



O peníze EU může žádat prvních pět center duševního zdraví

Reforma psychiatrické péče reálně odstartovala, ministerstvo zdravotnictví vypsalo výzvu k předkládání žádostí o dotaci z fondů EU pro prvních pět center duševního zdraví. Cílem je přesun části péče do komunit. O reformě jsme si povídali s předsedou Psychiatrické společnosti ČLS JEP **docentem MUDr. Martinem Andersem, Ph.D.**, z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice Praha.

I Pane docente, pokud se část psychiatrické péče v nemocnicích zruší, mají se lékaři a sestry obávat, že přijdou o práci?

Určitě se nemusejí obávat. Naše odhady mluví spíše o tom, že budeme potřebovat více pracovníků, nejenom lékařů, ale hlavně zdravotních sester a sociálních pracovníků. Spíše je důležitá jejich specializace pro systém péče, který navrhujeme, což se týká pouze center duševního zdraví. Převážná část zdravotníků může setrvat na akutních lůžkách, může být součástí týmů v psychiatrických ambulancích a v ambulancích s rozšířenou péčí atd. Prostor pro ty, kteří nechtějí velkou změnu ve své pracovní náplni a profesi, tu tedy bude.

Samozřejmě lidé, kteří jsou více sociálně zaměřeni, mají více energie a aktivity a chtějí poskytovat kvalitnější péči, se budou muset naučit nové dovednosti, které v terénu budou odlišné od toho, co znají například při práci na lůžkách. Bude to aktivní komunikace s pacientem, asertivní práce, vyhledávání pacientů a hodnocení rizik u nich, což se nyní běžně v klinické práci nebo při péči v psychiatrických nemocnicích nedělá. Sázím především na mladší lidi, kteří se budou chtít naučit novým dovednostem, budou mít velký prostor pro rozvoj svých dovedností.

I Kde budou mít možnost se to naučit ti, kdo budou chtít v centrech duševního zdraví pracovat? Budete pořádát kurzy?

Určitě s tím počítáme. Jediný problém, který v současnosti je, že nemáme dostatek odborných pracovníků pro práci v centrech duševního zdraví. Získáme je až v rámci rozběhlých projektů, plus zahraniční zkušenosti. V plánu je vyslat lidi do zahraničí, aby se podívali, jak to tam funguje, a přesvědčili se sami. Modelovým příkladem pro nás jsou Nizozemsko, Norsko, Itálie. České prostředí ale je do určité míry specifické v systému poskytování zdravotní péče, takže se

bude hledat ideální nastavení vybraného modelu pro naši zemi. To znamená, že máme inspiraci globální, ale budeme ji přizpůsobovat na místní podmínky.

Finanční prostředky by na to měly být od EU i v rámci vzdělávacích aktivit, například zdravotní sestry mají připravené vzdělávací programy, kde získají odbornost psychiatrické nebo psychiatrické komunitní sestry.

I Zmiňoval jste na tiskové konferenci, že kroky ministerstva odpovídají tomu, co odborná společnost zpracovala v reformě psychiatrické péče. Můžete uvést hlavní body reformy, v níž centra duševního zdraví jsou důležitým krokem. Jaké další kroky by měly nastat?

Je to za prvé zapojení nových prvků. Víme, že máme v psychiatrii nedostatečnou akutní péči. Řada psychiatrických nemocnic ji v regionech supluje. Máme v ČR zhruba 200 nemocnic a jen 30 z nich má psychiatrické oddělení. Takže co se stane s pacientem, který je psychicky nemocný a je v nemocnici, kde nemají psychiatra ani konziliáře nebo nemají tuto péči dostupnou? Stabilizuje se jeho stav a pošle se do psychiatrické nemocnice nebo léčebny. Takový člověk by přitom mohl zůstat na oddělení somatické medicíny a mohla by mu být poskytována konziliární psychiatrická péče. To je jedno z řešení. Další věc, přítomnost psychiatra na poradách vedení nemocnice může do určité míry zvýraznit nutnost a přítomnost takového typu péče v dané nemocnici. Chtěli bychom tedy zvýšit počet akutních oddělení, která by dělala rychlou diagnostiku, byla by nízkoprahová, spolupracovala by s centry duševního zdraví, s psychiatrickými ambulancemi, bylo by to daleko rychlejší.

