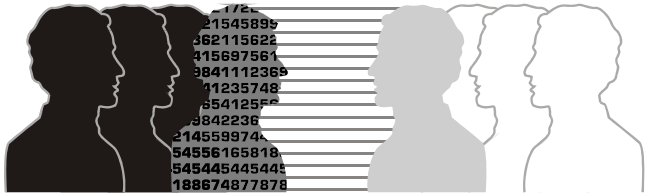


Psychiatrie v ČR 2004

Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče

Prosinec 2004 / Závěrečná zpráva projektu / Řešitel: Tomáš Raiter / Spoluřešitelé: Andrea Alexandridu, Olga De Beuckelaerová, Jan Lajka, /všichni STEM/MARK, a.s. / Barbora Wenigová / Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

STEM/MARK

MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Psychiatrie v ČR 2004

„Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.“

(Koncepce oboru psychiatrie, schválená Vědeckou radou MZ ČR)

Poděkování

Autoři děkují všem, kdo přispěli svými zkušenostmi, poznatky a odbornými názory ke zpracování této studie, zvláště psychiatrům, psychologům a praktickým lékařům, a to jak z řad psychiatrických léčeben, nemocnic a ambulancí, tak i lidem z krizových center, denních stacionářů a dalším osvíceným nadšencům pomáhajících lidem s duševními poruchami v zařízeních poskytujících chráněné bydlení a chráněnou práci. Zvláštní poděkování za významné příspěvky a průběžné oponování a připomínkování našich dílčích výstupů patří spolupracovníkům z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. Poděkování za podporu a průběžné konzultace patří také odbornému garantovi projektu MUDr. Pavlu Březovskému z Ministerstva zdravotnictví ČR.

STEM / MARK, a.s.

OBSAH

Hlavní zjištění	strana 6
Realizátor projektu	strana 12
Parametry projektu	strana 13
Výsledky výzkumu	strana 16
Kvalitativní část	strana 17
Kvantitativní část	strana 38
Příloha 1: Scénář skupinových diskusí	strana 65
Příloha 2: Scénář hloubkového rozhovoru	strana 68
Příloha 3: Dotazník	strana 71
Příloha 4: Percentilová analýza	strana 77

STEM MARK

MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Východiska a cíle projektu

Cíl projektu

- Projekt „Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče“ byl zpracován v rámci programu nazvaném „Národní program kvality zdravotní péče – Projekty podpory kvality zdravotní péče“ dotované Ministerstvem zdravotnictví ČR.
- Hlavními cíly projektu bylo 1/ ověření možností zavedení moderních trendů v ambulantní psychiatrii, 2/ zjištění zábran realizace většího zapojení ambulantní psychiatrické péče a 3/ zjištění zábran přesunu pacientů z ústavní do ambulantní péče.

Východiska

- V porovnání s vyspělými evropskými státy péče o osoby s psychickými poruchami méně rozvinuta. Percentuální podíl výdajů na psychiatrii je u nás nižší a nepřiměřeně vysoký podíl z těchto výdajů se spotřebovává v lůžkové péči, především v zařízeních určených pro dlouhodobou lůžkovou péči. Síť psychiatrických ambulancí je u nás sice poměrně hustá a kvalitní, ale přetížená, a z tohoto důvodu neplní kvalitně funkci základního článku diagnostiky a péče, pro kterou je určena. Zcela nedostatečně rozvinutá je tzv. intermediární sféra, která zahrnuje krizová centra, denní stacionáře a zařízení poskytující programy chráněného bydlení a chráněné práce. V devadesátých letech po změně politického režimu v ČR byly zahájeny práce na nové národní koncepci péče o duševní zdraví. V roce 2000 byla nová oborová koncepce předána jako oficiální dokument Ministerstvu zdravotnictví. Dokument schválila vědecká rada MZČR a průběžně dohlíží na jeho naplňování.

Nová koncepce oboru psychiatrie byla podřízena základnímu cíli oboru:

Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.

Logickým důsledkem prosazování tohoto základního cíle jsou snaha o přesun kapacit od dlouhodobé lůžkové péče v léčebnách k většímu a rychlejšímu rozvoji intermediární sféry, zefektivnění ambulantní péče a požadavky na růst kvality psychiatrické péče.

Hlavními prvky nové koncepce jsou proto:

1/ Redukce počtu lůžek v léčebnách

2/ Zřizování psychiatrických oddělení v nemocnicích s cílem posílit kapacity a dostupnost pro péči o akutní psychiatrické poruchy

3/ Vybudování prakticky neexistující sítě krizových center, denních stacionářů a zařízení pro chráněné bydlení a chráněnou práci

4/ Větší a rovnoprávné zapojení pacientů a jejich přirozeného zázemí do procesu léčby.

5/ Systematické monitorování výkonnosti a kvality poskytované péče.

6/ Působení proti přetrvávajícím předsudkům v laické i odborné veřejnosti (stigma psychiatrie).

Vzhledem k tomu, že se na konci roku 2004 nedaří naplňovat koncepční záměry požadovaným tempem, zaměřil se projekt na identifikaci bariér při implementaci koncepce a vnímání jejích cílů samotnými psychiatry a praktickými lékaři.

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

STEM MARK

MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

SUMMARY

Podobnou koncepční změnou, na jejímž počátku se nachází česká psychiatrie, prošla řada vyspělých evropských států. Výrazný přesun kapacit z dlouhodobé lůžkové péče do intermediární sféry je samozřejmou podmínkou uplatňování moderních trendů v psychiatrii, které směřují k větší samostatnosti a přizpůsobivosti pacientů a jejich integraci do „zdravé“ společnosti. Tento trend se v Evropě výrazněji uplatňuje asi od 80. let minulého století. Přestože je základní záměr a cíl těchto změn logický, zřejmý a obvykle i v obecné rovině dobře přijímaný odborníky oboru, naráží při praktickém prosazování na řadu překážek a komplikací.

S podobnými problémy, které dnes pozorujeme u nás, se setkáme i v zahraničí, a to bez ohledu na to, jak radikální a rychlou změnu v jednotlivých zemích volili. Za spíše nepodařenou je považována rychlá redukce lůžkových kapacit, která proběhla v 80. letech v Itálii. Hlavním nedostatkem byla skutečnost, že redukovaná lůžka v psychiatrických léčebnách nebyla dostatečně rychle nahrazována kapacitami ve všeobecných nemocnicích, v krizových centrech a denních stacionářích. Tzv. procesem deinstitucionalizace psychiatrie prochází v posledních 15 letech Velká Británie. Zde se díky masivnímu nahrazování lůžek komunitním servisem (např. outreach teamy) a koncepčnímu monitoringu kvality péče (kvalita očima pacientů) daří redukci dlouhodobé lůžkové péče úspěšně zvládat. Pozvolnější reformu a průběžné nahrazování uzavíraných pavilonů léčeben krizovými centry a denními stacionáři zvolili v Holandsku.

Ani u nás neprobíhá implementace nové koncepce psychiatrie očekávaným tempem. Výsledky výzkumu, které společnost STEM/MARK, a.s. provedla kombinovanou metodou expertních hloubkových rozhovorů a kvantitativního dotazování face-to-face na vzorku celkem 265 psychiatrů a praktických lékařů, poskytují odpovědi na řadu otázek spojených s prosazováním moderní koncepce.

