dosud pro ni nebyla léčená. Pacientka si stěžovala na nesoustředěnost, poruchy usínání i probouzení v noci, únavu, potíže soustředit se na jednoduchou fyzickou práci i běžnou denní činnost, neschopnost navázat kontakt se spolubydlicemi, stálé flashbacky zážitků z války a vracející se nekonkrétní pocit ohrožení. O jiné symptomatice se spontánně nezmiňovala. Její chování ovšem vykazovalo další nápadnost, a tak na důkladné dotazování svědila, že slyší hlasy, podle ní hlasy neznámých nepřátel, které jí vyhrožovaly zabitím, nebo komentovaly, co dělá. Snažila se nepřikládat jim příliš velký význam, odpovídala jim a občas v duchu odporovala. O svůj život se ale nyní nebojí.

Je přátelská, komunikuje ochotně. Hovoří solidní angličtinou na zhruba středoškolské úrovni, v krátkých větách, velmi tiše, s přestávkami, často má potíže navázat na započatý rozhovor. Oční kontakt nenavazuje příliš ochotně. Ve tváři má rezignovaný, depresivní výraz. Nápadné jsou na ní naslouchací postoje, v přestávkách mezi vyšetřením vede tichou samomluvu v jiném jazyce. Je nesoustředěná, apatická, svou minulost líčí bez emočního doprovodu. Odpovídá přiléhavě a myšlení je bez obsahových a hrubších formálních poruch. Strukturovaná para-

noidní či persequční symptomatika nebyla zjištěna. Symptomatice dominuje depresivní ladění, inhibované chování, bezradnost a auditivní verbální halucinace s vlivem na chování, bez korekce.

Po poradě jsme učinili terapeutický závěr s dg. posttraumatické stresové poruchy s psychotickými fenomény. Vzhledem k tomu, že se nejedná o psychotickou poruchu s neklidem a pacientka je navzdory své duševní poruše soběstačná, je schopna částečně, i když špatně fungovat, není ani uvažováno o hospitalizaci, ačkoliv by nás podle naší české psychiatrické tradice u psychotické pacientky toto okamžité napadlo.

Klientka vděčně přijímá psychiatrickou péči, dochází na pravidelné ambulantní kontroly, zpočátku dvakrát týdně, později po týdnu a zůstává ještě několik týdnů v péči pohotovosti. Po kombinované terapii olanzapin 10 mg/denně a citalopram 20 mg denně psychotická symptomatika kompletně odezněla do dvou týdnů a klientka reportuje i zlepšení nálady a každodenního fungování. Ve výběru medikace není třeba se finančně omezovat. Bohužel nebylo možné zasáhnout i komplexní psychoterapií, vzhledem k nelegálnímu statusu má klientka nárok pouze na (semi)urgentní a nikoli dlouhodobou péči. Po odeznění akutní symptomatiky je v plánu předat pacientku zpět do péče sektorovému praktickému lékaři, který bude, event. po konzultaci s pohotovostní službou, pokračovat v psychiatrické medicíně.

Paní A. (1976), Turecko. Není překvapením, že typ klientky, tzv. turecké nevěsty, přichází pro typickou adaptační poruchu a časté a četné somatické příznaky. Do péče psychiatrů se dostala poprvé na pohotovosti, po relativně vážném nezdařeném suicidálním pokusu medikamenty (hypnotika, anxiolytika), v souvislosti s dlouhodobým matřimoniálním konfliktem. Nikdy dříve žádný kontakt s psychiatrií neměla. Do Holandska se dostala před sedmi lety z východotureckého venkova dohodnutým sňatkem bez vlastního skutečného souhlasu. Sama nemá příliš velkou možnost rozhodnout o podstatných věcech, a tudíž ani vliv na běh událostí svého života.