Druhá věc jsou ambulance rozšířené péče, ty by měly poskytovat péči nejenom psychiatra, ale měl by tam být klinický psycholog, adiktolog, sociální pracovník, odborník na poruchy příjmu potravy apod. Každý kolega si může skladbu



Foto archiv M. Anderse

odborníků určit sám, ale musí v ambulanci mít minimálně tři další odbornosti, včetně sociálního pracovníka a psycho-terapeuta. To dnes není. V psychiatrické ambulanci je samotný psychiatr, má zdravotní sestřičku, tím jeho kompetence končí. Kdyby tam byl spolupracující tým, pacienti se dostane komplexnější, a tím i účinnější formy péče.

Velkým prvkem reformy jsou centra duševního zdraví. Je to vlajková loď, která bude asi nejvíc sledována a viděna. Nesmím zapomenout, že probíhá i velký kus práce na úhradách zdravotní péče, v současné době nejsou podle nás nastaveny vhodným, v mnoha směrech motivujícím způsobem.

I Reforma se týká lidí s duševním onemocněním, začíná u těch nejvážněji nemocných...

V první fázi jsme se v reformě orientovali na lidi trpící dlouhodobými a vážnými psychickými problémy, aby jim bylo co nejdříve pomoheno. Nezapomínáme ani na další oblasti komplikované léčby, jako jsou komorbidity, dětští pacienti, kde poskytování péče je ve velmi insuficientním stavu, a lidi ve vyšším věku, kterých bude přibývat.

I Jak je zajištěno, aby podobně jako v Itálii po uzavření velkých nemocnic neskončili pacienti jako bezdomovci na ulici?

My jsme z nepříjemných zkušeností italských kolegů poučení a spolupracujeme s nimi. Důležité je, aby komunita byla připravena se o tyto pacienty postarat. Žádný psychiatrický pacient by neměl zůstat na ulici, po propuštění z nemocnice by mu měla být poskytována adekvátní komunitní péče. Na toto téma doporučuji práci sociologa Petra Winklera, která ukázala, že deinstitutionalizace nevede k bezdomovectví, že je to jen jeden z mýtů. Ale samozřejmě musí fungovat komunitní systém. Pokud se o pacienta v těžkém stavu nebude nikdo starat v místě bydliště, může skončit na ulici. To si nikdo z nás v žádném případě nepřeje.

I To bylo k deinstitutionalizaci, a řekněte mi ještě k destigmatizaci – nejde jen o laickou veřejnost, ale i o samotné zdravotníky a jejich pohled na psychiatrii.

S tím mám osobní zkušenost. Kolegové jiných odborností mě někdy upozorňu-

jí, ať pacientovi neříkám, že jsem psychiatr, ale že jsem třeba neurolog... Reaguji, že pacient by měl vědět, kdo ho ošetřuje. Z toho je vidět, že psychiatrii jsou stigmatizováni. Dokládá to i počet psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích. Víme, že každé, i dobře vedené psychiatrické oddělení, které má 30 lůžek, je průměrně minus osm milionů korun ve financování. Žádný ředitel nemocnice si takové ztrátové lůžko neotevře. To je také jedno stigma a souvisí s podfinancováním psychiatrické péče. Podařilo se nám navýšit podíl psychiatrie až na čtyři procenta veřejného zdravotního pojištění, před třemi, čtyřmi roky to bylo 2,8 procenta. Podíl roste, ale hranice, kdy ucítí pacienti i personál, že se něco mění, je až kolem pěti, šesti procent.