Z analýzy informací získaných oběma technikami (kvalitativní i kvantitativní) vyplývá, že přijetí koncepce odbornou psychiatrickou veřejností je spíše deklarované, než skutečné. Moderní prvky směřující k vyšší samostatnosti a sebedůvěře pacientů aktivně podporují a prosazují uvnitř psychiatrické odborné obce spíše jen osvícení a nadšení jednotlivci a většina ostatních tyto změny pouze pasivně chápe a přijímá jen do okamžiku, než začnou představovat nějakou konkrétní komplikaci nebo zátěž. Mnoho psychiatrů dospívá k potřebě otevřenější komunikace s pacienty až na základě tlaku ze strany pacientů, který je v poslední době patrný. Podobný problém ukazuje i postoj k informovanosti pacientů, který by bylo možné shrnout do věty „ať se pacienti někde lépe informují, a pak s nimi budeme lépe komunikovat“. Zapojování rodiny a přirozeného zázemí pacientů do léčebného procesu je pro mnoho psychiatrů nepřijatelnou komplikací, která může jejich práci s pacientem spíše narušit(!) Písemné plány léčby by sice mohly být přínosem, ale jen u některých diagnóz.

SUMMARY

Vysoká shoda panuje v otázce zavedení koordinátorů psychiatrické péče (tzv. case manager), kteří by mohli odebrat zátěž ambulancím a v podpoře a rozšiřování kapacit intermediární sféry. Alarmující je zjištění, že asi polovina psychiatrů se domnívá, že pacient není schopen hodnotit kvalitu poskytované péče a že v psychiatrii není možné využít k hodnocení kvality měření spokojenosti pacientů (!) (zcela běžné např. ve Velké Británii).

V oblasti farmakoterapie velká většina psychiatrů souhlasí s výrokem, že pravidla pro úhradu některých moderních přípravků proti schizofrenii odrazují psychiatry od jejich užívání. Limity pro úhradu léků jsou pro více než polovinu psychiatrů nedostatečné. Uvolnění některých psychofarmak pro praktické lékaře je řadou psychiatrů poměrně přesvědčivě vnímáno jako dobrý krok, který vedl k včasnému zaléčení pacientů, kteří se dostávali k psychiatrům pozdě a ve špatném stavu. Přesto existuje více než polovina psychiatrů, kteří s tímto názorem nesouhlasí.

Přehled vybraných klíčových poznatků projektu přináší následující kapitola hlavních zjištění.

Doporučení:

1. **Osvěta a edukace odborné veřejnosti- psychiatrů, ostatních lékařů, středních zdravotních pracovníků ve dvou oblastech:**
   a/ záměry a nástroje koncepce
   b/ destigmatizace

2. **Podpora systematického zavádění case managerů, písemných plánů a hodnocení písemných plánů**

3. **Zavést systematický monitoring kvality péče (minimálně formou měření spokojenosti pacientů)**

4. **Přehodnotit systém úhrad – rozsah placených konzultací s pacientem, limity pro úhrady léků**

Hlavní zjištění

Hodnocení systému péče

- **Jen pětina respondentů** si myslí, že **síť komunitních služeb a denních stacionářů je u nás dostatečná**. Je patrné, že tento nedostatek silněji vnímají psychiatři než praktičtí lékaři a nejvíce „pálí“ konkrétně lůžkové lékaře (nechtějí pacienta propouštět tzv. do vakua).
- Silnější souhlas psychiatrů (opět statisticky významněji lůžkoví) je patrný i v otázce **přetíženosti** psychiatrické zdravotní péče **v důsledku suplování neexistující sítě sociální pomoci**.
- Polovina psychiatrů a více než tři čtvrtiny praktiků si myslí, že v **psychiatrii není možné využít měření spokojenosti pacientů** s poskytovanou péčí **k hodnocení kvality této péče**. Více by se hodnocení kvality péče očima pacientů bránili ambulantní psychiatři než lůžkoví.
- Více než polovina respondentů **souhlasí s existencí písemných plánů léčby a jejich hodnocením**. Menší míra souhlasu je ale patrná mezi ambulantními psychiatry, kteří v této souvislosti vyjadřovali obavy z nárůstu administrativy.
- Jako **hlavní omezení současného systému péče a léčby** jsou vnímány nejčastěji **finanční aspekty** – penalizace ze strany pojišťoven, finanční limity na léky a péči a nedostatečné ohodnocení práce psychiatra.

Moderní trendy

- Za **nejpotřebnější** směry ve vývoji psychiatrické péče lékaři považují **osvětu v oblasti negativního vnímání** psychických onemocnění a **rozvoj komunitních služeb** a jejich spolupráci s primární psychiatrickou péčí. Osvěta by přitom neměla být zaměřena pouze na laickou veřejnost, ale i zdravotníky.
- Velmi silná je také podpora **legislativní úpravy nedobrovolné hospitalizace** i v případech, kdy hrozí závažné zhoršení zdravotního stavu a dále **větší zapojení rodiny do léčby a jejího hodnocení**. V otázce zapojení rodiny se ale jedná spíše o stylizaci lékařů, jelikož řada z nich zároveň považuje zapojení rodiny za komplikaci léčebného procesu.
- Obecně lze konstatovat, že všechny uvedené směry lékaři hodnotili jako žádoucí, **nejmenší zájem** ale mají o větší **zapojení pacientů do rozhodování** a také o **měření spokojenosti pacientů a hodnocení kvality péče**. Otázkou však je, nakolik se na tomto vnímání podílejí obavy ze špatného výsledku hodnocení a jaká je ve skutečnosti spokojenost duševně nemocných s péčí a pozorností, která je jim ze strany lékařů věnována.
- Nejvíce žádoucím směrem ve farmakoterapii je **dávkování jednou denně**, dále používání **moderních injekčních dlouhodobě působících preparátů** a používání **dražších, bezpečnějších a komfortnějších preparátů**.

Hlavní zjištění

Péče o pacienty

- V průběhu léčby odesílá většina lékařů své pacienty také k jiným lékařům. Kromě somatických lékařů se jedná nejčastěji o spolupráci mezi ambulantní a lůžkovou sférou, využívání služeb psychologa nebo psychiatrického stacionáře.
- Při **opakované návštěvě** věnují lékaři pacientovi s psychiatrickou diagnózou **v průměru 27 minut**. Obecně se nemocným věnují **psychiatři v průměru o 10 minut déle než praktičtí lékaři**. Do navrhované optimální délky návštěvy respondentům v průměru asi 5 – 10 minut chybí.
- Jeden pacient s psychiatrickou diagnózou v průměru **navštíví svého lékaře** (shodně u psychiatrů i praktických lékařů) **12x za rok**.
- Na ambulantní vyšetření musí pacient čekat v průměru 10 dnů, k hospitalizaci je přijat v průměru za 8,5 dne.

