

Komentár SPsS SLS k aktualizácii Národného programu duševného zdravia

V súčasnosti živou témou v našej spoločnosti, ktorá zaujíma aj médiá, je aktualizácia Národného programu duševného zdravia (NPDZ) a zverejnenie Plánu realizácie úloh NPDZ na obdobie rokov 2017-2018. Obidva dokumenty vypracovala rada pre duševné zdravie MZ SR a následne boli schválené vládou vlády SR 10.01.2018.

Jeho konečné znenie na stiahnutie je dostupné na:

<http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=27122>

NPDZ nie je však dokument, ktorý prioritne rieši starostlivosť v odbore psychiatria, ale ide o komplexný program starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku a ktorým sa problematika duševného zdravia stáva politickou prioritou v celej jej komplexnosti. Bol vytvorený na princípe medzirezortného a systémového prístupu k starostlivosti, so snahou zabezpečiť rovnaký prístup k starostlivosti o duševné zdravie tak, ako k starostlivosti o telesné zdravie. Jeho obsah sa však významnou mierou dotýka psychiatrickej starostlivosti o slovenskú populáciu a pritiahol k jej problémom záujem médií.

Najčastejšími otázkami médií, ktoré z jeho aktualizovaného znenia vyplynuli sú:

- nedostatok a nadmerné zaťaženie psychiatrov,
- spolupráca psychiatrov a všeobecných lekárov pri liečbe depresívnych a úzkostných porúch,
- nedostatok lôžkových psychiatrických zariadení,
- nedostatok denných psychiatrických stacionárov.

Podľa Štatistickej ročenky (2016) NCZI uvádza, že na Slovensku pracuje 651 psychiatrov pre dospelých a 45 pedopsychiatrov, z toho 20 v Bratislave, v Trnave a Prešove nepôsobí žiadny. Pri porovnaní týchto údajov s dátami z minimálnej siete ústavných a ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v roku 2016 nám na Slovensku chýbalo celkovo 27 psychiatrov. Ak súčasne vezmeme do úvahy vek a aktuálnu situáciu v špecializačných odboroch psychiatria a detská a adolescentná psychiatria môžeme odhadnúť, že v roku 2021 ich bude chýbať až 50. Za ostatné desaťročie (do roku 2016) sa špecializovalo 217 psychiatrov pre dospelých a iba 23 pedopsychiatrov.

Pritom Štatistická ročenka uvádza, že počet ambulantných psychiatrických vyšetrení v roku bol v roku 2016 až 1 788 554, z toho 86 499 pedopsychiatrických.

Psychiatrická starostlivosť na Slovensku je zabezpečovaná v psychiatrických ambulanciách, ktoré sú však regionálne nerovnomerne rozmiestnené, čo vedie k ich preťaženosti v niektorých regiónoch.

Podľa aktuálnych údajov NCZI z roku 2015 psychiater poskytujúci ambulantnú zdravotnú starostlivosť denne realizuje cca 30 vyšetrení v priemere za 7 hodín pracovného času. Napriek alarmujúco vysokému číslu, ktoré predpokladá, že jednému pacientovi môže psychiater venovať približne 16 minút času, je skutočný odhad vyšetrení ešte vyšší, najmä ak sa vezme do úvahy regionálna nevyváženosť počtu psychiatrických ambulancií. Situáciu komplikuje aj skutočnosť, že mnohé výkony v psychiatrii sú neodkladné, plánované vyšetrenia je preto následne nutné

odkladať. Podľa prieskumu Asociácie na ochranu práv pacienta predstavuje čakacia lehota na psychiatrické vyšetrenie na Slovensku v priemere 7,3 týždňa. Zvlášť nedostatočná je zdravotná starostlivosť o špecifické sub-populácie chorých, najmä deti, adolescentov a geriatrických pacientov.

Domnievame sa, že v rámci transformačných krokov je preto nevyhnutné nielen navýšiť sieť ambulantných zariadení ako aj sieť špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ale ich aj rovnomernejšie roz distribuovať.