šeny zánětlivé faktory. Používají se léky, které tlumí imunitu, používají se monoklonální protilátky. Podobné objevy udělali britští vědci se schizofrenií, dokonce léčí monoklonálními protilátkami první skupinu pacientů. A zatím tvrdí, že mají docela úspěch. Klíčové je, že se nesmí nechat proces zánětu, neurodegenerace, probíhat příliš dlouho. Tady se apeluje na včasný záchyt a včasnou léčbu těchto pacientů. U pacienta po dvaceti letech klasické léčby je malá šance, že mu sebe-modernější léčba pomůže. Ale třeba u dvacetileté dívky, která právě onemocněla, je velká šance, že se podaří jí vrátit zcela bez následků zpátky do života. A právě tím může moderní psychiatrie být atraktivní pro mediky. Hltají každé slovo, když na stážích slyší o moderních poznatcích a využití zobrazovacích metod, imunologie atd.

I Co se týká včasného zachytu – nejčastěji chodí pacienti k praktickému lékaři. Máte pro tyto lékaře vzdělávací program? A pro sestry, které by mohly také výrazně pomáhat?

Praktičtí lékaři jsou do určité míry velmi přetížení, ale v systému by určitě měli mít své velké místo. Už dnes z preskripce víme, že léčí polovinu pacientů s depresí. Jsou tedy neopomenutelným prvkem v zajištění psychiatrické péče. Nechceme je v žádném případě úkolovat, ale chtěli bychom s nimi spolupracovat a být jim nápomocni v tom, aby dokázali identifikovat, že někdo trpí duševní

Cíl reformy

- maximální integrace dlouhodobě hospitalizovaných do běžného života
- zvýšení bezpečnosti pacientů a občanů (forenzní týmy, vyhodnocování rizik, centra duševního zdraví)
- propojení zdravotní a sociální služby v péči o duševně nemocné
- rychlá pomoc v terénu (tým včasné intervence)
- regionální odpovědnost v poskytování služeb
- zavedení nových typů služeb (např. ambulance s rozšířenou péčí, terénní týmy pro speciální skupiny pacientů)
- vyšší informovanost laické i odborné veřejnosti
- nákladová efektivita
- zavedení standardů kvality

I Je mezi mediky o studium psychiatrie zájem? Jak je k oboru přilákat?

Jde o to ukázat atraktivitu oboru. Když jim ukazujeme, že v psychiatrické nemocnici se budou starat třeba deset let o pacienta bez naděje na zlepšení stavu, působí to bezvýhodným dojmem. Dnes se ukazuje, že řada duševních onemocnění má silné biologické podloží a často jde o zánět, dokonce se ukazuje, že některé duševní choroby bude možné léčit monoklonálními protilátkami, stejně jako roztroušenou sklerózu, Crohnovu chorobu apod. Soudím, že je to otázka jen několika let, kdy se rozvoj výrazně akceleruje. A to nás posouvá blíže k neurovědě a somatickým nemocem.

I Znamená to, že by psychiatrické onemocnění šlo zcela vyléčit?

Nechci to říct tak jednoznačně, ale třeba u řady pacientů s depresí jsou zvý-

chorobou, což například je to, že chodí často do ambulance a má příznaky, které lze poznat.

Další významnou složkou spolupráce je, aby praktičtí lékaři neměli problém, kam pacienty poslat. Dnes řada praktických lékařů je výborná v diagnostice, ale když chtějí poslat pacienta na psychiatrické pracoviště, zjistí, že nejsou schopni ho k psychiatrovi umístit. Za posledních 15 let přibývalo v ambulancích 80 procent pacientů, za stejnou dobu přibývalo lékařů jen 30 procent. Na tomto obrovském nepochopu se podílí i destigmatizace oboru, respektive nemoci, jako je depresivní nebo úzkostná porucha, lidé se už tolik nebojí chodit k lékaři a více navštěvují psychiatry. Musíme propracovat systém – psychiatr dostane pacienta z těžké deprese, pacient chodí do jeho ambulance půl roku, užívá léky, je stabilizovaný.

POKRAČOVÁNÍ NA STRANĚ C2

Kdo je kdo v reformě psychiatrie

Výkonný výbor reformy psychiatrie má hlavní koordinační a exekutivní roli, jsou v něm zástupci ministerstev zdravotnictví, financí, práce a sociálních věcí, Všeobecné zdravotní pojišťovny, Svazu zdravotních pojišťoven ČR, Asociace krajů ČR, ÚZIS, NÚDZ, Psychiatrické společnosti ČLS JEP a uživatelů.