Hodnocení vzájemné spolupráce

- Lékaři odhadují, že po propuštění z lůžkové péče **skutečně zahájí ambulantní léčbu v průměru 75% pacientů**. Hodnocení vzájemné komunikace při převodu pacienta mezi lůžkovou a ambulantní složkou je obecně spíše pozitivní.
- Lékaři **méně často spolupracují s pracovníky komunitního servisu, denního stacionáře a sociálními pracovníky**, což je evidentně dáno jejich nedostatečnou sítí. Z kvalitativní části vyplynulo, že by lékaři velmi ocenili zejména terénní koordinátory léčby.
- Téměř polovina respondentů má pocit, že u některých pacientů **supluje péči sociálního pracovníka**.
- Obecně **nejméně spokojeni** jsou respondenti se spoluprací s **zdravotními pojišťovnami a revizními lékaři**.
- Lékaři sice odpovídali, že se jim dobře daří **zainteresovat pacienta na spolupráci**, přesto špatnou spolupráci hodnotí jako hlavní z důvodů neúspěchu jejich léčby. Je zřejmé, že rozpor v jejich odpovědích je způsoben zejména skladbou diagnóz, tedy malým zastoupením těch nejvíce zatěžujících.
- Dobrá **spolupráce s rodinou pacienta** již není tak častá a zdá se, že v řadě případů o ni lékaři ani nestojí (připadá jim nevhodná a časově náročná). Pětina psychiatrů a téměř třetina praktiků souhlasí s tím, že vstup rodinného příslušníka do léčebného procesu představuje jeho komplikaci.

Farmakoterapie

- Zatímco většina praktiků má pocit, že **uvolnění některých psychofarmak pro praktické lékaře zajistilo včasnější zaléčení jejich pacientů**, více než polovina psychiatrů s tímto názorem nesouhlasí.
- Za dostatečné považuje **limity pro úhradu léků pro psychiatrickou léčbu** téměř polovina praktiků, většina psychiatrů je však přesvědčena o opaku. 87 % psychiatrů souhlasí s tvrzením, že **pravidla pro úhradu některých moderních přípravků proti schizofrenii** dokonce **odrazují psychiatry od jejich užívání**.
- Mezi lékaři obecně **převládají zastánci biologického směru**, na diskusích byla dokonce prezentována jakási nevraživost panující mezi oběma směry.

Hlavní zjištění

Počty pacientů

- **V ordinacích praktických lékařů** jsou psychiatrické diagnózy **zastoupeny pouze okrajově**, jeden praktik pečuje v průměru o méně než 200 takovýchto pacientů.
- Nejvíce pacientů s psychiatrickou diagnózou mají ve svých ordinacích ambulantní psychiatři, méně pak psychiatři s lůžkovou péčí. V počtech nových pacientů za rok nejsou rozdíly mezi jednotlivými typy praxe tak výrazné.

Skladba pacientů

- Psychiatři v **ambulancích nejčastěji řeší neurotické a afektivní poruchy**, zatímco u **lůžkových psychiatrů** jsou nejčastější **pacienti s afektivními poruchami a schizofrenií**. Méně časté diagnózy jako jsou závislosti, demence a poruchy chování jsou ale vnímány jako více zatěžující, zejména kvůli špatné spolupráci ze strany pacienta.
- U praktických lékařů se nejčastěji vyskytují pacienti s neurotickými poruchami, demencí a závislostí. Zároveň jsou tyto diagnózy vnímány jako nejvíce zatěžující.
- Pokud se jedná pouze o **finanční zátěž**, pak je nejhůře hodnocena **léčba schizofrenií**.
- Na postupné změně ve skladbě pacientů se podle lékařů nejvýrazněji podílí rozvoj farmakoterapie v posledních letech a změna společenských poměrů.

Noví pacienti

- Mezi důvody přijetí nového pacienta u všech lékařů **dominují akutní stavy s dobrovolným příchodem pacienta** (více než dvě třetiny všech přijetí do péče). Sociální důvody obecně častěji uváděli praktici (čtvrtina pacientů) než psychiatři (desetina všech nových pacientů). Necelá pětina nově příchozích pacientů je přijata do péče nedobrovolně v akutním stavu.
- K **praktickému lékaři** přichází pacienti nejčastěji **z vlastní iniciativy** či na popud svých blízkých.
- Na příchodu ke specialistovi se již spolupodílí méně výrazně celá řada důvodů. **Do péče lůžkového psychiatra** se dostávají nemocní nejčastěji **odesláním z psychiatrické ambulance**. **K ambulantnímu psychiatrovi** přichází nejčastěji sami **z vlastní iniciativy**, dále je častěji posílá praktický lékař nebo je k tomuto kroku donutí rodina.
- **Téměř polovina psychiatrů** uvedla, že v uplynulém roce **museli odmítnout alespoň jednoho pacienta** s psychiatrickou diagnózou z kapacitních důvodů. V průměru tito lékaři odmítli **zhruba desetinu nově příchozích pacientů**.
- Kapacitně nadbyteční pacienti jsou lůžkovými psychiatry nejčastěji odesíláni do jiných lůžkových zařízení nebo do ambulancí. Ambulantní psychiatři při přesažení kapacity svojí ordinace využívají nejčastěji odesílání k praktickým lékařům.

Realizátor projektu

Společnost STEM / MARK

- Jsme společností zkušených odborníků v marketingovém výzkumu a řídíme se přesvědčením, že kvalitní výzkum musí být dialog. Dialog mezi námi a klientem a dialog s našimi respondenty otevírají cestu k dobrému výzkumu. Dobrý výzkum je předpokladem úspěšného dialogu našeho klienta s jeho zákazníky. Nejlepší služby se rodí z otevřeného dialogu lidí. **Marketingový výzkum je dialog.**
- V letošním roce vstoupíme do desátého roku existence. Během této doby jsme se stali jednou z předních společností v oblasti marketingového výzkumu na českém trhu.
- Poskytujeme služby na vysoké profesionální úrovni, prověřené na několika úrovních společnosti nezávislými orgány české asociace agentur pro výzkum trhu SIMAR a odpovídající standardům světové profesní organizace ESOMAR.
- Výzkumné série, rozsáhlý archiv dat pořízených ve vlastní režii a znalost prostředí nám umožňují znát odpovědi na některé otázky ještě dříve, než nám je klienti položí.
- Pomáháme zákazníkům správně porozumět výsledkům výzkumu a zvolit optimální marketingovou strategii vedoucí k úspěchu a k dosažení jejich cílů. Tím podporujeme jejich růst a zlepšování pozice na trhu.
- Je pro nás radost spolupracovat s těmi, kteří své práci rozumí.

Řešitel:

Tomáš Raiter

- **E-mail:** raiter@stemmark.cz

Spoluřešitelé:

Andrea Alexandridu

- **E-mail:** alexandridu@stemmark.cz

Olga De Beuckelaerová

- **E-mail:** olga@stemmark.cz

Jan Lajka

- **E-mail:** lajka@stemmark.cz

Barbora Wenigová (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví)

- **E-mail:** wenigova@amepra.cz

STEM / MARK, a.s.

Na Hrázi 17/176, 180 00 Praha 8

Telefon: 225 986 811

Fax: 225 986 860

E-mail: Info@stemmark.cz

Web: http://www.stemmark.cz

IČO: 6185 9591, DIČ: 001 – 6185 9591

Bankovní spojení: Živnostenská banka, Praha 1

Číslo účtu: 819 010 004 / 0400

Parametry projektu

Zadání projektu

Společnost STEM/MARK a.s. provedla tento výzkum exklusivně pro Ministerstvo zdravotnictví ČR a společnosti Eli Lilly, Pears Health Cyber a Centrum pro rozvoj duševního zdraví.