K dôležitým ukazovateľom nedostatočnosti siete je tiež skutočnosť, že na Slovensku, pochopiteľne najmä v Bratislave, kde je solventnosť obyvateľov najvyššia, v ostatných rokoch vznikajú ambulancie, ktoré nemajú uzatvorenú zmluvu so zdravotnými poisťovňami. Dôvodom je často odmietnutie zo strany zdravotných poisťovní a ich argumentácia naplnením minimálnej siete. Pacienti liečení v týchto ambulanciách si za vyšetrenie a liečbu v plnej miere platia sami. Výhodou je menšie zaťaženie psychiatra, ktorý pri lepšom ohodnotení svojej práce je zaťažený nižším počtom pacientov, ktorým môže venovať viac času, a teda aj svojej pozornosti. Okrem biologického prístupu je vo väčšej miere možné aplikovať psychoterapeutický, i keď iba napríklad podporný. Nevýhodou pre pacienta je finančné zaťaženie v situácii, keď si platí zdravotné poistenie. Je prekvapujúce, že takéto ambulancie si našli svoje miesto na Slovensku a sú udržateľné (fungujú niekoľko rokov). Myslíme si, že na Slovensku je miesto aj pre tento typ zdravotníckych zariadení, rozhodnutie uprednostniť ich by však pacient nemal realizovať z dôvodu nedostupnosti inej formy a starostlivosti v nich by mala byť porovnateľná so zazmluvnenými ambulanciami, resp. mal by sa zmeniť systémový prístup k nim aspoň tým spôsobom, že predpisované lieky budú hrazené zo zdravotného poistenia pacientov.

V Reforme psychiatrickej starostlivosti (Hašto a kol., 1999) je región štandardnej psychiatrickej starostlivosti (RŠPS), definovaný pre geografickú oblasť so 60-150 tisíc obyvateľmi a predpokladá existenciu 4 psychiatrických ambulancií (PA). Dnes však predpokladáme, že potreba psychiatrickej starostlivosti je vyššia. Za optimum považujeme 1 PA na 8000 obyvateľov (čo zodpovedá aj Reforme psychiatrickej starostlivosti, ktorá aktuálne prebieha v ČR), pričom ako minimum vnímame 12 000 obyvateľov. Odhadujeme, že súčasný stav je cca 1 PA na 17 550 obyvateľov.

Optimálny počet vyšetrení na jedno lekárske miesto a jeden pracovný deň odhadujeme na 15 vyšetrení denne, maximum 20 vyšetrení denne (s ohľadom na nový ZVV). Ako už bolo uvedené v súčasnosti je to cca 30 vyšetrení denne.

Dôležitá je v tejto súvislosti aj maximálna časová dostupnosť (dojazd) do ambulancie, ktorá v ideálnom prípade nemá presiahnuť 1 hodinu a to akýmkoľvek spôsobom (dopravný prostriedok plus nutná chôdza).

Zapojenie všeobecných lekárov a psychológov do liečby niektorých psychických porúch nie je novinkou a bude ho riešiť aj projekt ŠDLP. Klinickí psychológovia a psychoterapeuti sa dlhodobo podieľajú na liečbe najmä psychoreaktívne spustených depresívnych porúch. Všeobecní lekári majú dlhodobo možnosť predpisovať „prvolíniové“ antidepresíva, najmä SSRI. Domnievame sa, že v tejto oblasti netreba meniť pravidlá, naopak, môže byť obojstranne výhodné ich používať. Na druhej strane si uvedomujeme nadmerné zaťaženie nielen psychiatrov, ale aj všeobecných lekárov, ktorí nemajú pri svojej vyťaženosti kapacitu špeciálne sa

venovať tejto problematike – vzdelávať sa v nej a bez toho ich prístup nemusí byť adekvátny. V každom prípade do kompetencie všeobecných lekárov patria nekomplikované stavy s dobrou prvotnou odpoveďou na liečbu. V ostatných prípadoch je potrebná diagnostika a liečba u psychiatra.

Aj ústavná psychiatrická starostlivosť na Slovensku má svoje slabiny. Tiež existujú regionálne rozdiely v dostupnosti.

V Reforme psychiatrickej starostlivosti (Hašto a kol., 1999) je RŠPS definovaný pre geografickú oblasť so 60-150 tisíc obyvateľmi a predpokladá existenciu jedného lôžkového zariadenia s 80 až 120 posteľami. Vzhľadom k zmenám v psychiatrickej liečbe od roku 1991, kedy bola Reforma vypracovaná a tiež pri porovnaní s údajmi českej reformy, sa domnievame, že v súčasnosti postačuje 1 zariadenie pre cca 100 000 obyvateľov s 50 posteľami (vrátane lôžok pre intenzívnu starostlivosť a gerontopsychiatrických lôžok). Počet lôžok v ústavnej liečbe pri akútnej starostlivosti na jeden plný úväzok lekára odhadujeme v optimálnom prípade na 5 lôžok na 1 lekárske miesto (LM), maximálne však na 15 lôžok na 1 LM. V psychiatrickom stacionári optimum 10 lôžok na 1 LM, maximálne 15 na 1 LM.

Ako významný problém ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria sme identifikovali chýbajúce, resp. zastarané vybavenie, nutná je modernizácia budov, ich vybavenia, diagnostických a liečebných prístrojov.

