

očekávání než osoby bez této diagnózy. Podle metaanalýzy autorského kolektivu Thornicroft et al. (24), která zahrnovala více než 50 studií z různých zemí, měli pacienti s diagnózou schizofrenie až třikrát vyšší pravděpodobnost úmrtí než osoby bez této diagnózy. Většina úmrtí byla způsobena somatickými chorobami, jako jsou kardiovaskulární onemocnění nebo diabetes.

Potřeby pacientů se schizofrenií se mohou v průběhu života měnit. Například u mladších pacientů může být důležitá podpora při získávání zaměstnání a samostatnosti, zatímco u starších pacientů může být důležitá péče o fyzické zdraví a sociální podpora. Schizofrenie může také negativně ovlivnit vztahy s rodinou a přáteli a může být obtížné pro pacienty navazovat a udržovat alespoň relativně harmonické vztahy. Mezi faktory onemocnění pacienta, které brání dobrému tělesnému zdraví a kondici patří komorbidita, špatná sebek péče, nedůvěra v systém zdravotní péče, narušená komunikace a sociální dovednosti, popírání fyzických nemocí, špatné dodržování léčebných režimů. Existují ale i faktory systému zdravotní péče, které tvoří překážku dobrého tělesného stavu u pacientů s psychickými poruchami. Mezi ně patří nedostatečná integrace systémů lékařské a psychiatrické péče, omezení přístupu k systému zdravotní péče, stigmatizace poskytovatele pacientů s duševními poruchami či fragmentace péče mezi více poskytovateli. V průběhu života se přirozeně mění několik faktorů – realita (covid, válka, inflace...), pocit svobody, osobní identita, sociální realita, vnímání (celková atmosféra ve společnosti), svobodná vůle, myšlení a afektivita.

Léčba schizofrenie antipsychotiky se v průběhu života mění. Může být závislá na mnoha faktorech, včetně dostupnosti, ceny, výzkumu a vedlejších účinků lékové politiky státu, ochotě užívat lék apod. Antipsychotika mohou být dostupná pouze v některých zemích nebo se mohou lišit v dostupnosti v různých regionech stejné země, to může ovlivnit schopnost pacientů získat potřebnou léčbu. Některá antipsychotika mohou být finančně náročná a pacienti nebo jejich zdravotní pojišťovny mohou nemít prostředky na jejich zakoupení. Může to vést k nutnosti používat levnější, méně účinná léčiva nebo žádná léčiva. Některá antipsychotika mohou mít vedlejší účinky, které mohou být pro pacienty nepřijatelné nebo dokonce nebezpečné, může to ovlivnit volbu léčby a schopnost pa-

cientů užívat léčivo. Máme ale i antipsychotika, která jsou účinná, bezpečná a dostupná, mezi ně patří kupříkladu i lurasidon.

Na závěr profesorka Látalová sděluje, že lurasidon má dostatečnou klinickou účinnost a dobrou snášenlivost. Mezi ostatními atypickými antipsychotiky má svým způsobem výjimečné postavení. V rámci strategie tzv. terapie šité na míru lze využít jeho přínosy – prokognitivní efekt. Existují data účinnosti pro převod z léčby antipsychotiky druhé generace na terapii lurasidonom se zachováním terapeutické účinnosti (beze změny ve skóre PANSS, nebo dokonce s jeho poklesem) a se zlepšením sledovaných parametrů (hmotnost, cholesterol, koncentrace prolaktinu). Je potřeba učinit s lurasidonom osobní klinickou zkušenost, ale potenciál získat status vhodného antipsychotika pro mnoho pacientů s diagnózou schizofrenie tento příravek jistě má.