Odborná rada jako poradní orgán reformy jmenovaná ministrem zdravotnictví je platformou pro transformaci. Jsou v ní zástupci za klinické psychology, denní stacionáře, za pedopsychiatrii, adiktologii, akutní a následnou lůžkovou péči, NÚDZ, za rodiče a uživatele, poskytovatele sociálních služeb, psychiatrické ambulance.

Kraje a obce mapují dostupné služby a spolu s poskytovateli lůžkové péče vypracují plány komplexní sítě sociálních, sociálně-zdravotních a zdravotních služeb pro své rezidenty s duševním onemocněním.

EU vnímá projekt jako pilotní, který bude příkladem i pro další země.

O paměti

KOMENTÁŘ



MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA

Paměť je naším jediným bohatstvím. Teprve přijdeme-li o ni, stanou se z nás skuteční žebráci.“ To napsal J.-E. D. Esquirol (1771–1840). Všiml si ztráty paměti v průběhu demence.

Mozek zevní ani svůj vnitřní svět, což je jeho vlastní svět, a k tomu svět těla, v němž je, nefotografuje. Přechodné nebo trvalejší záznamy jejich proměn ukládá jako neuronální reprezentace. V mikrometrové a mikrosekundové úrovni analýzy je lze chápat jako časoprostorové uspořádanou aktivitu bilionů synapsí v různých konektomech.

Konektomy jsou neuronální sítě velkého rozsahu. V lidském mozku jich je řada desítek. Pojem „center“ neurovědy opustily. „Centra“ jsou uzly v sítích.

Plati: jeden konektom vždy zpracovává větší počet problémů, jeden problém je vždy zpracováván větším počtem konektomů. Všechny podoby paměti jsou neuronální reprezentace v různých konektomech.

V lidském mozku je 84 miliard neuronů. Počet jejich druhů znám dobře není, záleží na tom, jak se určují. Počet synapsí, kontaktů, v nichž si neurony vyměňují informace, je odhadován na 10–100 trilionů. Část je evoluční dědictví, přicházíme s nimi na svět. Další část tvoří všechny vlivy vnitřního a zevního prostředí. Nové synapse vznikají během desítek sekund. Platí pro ně Hebbovo pravidlo (1949): fire together, wire together. Aktivní synapse udrží spojení, málo aktivní zanikají, někdy se svými neurony. Mozek se tímto způsobem tr-

vale dostavuje a přestavuje. Kromě toho, že náš mozek je nejsložitější struktura ve známém vesmíru, je i ve značné míře nejplastičtější. Díky četbě tohoto vyprávění uživatele a tvoříte miliardy přechodných a „trvalých“ synapsí v mnoha místech mozku. Kvantita a kvalita jejich činnosti umožní vybavit si přečtené informace v různém rozsahu a hloubce v různém časovém odstupu.

Paměť není jednotný systém

Jednoduchá klasifikace rozlišuje vědomou, krátkodobou pracovní paměť, vědomou dlouhodobou paměť pro fakta, sémantickou, a pro události, epizodickou. Kromě nich existuje řada nevědomých pamětí, například paměť pro dovednosti čili procedurální, dále priming, což je nevědomá paměť usnadňující učení, poté klasické pavlovovské podmiňování, jehož mechanismus je složitější, než si lidé myslí, a podmiňování emoční.

Každý typ paměti je projevem činnosti konektomu, jenž má zúžený profil. Poškození zúženého profilu vede k poškození nebo výpadku příslušné paměťové funkce. Po této stránce se na desítky let stal neurovědeckou celebritou pacient H. M. (Henry G. Molaison, 1926–2008), jemuž byly r. 1953 pro neléčitelnou epilepsii odňaty vnitřní části obou spánkových laloků včetně amygdal a hipokampů. Po operaci se četnost záchvatů snížila, ale objevila se charakteristická porucha paměti, později pojmenovaná hipokampální amnézie. Trvalo totiž dlouho, než se prokázalo, že klíčem k pochopení je narušený hipokampus. Lidé, kteří mají poškozenou tuto oblast oboustranně, si události do poškození pamatují poměrně dobře, ale nové záznamy si pamatují asi minutu. Mají tedy prohrádní amnézii, epizodickou i sémantickou. Pracovní i procedurální paměť mají zachovanou, ale nevybaví si, že se naučili novou dovednost. Nechtěná lékařská katastrofa spustila moderní výzkum lidské paměti.