Cílem výzkumu bylo zjistit vnímání problematiky implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče.

Primární cíle projektu

Zjistit

- Otestování možností zavedení moderních trendů v ambulantní psychiatrii
- Zjištění zábran realizace většího zapojení ambulantní psychiatrické péče
- Zjištění zábran přesunu pacientů z ústavní do ambulantní péče
- Zjištění zábran a překážek, které znemožňují ambulantním lékařům poskytovat nejlepší možnou dostupnou psychiatrickou léčbu a péči – s důrazem na ekonomické a administrativní aspekty úhrad léků

Metoda projektu

Cíle šetření byly zjišťovány v první fázi pomocí kvalitativních metod - Focus Group (skupinová diskuse) a In-depth Interviews (hloubkové rozhovory po telefonu) a následně Face –to-Face dotazováním v ordinacích lékařů.

Detaily diskusní skupiny

- Celkový počet uskutečněných diskusních skupin: 1
- **Počet lékařů** ve skupině: celkem 11 lékařů
  - 2 praktičtí lékaři
  - 4 čistě ambulantní psychiatři
  - 1 čistě lůžkový psychiatr
  - 4 psychiatři s kombinovanou lůžkovou a ambulantní péčí
- **Moderátor**: farmaceut se zkušenostmi s moderováním rozhovorů a diskusí dle principů platných pro marketingový kvalitativní výzkum a v souladu se standardy SIMAR a ESOMAR
- **Cílová skupina**: praktičtí lékaři a psychiatři (mix s různým typem praxe)
- **Místo a termín diskusní skupiny**:
  - 22. 11. 2004 - Praha
- Délka diskusní skupiny: 110 minut

Parametry projektu

Detaily hloubkových rozhovorů

- Celkový **počet uskutečněných hloubkových telefonických rozhovorů**: 12
  - 3 čistě ambulantní psychiatři pro dospělé
  - 1 čistě ambulantní psychiatr pro děti a dorost
  - 6 psychiatrů s kombinovanou lůžkovou a ambulantní péčí
  - 2 lékaři pracující převážně v denním stacionáři
- **Moderátor**: lékař a farmaceut se zkušenostmi s moderováním rozhovorů a diskusí dle principů platných pro marketingový kvalitativní výzkum a v souladu se standardy SIMAR a ESOMAR
- **Cílová skupina**: psychiatři s různým typem praxe z celé ČR (Praha, Ústí nad Labem, Jihlava, Plzeň, České Budějovice, Hradec Králové, Pardubice, Brno, Olomouc, Třinec)
- **Termín rozhovorů**:
  - 18. – 24. 11. 2004
- Délka jednoho rozhovoru: průměrně 40 minut

Poznámky ke kvalitativní zprávě

- Údaje zjištěné prostřednictvím diskusních skupin mají charakter kvalitativních poznatků a nelze je kvantifikovat. Číselné údaje uvedené v textu kvalitativní zprávy a by měly být chápány pouze jako dokreslení komentovaných faktů.
- Text, který je ve zprávě uveden kurzívou a v uvozovkách, označuje doslovné znění odpovědí respondentů, které by mělo dokreslit informaci uvedenou ve zprávě.

Detaily Face-to-Face šetření

- **Vzorek respondentů (opora výběru)**: Náhodný výběr psychiatrů a praktických lékařů z databáze společnosti Stem/Mark.
- Celkový **počet kompletně vyplněných dotazníků**: 265
  - Psychiatři: 199 dotazníků
  - Praktičtí lékaři: 66 dotazníků
- **Termín dotazování**:
  - 2. – 10. 12. 2004

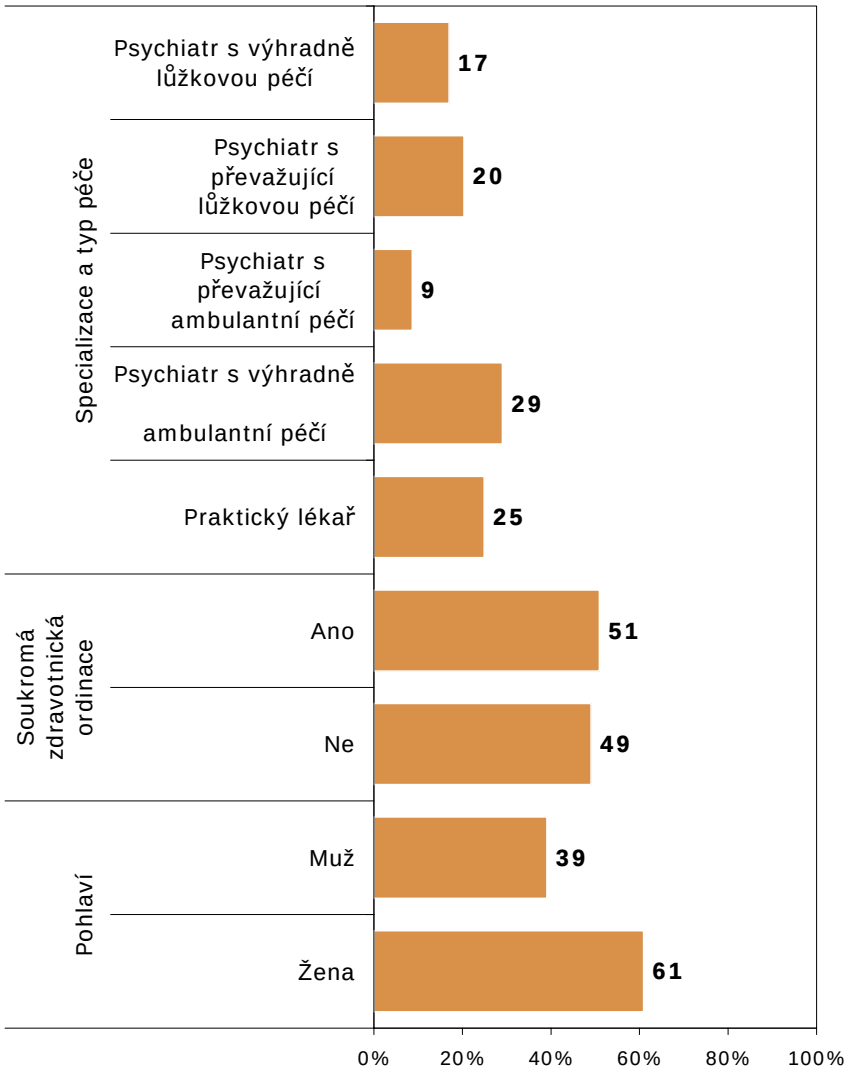
Kontrola datového souboru

- Data byla pořízena dvakrát různými pracovníky pro vyloučení chyb způsobených přepisem.
- Data byla zpracována osvědčenými a neustále vyvíjenými postupy STEM/MARK plně respektující dohodnuté národní a mezinárodní standardy výzkumu trhu a veřejného mínění.
- Otevřené otázky byly před samotným pořízením dat zakódovány zkušenými analytiky.