Je vdaná, má dvě malé děti. Nikdy neopustila a pravděpodobně ani neopustí muslimskou enklávu v Amsterdamu, a i když disponuje normálními intelektovými schopnostmi, je negramotná, nemluví jiným jazykem než turečtinou, nemá základní vzdělání (nechodila do školy) a kromě své vlastní komunity také nepřichází s téměř s nikým dalším do styku, s výjimkou nuceného a řídkého kontaktu s úřady a institucemi, který je zprostředkován vždy třetí stranou. Ačkoliv podle místní legislativy, protože je holandská občanka, má klientka právo na vzdělávání a sebeurčení jako kdokoliv jiný, je dost malá

pravděpodobnost, že by těchto možností využila či cítila potřebu jich využít.

Pokud by něco podstatného chtěla na své situaci změnit, znamenalo by to pro ni pravděpodobný konflikt a někdy až nutnost odtržení od vlastní komunity, na které je jak materiálně, tak emočně závislá. Také komunita vyvíjí na své členy značný sociální tlak, úloha rodinných tradic je o hodně větší, než jak jsme zvyklí u evropské populace velkých měst, a úlohu islámu rozhodně nelze podceňovat. Rovněž přímé vyjádření psychických potíží nebývá zvykem, takže výskyt somatizačních obtíží je u této komunity častý. Rozhovor byl veden přes telefonického tlumočníka. Klientka líčila pocit bezvýchodnosti, ale i zlost a pocit bezmoci ve vlastní situaci, udávala špatnou náladu, poruchy usínání, selhávání při každodenním fungování a také při péči o děti. Také měla časté bolesti hlavy a proměnlivé gastrointestinální potíže. Navštěvovala asi třičtvrtě roku praktického lékaře, somatická příčina nebyla zjištěna, klientka byla léčená anxiolytiky a hypnotiky. Kromě depresivní nálady, anxiózy a somatizačních potíží nebyla zjištěna žádná jiná psychopatologie. Klientka si je částečně

vědoma zřejmé souvislosti svých somatických potíží s momentální psychickou situací a není přesvědčena o tom, že by trpěla nějakou vážnou somatickou chorobou. Osobnost klientky nese pravděpodobně určité rysy maladaptivity, ale při omezených vyšetřovacích metodách nelze toto z prvního vyšetření na pohotovosti spolehlivě stanovit.

Riziko opakování suicidálního pokusu bylo odhadnuto jako malé a klientka byla odkázána na vlastní zodpovědnost. Diagnostický závěr zněl: adaptační porucha v zátěžové osobní situaci. Ačkoli je myšlenka na hospitalizaci u nedokonaného suicidia nasnadě, nebývá také v případě, jako je tento, pokud nehrozí evidentní riziko dalšího sebepoškození, o hospitalizaci vůbec uvažováno. Léčba probíhá ambulantně. Byla započata léčba paroxetinem 20 mg denně a léčba benzodiazepiny byla naopak ukončena. Při dalších rozhovorech (3 ambulantní kontroly) se sociálně psychiatrickým SZP bylo opět telefonicky tlumočeno, klientce byl navržen plán zvládání okamžité krizové situace a dohodnuta delší doba individuální kognitivně-behaviorální psychoterapie vedená psycholožkou stejné národnosti a v klientčině rodném

jazyce (zařazena do pořadníku). Bylo doporučeno několik měsíců pokračovat v terapii SSRI, která je klientkou dobře snášena. Kontrola psychiatrem pouze při markantním zhoršení potíží či event. nutnosti úpravy psychiatrické medikace.

Mimochodem, diskuze o stálém omezování preskripce novějších preparátů z finančních důvodů, na kterou jsme si zvykli v Česku, je zde zcela irelevantní. Náklady na léčiva v psychiatrii jsou pouze zlomkem v celkových nákladech na péči. Volba preparátů je vždy individuální, není problém vybrat nejnovější preparát, když se jeví ideálním řešením, ale i klasická incizivní antipsychotika nebo tricyklika mají v terapii stále své místo.

Dokončení v příštím čísle.

MUDr. Hedvika Ersten

Pontianakstraat 13, 1335 HE Almere, Holland
e-mail: hedvikab@volny.cz