Denné psychiatrické stacionáre (denná psychiatrická starostlivosť) sú významnou a nenahraditeľnou formou liečby v psychiatrii. Pre mnohé skupiny pacientov trpiacich závažnými chronickými psychickými poruchami sú jedným z najúčinnějších terapeutických postupov, premostňujúcich hospitalizáciu a ambulantnú starostlivosť. Predstavujú významnú súčasť moderného komunitného systému liečby a poskytujú možnosť rehabilitácie a postupnej resocializácie pacienta, t. j. minimalizáciu chronických následkov závažného psychického ochorenia, umožňujú dlhšie zachovanie sebestačnosti a oddialenie inštitucionalizácie. V ideálnom prípade sú denné psychiatrické stacionáre zriaďované aj so zameraním na špecifické sub - populácie pacientov ako sú napríklad chorí trpiaci chronickými psychotickými poruchami či pacienti s demenciami, vzhľadom k tomu, že jednotlivé skupiny pacientov vyžadujú odlišný liečebný prístup. Sieť denných psychiatrických stacionárov sa v posledných rokoch kriticky znižuje z dôvodu finančnej neudržateľnosti ich prevádzky. Zdravotné poisťovne nemajú o tento typ zariadení záujem, V SR je nutné sieť DPS rozšíriť tak, aby v regióne so 150 000 obyvateľmi bolo dostupných minimálne 30 denných miest.

V modernej komplexnej psychiatrickej liečbe spolupracuje multiprofesionálny tím, t. j. psychiatri, psychológovia, sociálni pracovníci, sestry špecialistky v ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii a ďalší zdravotnícki pracovníci. Tento tím koordinuje vedúci lekár denného psychiatrického stacionára alebo psychiater poskytujúci ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ktorý spolupracuje s ostatnými komunitnými službami.

V súčasnej dobe je v zdravotníckych zariadeniach nedostatočný počet psychiatrov. Podľa štatistických zistení pripadá na 1 lekára viac ako 15 postelí, čo je v porovnaní s ostatnými medicínskymi odbormi najvyšší počet postelí. Predpokladáme, že k naplneniu potrebného počtu lekárov dôjde v priebehu 10 rokov. Prednostne je nutné

zabezpečiť doplnenie lekárov špecialistov v tých regiónoch štandardnej starostlivosti, kde nie sú zabezpečené ani ambulatná ani ústavná zdravotná starostlivosť.

Nedostatočný počet odborných pracovníkov v niektorých oblastiach Slovenska je alarmujúci. Prvoradou úlohou je zabezpečiť stabilizáciu týchto profesií so súčasným zameraním na trvalé zvyšovanie ich odbornej úrovne. Nevyhovujúca situácia v komplexnosti poskytovaných služieb je v jednotlivých odborných profesiách. Jednou z prvých úloh v tejto oblasti bude posúdenie súčasného stavu ľudských zdrojov a vypracovanie normatívov optimálneho počtu zdravotníckych pracovníkov v jednotlivých zdravotníckych odboroch.

Ako problematické oblasti psychiatrickej starostlivosti v SR sme identifikovali:

- inštitucionalizáciu psychiatrickej starostlivosti,
- nedostatočné personálne a materiálno-technické vybavenie ústavných zariadení,
- absenciu psychiatrických zariadení so zvláštnym určením - chýbajú špecializované psychiatrické zariadenia, krízové centrá a centrá komunitnej psychiatrie, forenzné psychiatrické oddelenia. Ich zriadenie je veľmi potrebné, nakoľko reflektuje potreby modernej spoločnosti a potreby súčasnej psychiatrickej liečby. Dôležité je teda zväžiť nielen optimalizáciu, ale aj zmenu organizácie psychiatrickej starostlivosti v SR,
- úhradový systém v ambulatnej starostlivosti a naďalej absenciu nového Zoznamu zdravotných výkonov (i keď táto oblasť sa v súčasnosti rieši a na tejto oblasti MZ SR spolu s odborníkmi intenzívne pracuje),
- nedostatočnú rozvinutosť špecializovaných ambulancií,
- rezervy v oblasti detskej psychiatrie (ambulantná aj ústavná starostlivosť, ľudské zdroje...),
- nedostatočné prepojenie ambulatnej a ústavnej starostlivosti s primárnou ambulatnou zdravotnou starostlivosťou, sociálnymi službami a pod.,
- absentujúcu komunitnú psychiatrickú starostlivosť: denné psychiatrické stacionáre, komunitné centrá duševného zdravia, centrá včasnej intervencie, krízové centrá a ďalšie krízové služby, mobilné (multidisciplinárne) tímy, špecializované psychiatrické sestry v teréne.

V Bratislave 26.03.2018.