Parametry projektu

Struktura vzorku

ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=266



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Poznámky ke kvantitativní zprávě

- Při porovnávání zkušeností a názorů jednotlivých skupin lékařů byly u některých otázek **pro testování statistické významnosti rozdílů** použity **chi-kvadrát test** či **nepárový t-test**.
- Statisticky významné odchylky ($p<0.05$) jsou pak v grafech vyznačeny barevně – **červeně** jsou **zakroužkovány pozitivní odchylky**, **modře** pak **odchylky negativní**.
- Při vyhodnocování výsledků byli **odpovědi** lékařů **zpracovávány** většinou **podle typu specializace i charakteru péče**:
  - Psychiatr s výhradně lůžkovou péčí
  - Psychiatr s převažující lůžkovou péčí
  - Psychiatr s převažující ambulantní péčí
  - Psychiatr s výhradně ambulantní péčí
  - Praktický lékař.
- **V některých otázkách** jsou ale údaje zpracovány **souhrnně** za všechny lékaře **či v hrubším dělení** pouze podle specializace či převažujícího charakteru péče. Tento způsob zpracování byl zvolen v případech, **kde se názory lékařů významně nelišily či na otázku** v důsledku filtru **odpovídal menší počet respondentů** a použití podrobnějšího třídění by již nebylo vhodné.

VÝSLEDKY VÝZKUMU

STEM MARK

MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

KVALITATIVNÍ ČÁST

- skupinová diskuse, hloubkové rozhovory

STEM MARK

MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Popis praxe

Lékaři, kteří se účastnili kvalitativní části výzkumu měli velmi **rozdílnou praxi i skladbu pacientů**, lze tedy jen obtížně hovořit o průměrném počtu pacientů nebo typických diagnózách. Často zmiňované byly zejména neurotické a depresivní poruchy, závislosti a psychózy.

Psychiatři, kteří se plně věnují ambulantní péči, zvládnou denně kolem 20 pacientů. Lékařka zabývající se dětskou a dorostovou ambulantní psychiatrií ošetří „jen“ 10 – 15 mladých pacientů za den, svůj čas však musí věnovat i jejich rodičům, takže má podle svých slov nakonec dvojnásobný počet „pacientů“.

U lékařů s kombinovanou péčí ambulantní a lůžkovou byla častá převaha lůžkové péče v kombinaci s 1 – 2 dny v ambulanci. Dva z lékařů dokonce vedle psychiatrického oddělení pracovali jak v nemocniční, tak ještě i v privátní ambulanci.

Většina lékařů se shodla, že z hlediska finanční zátěže jsou nejhůře vnímáni psychotičtí pacienti a zejména schizofrenici, jejichž léčba moderními preparáty je drahá a dlouhodobá. Naopak časově nároční jsou neurotičtí pacienti a léčba demencí a závislostí.

„...finančně určitě psychotici a časově neurotici.“

„Nejvíce zatěžující jsou neurotické diagnózy, je s nimi nejvíce práce.“

Většina lékařů pozoruje v posledních letech **spíše než absolutní nárůst pacientů změnu jejich skladby**. Nejčastěji zazněly následující aspekty:

- Pacienti obecně **přicházejí dříve**, lépe funguje osvěta, mladí nemají takový problém sami kontaktovat psychiatra
- **Přibývá drogově závislých** a obecně závislostí (což ale praxi většiny psychiatrů neovlivňuje, protože se jim věnují jen někteří)
- **Ubývá těžkých psychóz** díky kvalitnější léčbě, někteří lékaři se ale s psychózami setkávají v ambulancích častěji, pozorují **jejich přesun z lůžkové části do ambulantní péče**
- Osvícenější praktici sami zvládají léčbu depresí a posílají pacienty dříve
- **Nárůst neurotických a depresivních poruch** a obecně reaktivních stavů odrážejících novodobé společenské a sociální problémy jako je ztráta zaměstnání apod.
- Přibývá těžších poruch v dětském věku, stupňuje se agresivní chování dětí

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Finančně nejvíce zatěžující jsou pro psychiatry pacienti trpící psychotickým onemocněním. Z hlediska celkového zatížení ordinace jsou to pak neurotici, pacienti trpící demencí a závislostí.

Vnímané změny v psychiatrii – spontánně jmenované

Za největší změnu v posledních pěti až deseti letech v oboru psychiatrie většina dotazovaných lékařů považuje **pokrok v oblasti farmakoterapie**. Lékaři spontánně zmiňovali nová antidepresiva a antipsychotika, zejména atypická neuroleptika a také léky proti demenci. Mají pocit, že v oblasti dostupnosti moderní terapie není již žádný rozdíl mezi naší republikou a okolními státy. Zároveň s bezpečností a efektivitou těchto léků však upozorňovali na jejich cenu, která limituje praktické využití.

„Určitě se rozšířilo spektrum farmakoterapie a to především v oblasti neuroleptik a antidepresiv.“

Dalším aspektem, který však zmiňovali pouze psychiatři, kteří v této oblasti sami pracují, je **rozvoj komunitní péče a psychoterapeutických center** v oblasti návykových nemocí.

„Já jsem v tomhle hodně zaujatý, protože jsem se podílel na rozvoji komunitní péče u nás, takže to vidím v tom, jsme o hodný kus dál...“

„Celkové zlepšení organizace péče o psychiatrické pacienty a lepší spolupráce mezi jednotlivými centry.“

Dva z lékařů také zmínili **souvislosti se společenskými problémy**, krizí klasického modelu rodiny a výchovy dětí, které se odráží v psychiatrii - nárůstem pacientů se závislostmi a poruch ve stále nižším dětském věku.

„Děti jsou stále lépe zabezpečeny materiálně, ale ne duchovně, sedí u televize, nekomunikují s rodiči, chybí společná jídla… od školky jsou šikanované, že nemají nový mobil.“

Z úst dvou lékařů pak zazněla **změna v přístupu k pacientům** ve smyslu větší a otevřenější komunikace. Tato změna je ale spíše než snahou lékařů vyvolávána rostoucí náročností ze strany pacientů – psychiatrický pacient je vnímán jako aktivnější, lépe edukovaný a celkově aktivnější v přístupu k psychiatrům.

„Více se vysvětluje, přístup k pacientovi je otevřenější, klademe větší důraz na compliance...“

Další z oslovených psychiatrů měl pocit, že se na pacienta dívají v posledních letech komplexněji, mají větší možnosti laboratorní diagnostiky a do popředí se dostává psychologický pohled na pacienta. Větší sblížení biologického a nebiologického směru v psychiatrii však zatím ještě nenastalo.

„…dost těch starých biologických doktorů stále ještě nemá rádo psychoterapeuty.“

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Všichni lékaři se shodli, že největší změny v psychiatrii nastaly v oblasti farmakoterapie.
- Někteří dotazovaní však vnímají také větší prosazování pacientů a pozvolný rozvoj intermediární sféry. Na skladbě pacientů se pak stále více projevuje změna společenských poměrů.