Emoční podmiňování

Emoční podmiňování je součástí stylu vazby mezi matkou a nejmenšími dětmi.

Mezi bezpečným, vyhýbavým, úzkostným a dezorganizovaným stylem vazby jsou základní rozdíly. Styl vazby lidí svým způsobem citově a sociálně napíše na celý život. Lze předpokládat, že jde o výsledek neuroplasticity systémů odpovídajících za činnost celku, jemuž se obrazně říká sociální mozek. Pravděpodobně jde o druh imprintingu, podobně jako v průběhu vývoje řeči a jazyka. Jestliže se na malé děti v rozmezí několika let nemluví, mluvit se již nikdy nenaučí.

Bezpečný, vyhýbavý, úzkostný a dezorganizovaný styl vazby si díky nevědomé emoční paměti odnášíme do dospělosti. Díky stylu vazby se citově a sociální vztahy v dospělosti pohybují podle dvou os: úzkost a vyhýbavost. Míra obou může být vysoká nebo nízká. Tím pádem vznikají čtyři možnosti. Před šedesáti lety, kdy se s experimentem Mary Ainsworthové, jehož výsledek diagnostikoval styl vazby, začalo, byl podíl dětí s bezpečnou vazbou asi dvoutřetinový. Pravděpodobnost, že se potkají dva lidé s bezpečnou vazbou, tehdy byla asi třetinová. V současné době je podíl dětí s bezpečnou vazbou pod 50 procent. Pravděpodobnost, že člověk s bezpečnou vazbou potká coby životního partnera druhého jedince s touž vazbou, je tedy asi čtvrtinová. Vztahy lidí s vyhýbavým, úzkostným a dezorganizovaným stylem vazby jsou méně stabilní, než jsou vztahy lidí s bezpečnou vazbou, ve vyšší míře je ohrožují duševní poruchy a one-mocnění, například deprese.

Jak se hledá engram?

Engram je obecné označení všech změn stavby a činnosti nervové tkáně, které jsou nositelkami paměťové stopy.

CREB je buněčný transkripční faktor. Reguluje přepis řady genů. V roce 2009 byl ve dvou laboratořích zjištěn význam CREB pro tvorbu engramu.

Amygdala je nakupení šedé hmoty pod kůrou pólu spánkových laloků. U pokusných myšek stejně jako u lidí začnou některé její neurony vydávat zvýšené množství vzruchů, jakmile se myška učí a později si vybavuje



ilustrační foto shutterstock.com

bě neuronálních vzorců, které odpovídají konkrétní myšlence nebo zkušenosti. Pokusné osoby si prohlížely tváře slavných lidí, míst a běžné předměty. Počítačový program identifikoval vzorce neuronální aktivity, které odpovídaly jednotlivým kategoriím. V další části experimentu si pokusné osoby vybavovaly jednotlivé položky. Neuronální „otisky prstů“ se znovu objevovaly pár sekund před každou odpovědí. Například předtím, než lidé pojmenovali celebritu, se objevily „neuronální otisky prstů“ odpovídající celebritě, včetně aktivity oblasti mozkové kůry, která zpracovává tvářové podněty.

Jestliže lidé sledovali různé scény, vzorce jejich neuronální aktivity je rozlišovaly. Stejně vzorce se objevovaly v blízkosti hipokampu v zadní vnitřní mozkové kůře, jakmile si lidé vybavovali stejnou scénu, a to i v případech, že stejnou scénu popisovali odlišně. Podobné paměťové otisky prstů se objevovaly dokonce u lidí, kteří scénu sami nepozorovali, ale slyšeli o ní.