Závěrečného slova se ujal profesor Kašpárek a pohovořil o problematice zdravotních služeb. Doposud zmíněné věci platí pro lidi, kteří se do systému zdravotní péče dostanou. Je otázkou, jestli máme dobře nastavenou síť zdravotní péče tak, aby se všichni pacienti, kteří péči potřebují do systému skutečně dostali. Je to jedno z témat, kterým se zabývá výbor psychiatrické společnosti. Řeší se, jaká má být role jednotlivých prvků systému a jaká má být jejich kapacita. V roce 2012 psychiatrická společnost stanovila kapacity psychiatrické sítě, jednalo se o expertní odhad a dnes díky datům máme možnost revidovat systém a podívat se, jestli je nastavený dobře a kde jsou potřebné úpravy. Profesor Kašpárek dále prezentoval několik zajímavých „čísel“ nad kterými je potřeba se zamyslet a říct si jakým způsobem systém nově nastavit. Nová ročenka psychiatrických služeb obsahující data za rok 2021, (k dispozici na stránkách ÚZIS) říká, že 750 000 obyvatel v České republice je ročně v kontaktu se zdravotní péčí pro duševní poruchu. Ročně je v psychiatrických ambulancích ošetřeno 650 000 pacientů. Zajímavostí je, že ÚZIS nebyl schopný mezi roky 2019–2021 zaznamenat nárůst počtu pacientů v psychiatrických ambulancích, což plně neodpovídá naší každodenní praxi, která ukazuje že nárůst tlaku je obrovský. Profesor Kašpárek se zamýšlí nad příčinou nezaznamenaného nárůstu ošetřených osob, je možné, že je to způsobeno

dosáhnutím stropu kapacity, který dokážou naše ambulance zvládnout. Pokud to tak doopravdy je, jedná se o velmi špatnou zprávu, protože tato situace nemá jednoduché řešení. Jediným řešením je, že do systému budou vstupovat další kolegové, kteří zvýší kapacitu ambulantní péče, tak aby péči dostal každý, kdo ji potřebuje.

Když se podíváme na data ohledně schizofrenie, ročně je v ambulancích ošetřeno přibližně 46 000 pacientů s diagnózami F2X (schizofrenie i ostatní psychotické poruchy). Pro kontext, afektivních poruch je v ambulancích ošetřeno přibližně 90 000, úzkostných poruch přibližně 250 000. Číslo 46 000 je zarazující, protože víme, že celoživotní prevalence schizofrenie je 1 %. **Znamená to, že bychom měli mít v České republice 110 000 pacientů se schizofrenií. Jak je to možné?** Máme 50% nerozpoznanou nemocnost pacientů, kteří nečerpají zdravotní služby? Jestli je to tak, potřebujeme posílit asertivní přístup a vyhledávání pacientů, kteří péči nečerpají. Pacienti, kteří jsou diagnostikováni až v 50 % případů vypadávají ze zdravotního systému a nečerpají žádnou službu? **Vedeme je pod jinými diagnózami?** Nepravděpodobné. **Čerpají službu někde jinde než v psychiatrických ambulancích?** Nepravděpodobné. Je to věc, která se musí brát do úvahy, při nastavování služeb.

Co se týče hospitalizací, ročně proběhne asi 27 000 hospitalizací na akutních lůžkách, z toho asi 6 000 hospitalizací tvoří pacienti s psychózou, afektivních poruch je na akutních lůžkách hospitalizovaných asi 2 000, úzkostné poruchy tvoří asi 5 000 akutních hospitalizací. V relativní zátěži akutní lůžkové péče tvoří pacienti se schizofrenií větší část uživatelů. Z akutního lůžka asi 30 % pacientů překládáme do dalšího zdravotního zařízení, dominantně na lůžka následné péče. Asi 26 000 pacientů je ročně hospitalizovaných na lůžku následné péče, neznamená to však, že všichni pacienti, kteří jsou hospitalizováni na následném lůžku následnou péčí také čerpají. Délka hospitalizace v psychiatrických nemocnicích je asi u 76 % pacientů kratší než 3 měsíce. Pořád se v psychiatrických nemocnicích na následných lůžkách děje významná část akutní péče, jenom ji nedokážeme odlišit. Na následných lůžkách je asi 4 000 pacientů s psychózou, je to relativně největší část diagnóz, kterou tam vidíme. Je podstatné, že v psychiatrických nemocnicích máme pořád 2 000 pacientů, kteří