Očekávané trendy v psychiatrii – spontánně jmenované

V souvislosti s očekávanými trendy lékaři často hovořili o tom, co by si přáli, aby v horizontu několika let nastalo. Mezi nejčastěji zmíněné patří:

- **Změny systémové, organizační**
  - Větší přesouvání péče z léčeben do menších nemocnic, ambulancí a komunitních služeb – zvýšení úlohy ambulantní sféry je již citelné nyní a podle některých lékařů vede k jejímu přetížení
  - Vytvoření sítě „jipových“ lůžek pro psychiatrické pacienty v nemocnicích – velmi citelně chybí
  - Rozvoj dětské psychiatrie a rodinné terapie – nyní spíše ubývá dětských psychiatrů (špatně ohodnocený, nelukrativní obor, řada dětských psychiatrů se přeorientovala na dospělou klientelu)
- **Změny ve vnímání, přijímání psychiatrie**
  - Sblížení biologických a nebiologických směrů v psychiatrii
  - Rozvoj psychoterapie, psychosomatiky
  - Lepší a intenzivnější spolupráce mezi psychiatrií a ostatními lékařskými obory, přijetí psychiatrie
- **Změny ve skladbě pacientů**
  - Stále bude narůstat počet neurotických pacientů a depresí
- **Změny ve farmakoterapii**
  - Další rozšiřování spektra léků
  - Kvalitnější farmakoterapie – větší bezpečnost, omezování nežádoucích účinků
- **Změny v diagnostice**
  - Větší využití zobrazovacích metod v oblastech organických poruch

V **oblasti léčby** všichni lékaři počítají se stávajícím trendem omezování nežádoucích účinků a zvyšování bezpečnosti při zachování vysoké účinnosti. O této skutečnosti hovořili většinou spontánně. Na podpořenou otázku pak někteří jako slibný trend jmenovali jiné lékové formy – rozpustné tablety, injekční antipsychotika.

Dětská lékařka by uvítala, kdyby se daly tyto nové kvalitní **preparáty** (např. SSRI) podávat také **dětem**, na což zatím chybí studie i zájem farmaceutických firem.

„Já si myslím, že se něco musí pohnout v tom systému lůžkové péče, že se velká část péče v léčebnách přesune do otevřeného systému, do ambulancí a do komunit, zkrátí se tam doba pobytu.“

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Lékaři si jednoznačně nejvíce přejí změny v oblasti systému a organizace péče o psychiatrické pacienty. O tom mimo jiné svědčí také jejich nebývale velký zájem o účast ve výzkumu s tímto tématem.

Pozorované trendy v psychiatrii – podpořené odpovědi

TRENDY V OBLASTI ZÁCHYTU A DIAGNOSTIKY

Zhruba polovina lékařů hovořila o **lepší spolupráci s praktickými lékaři**, která vede k včasnějšímu záchytu pacientů. Přispěla k tomu i možnost preskripce novějších antidepresiv u GP.

„Je o něco lepší spolupráce s praktiky, to je hrozně důležité, aby se pacient dostal do naší ambulance co nejdříve…vede to k efektivnější léčbě.“

Dále mají lékaři pocit, že se **více myslí na diagnostiku deprese** mezi praktiky i u hospitalizovaných nemocných.

„I lékaři na somatických odděleních častěji uvažují o možnosti deprese, volají si nás na konzilia…“

Obecně někteří lékaři označili diagnostiku za cílenější a rychlejší. Častěji se provádějí specializovaná vyšetření z oblasti neurologie (CT, NMR). Ale bylo zmíněno i zjemňování diagnostického spektra např. u depresí apod.

TRENDY V OBLASTI VZTAHŮ, SPOLUPRÁCE S PACIENTEM

Podle lékařů sice obecně přibývá lidí, kteří sami vyhledají pomoc psychiatra, ale v široké laické a bohužel i v odborné veřejnosti má **návštěva psychiatra stále pejorativní nádech**.

Jako velmi špatný hodnotí stále přístup většiny rodičů dětský psychiatr.

„Je tam velké stigma, chodit s dítětem k psychiatrovi je urážka, ostuda, hlavně tatínkové to tak cítí.“

Pacienti jsou v posledních letech **aktivnější, informovanější a mají větší nároky** na psychiatrickou péči. Z dopovědí lékařů bylo patrné, že snahu o větší komunikaci a zapojení do léčebného procesu psychiatři vnímají jako určitý tlak ze strany pacientů. Toto v mnohem výraznější míře platí pro mladší generaci, která se již také tolik nestydí navštívit psychiatra.

„Pacienti mají větší zájem o spolupráci, je větší osvěta.“

„Pacienti se teď relativně hodně berou jako partneři, je větší důraz na informace, jsou celkově aktivnější, ale není to tím, že bychom je sami emancipovali, ale pacienti na nás vyvíjejí větší tlak.“

„Je to hlavně v oblasti komunikace, lékaři se musejí přizpůsobovat větším požadavkům ze strany pacientů.“

„Pacient se účastní léčebného procesu aktivněji než dříve.“

„Pacienti jsou o hodně vzdělanější než dříve, více se zajímají… najdou si na internetu úplně všechno.“

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Pacienti s psychiatrickou diagnózou jsou v posledních letech aktivnější a komunikativnější a totéž očekávají od svých lékařů.

Možné trendy v psychiatrii

VĚTŠÍ ZAPOJENÍ PACIENTA DO LÉČEBNÉHO PROCESU

V této oblasti se lékaři zcela shodli, že větší zapojení pacienta je žádoucí směr. Ne všichni však měli na mysli jakési „zrovnoprávnění vztahu“ a skutečné zapojení pacientů. Jedna z lékařek například vidí toto větší zapojení v tom, že pacient informovaný o nežádoucích účincích je nahlásí okamžitě, jakmile se u něj případně projeví.

Lékaři spontánně hovořili o tom, že se v posledních letech zlepšil přístup pacientů, jsou informovanější a aktivnější, ale přesto mají pocit, že by mohla **lépe fungovat osvěta** a pacienti přicházet k psychiatrům ještě „připravenější“. Nejsou schopni přijmout fakt, že by oni sami mohli nejprve pacienta lépe informovat a poté s ním léčbu konzultovat.

„Podmínkou je, aby byl pacient dostatečně informovaný, teprve to mu umožní lépe se zapojit.“

„Tak to je problematika mediální…pacient by chodil připravenější a bylo by možno s ním lépe komunikovat.“

Otázkou je nakolik se na tomto argumentu podílí časový tlak, který byl v této souvislosti také zmíněn.

„Pro tento účel postrádám možnost většího využití psychoterapie a denní stacionáře, v ambulanci na podrobnější rozhovor s pacientem většinou není čas.“

ZAPOJENÍ PŘÁTEL A RODINY DO PACIENTOVI LÉČBY

Otázka zapojení rodiny a přátel je podle lékařů potřeba řešit **individuálně s ohledem na diagnózu, situaci a vztahy v rodině** a respektovat při tom také **přání pacienta**. Nejlépe podle lékařů funguje spolupráce u rodin drogově závislých.