Mozek v průběhu krátké doby paměťové záznamy reorganizuje. Dobrovolníci se dívali na 128 objektů. Každý z nich byl v páru s jednou ze čtyř scén. Scéna, na které bylo vidět pobřeží, se objevila společně se džbánem, městská krajina byla spjata s deštníkem. Každý objekt se objevil s jednou scénou, ale stejná scéna se objevovala s mnoha různými objekty.

Pokusné osoby nejprve uváděly objekty do vztahu s jejich odpovídající scénou. Každý objekt vyvolal v mozku své „otisky prstů“. O týden později byly příslušné neuronální „otisky prstů“ podobnější jeden druhému, jestliže šlo o objekty ve vztahu ke stejné scéně.

Významné je, že pokusné myši i lidé mají sklon provázat dva paměťové záznamy události, které se odehrály krátce po sobě. Jestliže se naučí myška mít strach díky elektrošoku do packy, má ho i v kleci, kde byla o několik hodin dříve. Neurony kódující jeden paměťový záznam lze totiž snadněji excitovat ještě pět hodin po proběhlém učení. V tomto období se tedy mohou vytvořit záznamy, které se překrývají – neboli falešné vzpomínky.

strach podmíněný spojením zvukového signálu a bolestivého ovlivnění packy. V těchto neuronech bylo vyšší množství CREB. Jakmile se podařilo vyřadit neurony s vyšším množstvím CREB, myšky na svůj strach zapoměly.

Klíčovým uzlem paměťového konektomu je hipokampus, vývojově starší nevnitřnější část dolního spánkového laloku. Starým anatomům připomínala na řezu v čelní rovině mořského koníka. Neurony v hipokampu lze geneticky pozměnit tak, že v průběhu aktivity tvoří i protein citlivý na světlo.

Myška dostane elektrický šok do packy, aktivuje v hipokampu neurony a ty jsou označeny. Paprsek modrého laseru osloví označené neurony, které začnou vydávat impulsy. Myška si vybaví záznam. V následné studii byly myšky umístěny do nové klece, dostaly šok do packy, přičemž byly současně reaktivovány neurony, které tvořily záznam „bezpečné“ klece. Následně byly myšky do bezpečné klece vráceny. Pohybově „zmrzly“, takže strach myšně spojily s bezpečnou klecí.

Funkční magnetická rezonance (fMR)

Zobrazuje oblasti aktivity v různých částech mozku. Statistická metoda, které se obrazně říká dekodování mozku, umožňuje užít data získaná fMR k tvor-

O peníze EU může žádat prvních pět center duševního zdraví

POKRAČOVÁNÍ ZE STRANY C1

Není nutné, aby ho sledoval specialista, mohl by se vrátit do ambulance praktického lékaře a po nějaké době nebo při výskytu příznaků by se mohl vrátit k psychiatrovi. Když už tedy praktický lékař správně diagnostikuje duševní nemoc, měli bychom mu pomoci a nabídnout dostupnost péče.

Dnes to funguje na osobních vazbách praktiků se specialisty. Když přednáším praktikům, tak první otázka vždy je – řekněte mi, jak pacienta dostat k psy-

chiatrovi. Čekací doba je u nás čtyři měsíce, za tu dobu může pacient spáchat sebevraždu. Nebo se může uzdravit, i to je možné.

Kolik máme v ČR psychiatrů a kolik by bylo optimální?

Počet psychiatrů máme slušný, 16 na 100 000 obyvatel, lehce pod průměrem zemí OECD, problém ale je, že většina psychiatrů je lokalizovaná v psychiatrických nemocnicích. Jsou tedy oblasti bez péče. Nikdo neřídí síť, ta vzniká nestructurovaně na základě dohod jednotlivých zdravotních pojišťoven. Chceme, aby ambulance s rozšířenou péčí měly regionální zodpovědnost, měly by se postarat o pacienty ze svého regionu. Psychiatr by měl mít povinnost minimálně se pacientovi věnovat – říct mu, že je nemocný a co potřebuje.