„Snažíme se o to, pokud to pacient nezakáže, ale je to vždycky ku prospěchu, mělo by to rozhodně být běžnější.“

„Asi by to bylo potřeba, ale někde ten zájem je a někde není.“

„U dysfunkčních rodin to prostě nejde, to bychom pacientovi ještě přitížili.“

Je patrné, že zapojení dalších osob do léčby klade další časové nároky na lékaře a ten není ochoten nebo schopen takový čas navíc ve své praxi ve všech případech vyčlenit.

„Tohle je určitě indikované, bohužel v praxi s rodinami nespolupracujeme, v té ambulanci na to prostě není čas.“

Obecně se ale lékaři shodli, že pokud se povede rodinu v jakékoliv formě zapojit, je to velké plus pro pacientovu léčbu.

„U nás funguje občanské sdružení rodičů a to je velmi přínosné hlavně pro ty nové rodiny.“

„Pokud rodina spolupracuje, tak se to rozhodně vyplatí.“

Větší zapojení rodičů si ale jednoznačně přeje dětský psychiatr, který často za problém dítěte vnímá problémy celé rodiny a bylo by v zájmu dítěte je také tak řešit.

„…nedostanu sem hlavně tatínka, řekne, že ke cvokaři nejde.“

Možné trendy v psychiatrii

TVORBA PÍSEMNÝCH PLÁNŮ, JEJICH PŘEDÁNÍ PACIENTOVI A PRAVIDELNÉ HODNOCENÍ

Více než polovina polovina lékařů přiznala, že i kdyby považovali vypracování plánů za prospěšnou věc, **z časových důvodů by je neuvítali**. Mají pocit, že by to pro ně byla další administrativní zátěž, která by je ve svém důsledku omezila osobní kontakt s pacientem.

„Bylo by to dobré, ale neměla bych na to absolutně čas."

„…třeba ve stacionářích tohle funguje, ale v ambulanci by se to nedalo stíhat."

„Nejsem si jistá, jsem už tou agendou zavalená víc než dost, nemám už žádnou kapacitu,… bylo by to na úkor osobního kontaktu."

„Další administrativa by neprospěla… pacienti si raději popovídají, myslím, že by to nebylo dobré."

Další respondenti měli výhrady k plošnému zavádění takovýchto písemných plánů, mají pocit, že by byly **využitelné jen pro určité typy pacientů**, resp. diagnóz. Neshodli se však na tom, které diagnózy by to měly být – zatímco někteří by je zcela zavrhli u demencí, jiný lékař by je zde naopak považoval za velmi cennou pomůcku i pro rodinu pacienta.

„Byly by prospěšné jen u úzkého okruhu nemocných, ve většině případů by to byla zbytečná práce."

„Docela dobře si to dovedu představit u neurotických poruch a možná i některých psychotických pacientů, ale u všech to nepůjde."

Lékaři na diskusi se písemným plánům také poměrně důrazně bránili, jejich hlavním argumentem byl vývoj nemoci v čase, který by je nutil plány neustále přehodnocovat. Větší šanci na zavedení by podle nich měly tyto plány v oblasti psychoterapie, kde občas fungují již dnes.

Z odpovědí bylo patrné, že část lékařů chápe individuální léčebný plán pouze jako administrativní proceduru a nezná přesný obsahu tohoto pojmu a způsobu práce s léčebným plánem.

Lékaři, kteří vnímali zavedení písemných plánů spíše jako pozitivní trend, by je ocenili zejména **u nových pacientů**, **psychotických** nemocných a také u **mladších**. Jejich význam vidí v tom, že pacient má tzv. něco v ruce, co může probrat doma s rodinou a má také motivaci pracovat na sobě i mimo ordinaci či stacionář, aktivizuje ho to.

„Uplatnilo by se to dobře především u těch nových pacientů, kteří se v tom ještě tak neorientují…u dlouhodobých to význam nemá, už vědí jak to chodí."

„Zatěžovalo by mě to administrativně, ale bylo by to přehledné, lépe by si to pamatovali a zpětně bychom se k tomu mohli vrátit i s rodinou…snažím se to dělat pečlivě ústně."

„Zpřehlednilo by jim to léčbu, dostali by do ruky nějaké záchytné body…je to věc, která by dojmovou emancipaci posunula do roviny praktického nástroje."

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Písemným plánům léčby a jejich hodnocení se lékaři spíše brání, i když by je někteří považovali za užitečné.

Možné trendy v psychiatrii

VYTVOŘENÍ HUSTŠÍ SÍTĚ DENNÍCH STACIONÁŘŮ

Všichni lékaři se shodli na tom, že budování denních stacionářů a s tím související rozvoj komunitních služeb je rozhodně **jeden z nejlepších trendů**. Stacionáře podle nich vhodně doplňují ambulantní péči, lékaři se zde mohou pacientům věnovat důkladněji a nejsou tolik tlačeni časem. Navíc pro pacienta představují pomoc a bezpečnou cestu do „normálního života".

„Věnují se tam oblastem, na které nemá ambulance čas."

„Na pacientech je poznat, když projdou stacionářem, mají tam výuku jazyků, pohybovou aktivitu, počítače…"

Dobře fungujících stacionářů a komunitních služeb je však podle lékařů **zatím velmi málo**, např. v Praze je dobře pokrytá jen Praha 4 a Praha 6 a mimo Prahu existují spíše sporadicky. Na diskusi psychiatři uváděli situace, kdy jsou stacionáře přetížené nebo začínají v nevhodnou dobu a ambulantní lékař si pacienta pozve až za 14 dnů po propuštění a ten se pak s velkou pravděpodobností brzy vrátí zpět k hospitalizaci.

„Je to jistě jedna z cest, jak ten systém trošku měnit a je jich rozhodně potřeba víc, zkrátilo by to délku hospitalizace a léčebny by už nebyly tolik potřeba."

„Tohle je velmi potřebná věc, přímo nutnost, u nás je jedno jediné centrum, což je naprosto nedostatečné."

„ To by bylo výborné, u nás vlastně ani nic takového není, zjistil jsem to nedávno, když jsem hledal místo pro jednoho pacienta… je to dobrý směr, ale zatím málo zkušeností."

Nemocniční psychiatři považují za optimální, pokud pracovníci komunitních služeb **kontaktují pacienta ještě během hospitalizace** a domluví se, co by bylo pro pacienta dobré (od zařízení invalidního důchodu přes chráněnou dílnu k bydlení…). Lékař tak vlastně propouští pacienta s pocitem, že o něj bude nadále někdo pečovat, pokud pacient odchází s lístečkem v ruce, není zaručeno, že pomoc pracovníků komunitních služeb skutečně vyhledá.

„Je to ohromné, nevypouštíme ty pacienty do vakua…oni sami nemají chuť začít něco dělat, zalezou si do svého bytu a tam prostě tráví čas mezi návštěvou ambulance a je to chyba, protože to je k nám zase vrací nebo je to vrací do léčebny."

„Oni ti psychotičtí pacienti se stydí, chtěli by, aby je vzal někdo za ruku a odvedl je tam a to já udělat nemůžu, v tom vidím problém."

Někteří lékaři hovořili o omezení diagnózou, například někde mají stacionář pouze pro mentálně retardované pacienty, jiný lékař může umístit pouze psychotiky, ale má problém s depresivními, neurotickými klienty a dementními klienty.