Ambulantním psychiatrům mohou v nynějším přetížení ulevit centra duševního zdraví v tom, že si na nějakou dobu převezmou péči o těžší pacienty, a psychiatři se mohou starat o ty lehčí. Návaznost tedy je centrum duševního zdraví, ambulantní psychiatr, praktický lékař – vše by spolu mělo komunikovat. Komunikace je extrémně důležitá, zlepšuje se, ale dosud neprobíhá podle našich představ.

Kraje a obce nyní mapují, jaké jsou v ČR dostupné služby. Podílí se na tom odborná společnost?

Mapování je součástí projektu, my to průběžně monitorujeme. Na výkonném výboru nám pracovní skupina pravidelně ukazuje výsledky. Teď jsme se zamýšleli nad pořízením softwarového programu, který by data dokázal zpracovat do mapy, abychom měli přehled vizualizovaný. Budeme mít každý kraj analyzovaný, co se týče jednotlivých služeb. Podobně jsme pracovali s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, který jednotlivé služby verifikoval, to znamená jejich pracovnice volala do ambulančí, jestli skutečně mají otevřeno, jaké je jejich telefonní číslo atd. Vznikne interaktivní mapa, podobně jako je Onkonet – když někdo bude mít duševní problémy, zadá například ambulantní péči v Karlovarském kraji a ukáže se mu seznam ambulančí, nemocnic, psychiatrických zařízení, kam se může obrátit. Seznam bude živý, ne že by se sestavoval jednou za rok, dva a mezitím by ambulance třeba zanikly.

A ještě otázka související se sítí – o dotaci na pilotní provoz centra duševního zdraví si do 30. dubna mohou žádat poskytovatelé sociálních služeb a poskytovatelé zdravotních služeb.

Nový systém psychiatrické péče

- přesun péče z nemocnic do vlastního sociálního prostředí pomocí následujících služeb
 - centra duševního zdraví a multidisciplinární terénní týmy
 - síť psychiatrických ambulančí, denních stacionářů a dalších zdravotních psychiatrických služeb
 - služby sociální rehabilitace
 - navazující služby podpory bydlení a zaměstnávání
 - posílení akutní péče v psychiatrii

Dotace pro jednotlivé centrum může činit až 14,9 milionu korun. Bude se při udělení dotace přihlížet k pokrytí území, aby nevznikla dvě centra blízko sebe a jinde žádné?

V první výzvě je stanoveno pět krajů, kde lze žádat: Praha, Jihomoravský, Olomoucký, Ústecký kraj a Kraj Vysočina, v těchto krajích je potřeba, a nutno říci i připravenost. Ti lidé už tam nyní existují, do určité míry spolupracují, jsou to zárodky center. Nevíme, kdo se přihlásí, ale víme, jaká je úroveň připravenosti, to znamená, že pravděpodobně mohou naplnit podmínky výzvy. Je věcí veřejné zakázky, kdo uspěje. Nejprve bude po jednom centru pro každý z pěti krajů, v průběhu příštího roku budou další

dvě výzvy na 16 center a do roku 2021 zbytek do 30 center, která se mají stát pátěří budoucí sítě. Cílový stav je cca 100 center, dvě až tři na okres. To je hudba budoucnosti, i kvůli personálu, který se musí postupně připravit.

Myslím si, že tato centra mohou sloužit i jako reklama. Když systém bude fungovat, bude sám o sobě destigmatizující, bude příkladem. Když lidé uvidí, že služby fungují, tak se také dále zapojí. Víme, že řada sestřiček není spokojená s tím, jak se mají třeba v nemocnicích, a nebojí se změny. Očekáváme ale zájem i z jiných oborů, když uvidí, že tento úplně jiný systém práce funguje a může být pro pacienty i zdravotníky velkým přínosem. **nam**

Financování reformy

- k zahájení reformy finanční podpora z evropských investičních fondů v hodnotě jedné miliardy korun
- po vyčerpání peněz EU budou náklady na chod hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a zdrojů krajů na sociální služby
- pracovní skupina pro udržitelnost financování reformy složená ze zástupců ministerstev zdravotnictví, práce a sociálních věcí a zdravotních pojišťoven