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Rozvoj intermediární sféry a zejména vybudování hustší sítě denních stacionářů je podle psychiatrů rozhodně jeden z trendů, kterým by se měla moderní psychiatrie ubírat.

Možné trendy v psychiatrii

USTAVENÍ KOORDINÁTORŮ LÉČBY, SOCIÁLNÍ POMOC PRO PACIENTY

Lékaři často **vnímali oba tyto trendy současně**, případně ještě **společně s komunitními službami**. Rozhodně vítají jakoukoliv pomoc v sociální oblasti, kterou oni sami nestačí pro své pacienty zajistit. Mají zájem o větší provázanost mezi psychiatrií a sociálními zařízeními, zejména v péči o starší pacienty. U mladších pak tyto služby vedou k bezpečnějšímu a rychlejšímu začlenění zpět do společnosti.

„Někteří ti pacienti potřebují pomoc…chráněné dílny, chráněná pracovní místa, chráněné bydlení.“

„Je potřeba aby byl někdo, kdo se individuálně stará tam, kde ten lékař nevidí, využíváme sdružení Fokus, služeb komunitních koordinátorů, ale je to málo.“

„… abych já nebyla i sociální poradna a výdejna telefonních čísel.“

Někteří z lékařů se v praxi přímo setkali s pojmem **Case Manager** nebo znají jeho obsah. Jiní příliš nerozlišují „klasické“ sociální pracovníky a tyto terénní pracovníky. Zhruba třetina lékařů nevěděla co si pod pojmem koordinátor léčby má představit.

„Nevím, co to je… třeba u závislostí funguje osoba, která koordinuje návaznost zařízení, ale neřeší pacienta…“

„Myslíte něco jako case manager? Tak tomu fandím opravdu dost, to je potřeba.“

„A co by dělal? Měl by to být spíš sociální pracovník, ten chybí …máme jednu sociální pracovnici na 70 lůžek, ti lidé jsou venku úplně bezprizorní.“

Jedna z lékařek měla vlastní zkušenost s prací koordinátora během stáže v Německu a velmi by tu podobný model uvítala. Jednalo se o bakaláře, který objížděl pacienty, bral odběry, sledoval medikaci apod. Vzhledem ke způsobu financování (multi-zdrojové, spolupodíl pacienta) ale nepovažuje vznik takovýchto míst jako příliš reálný. Jiný lékař s bohatými zkušenostmi s komunitními službami u nás uváděl jako příklad fungujícího systému koordinátorů Velkou Británii.

Lékaři z nemocnic mají zkušenost se sociálními pracovníky, kteří se starají o hospitalizované pacienty, chybí jim ale fungující pracovníci v terénu, kteří by pacientům pomáhali s léčbou i začleněním do společnosti.

„Tihle lidé to potřebují mít u nosu, jinak si neporadí… čím více mají relapsů, tím více se té společnosti vzdalují.“

„Uvítala bych rozšíření, máme tu jednu pracovnici na celou nemocnici a to se nedá pořádně zvládnout.“

Většina lékařů pak spontánně hovořila o **problémech ustavení kompetencí a financování**, event. o povinnosti spolupracovat ze strany privátních psychiatrů.

Jeden z lékařů měl pocit, že by koordinátor léčby nemusel být prospěšný u depresivních a neurotických pacientů, kteří by tak mohli ještě snížit odpovědnost za svůj život. Naopak jednoznačný benefit by podle něj z jejich práce měli psychotici a pacienti se závislostí.

Možné trendy v psychiatrii

SLUŽBA RYCHLÉ POMOCI V KRIZOVÝCH STAVECH

Tato oblast podle lékařů v ČR příliš nefunguje, obecně je **málo krizových center** a **krizová intervence** je tak často **záležitostí psychiatrických oddělení**. Psychiatrická oddělení jsou sice schopna poskytnout akutní pomoc, ale chybí již vzpomínaná další návaznost v péči o pacienta.

„Krizová intervence u nás nefunguje, je málo center, většinou to suplují oddělení, pacient nemá psychiatra na celý den, jen vizitu."

„Pro náš celý region je je FN a jedna léčebna, slouží jeden člověk na celý kraj…"

„Krizové centrum by se nám hodilo, ale zatím něco podobného funguje jen v Praze…"

„To u nás neexistuje vůbec a je to potřeba."

„U nás není žádné speciální krizové oddělení, funguje to normálně v rámci žurnálu."

Pouze jeden z lékařů měl pocit, že by se krizová centra v městech menších než je Praha obtížně „uživila" a nebyla by ani dostatečně vytížená. Jako dobrá pomůcka v akutní případě může posloužit systém „Linky důvěry".

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Lékaři by uvítali více Krizových center a jejich plošnější rozložení v rámci republiky. V oblasti nedobrovolné léčby je tíží hlavně léčba závislostí.

PROBLEMATIKA NEDOBROVOLNÉ LÉČBY

Lékaři většinou hovořili o tom, že nedobrovolné léčbě a hospitalizaci se **nepůjde zcela vyhnout ani v budoucnu**. Zatímco někteří mají pocit, že v této oblasti funguje všechno dobře, jiní narážejí na určité „mezery ve výkladu zákona", které je v praxi přivádí do velmi choulostivých situací.

„Vítala bych podrobnější rozpracování, jasnější definice, abych se mohla v praxi chytit více kritérií."

Z konkrétních problémů zaznělo řešení manické ataky, alkoholická deliria a zrušení tzv.výměrové léčby v případě léčby závislostí (zohledněna pouze práva pacienta, nebere se ohled na jeho rodinu).

Někteří lékaři se také dotkli otázky síťových lůžek ve smyslu jejich obhajování. Podle některých jsou nutná kvůli omezenému počtu pracovníků, jiní je považují za mnohem šetrnější než jiné užívané metody.

„Do té psychiatrie to patří, ale dá se to minimalizovat, dostatečným počtem personálu, zlepšením compliance, lepší spoluprací s pacientem, to slouží jako prevence…"

„Chybí nám jiné stavebně-technické a personální možnosti…"

„Síťová lůžka jsou spíše pro ochranu pacienta, nemáme v současnosti možnosti jak zabránit případným úrazům."

Možné trendy v psychiatrii

OSVĚTA V OBLASTI NEGATIVNÍHO VNÍMÁNÍ PSYCHICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

V oblasti odstranění silného stigmatu, který má psychické onemocnění a psychiatrická péče se naprosto všichni lékaři shodli, že se jedná o **důležitý a žádoucí trend**. Zároveň však očekávají, že to bude těžký a zdlouhavý proces a osvětu je podle nich nutné směrovat nejen k laické, ale i k odborné veřejnosti.

„V populaci je rozšířený předsudek před návštěvou psychiatra… pacient se tím společensky znemožní, není osvěta, že je to normální.“

„Stigma je tam pořád obrovské, lidé se bojí, aby někde neměli razítko.“

„V té psychiatrii jsme pořád nějak pozadu, třeba paraplegici jsou dnes již vnímáni úplně jinak než dříve.“

Osvěta by podle nich měla také napomoci tomu, aby **pacienti chodili k psychiatrům** včas nebo aby se vůbec **nebáli přijít**. V této oblasti je podle nich situace sice již výrazně lepší ve srovnání s minulostí (hlavně ve městech a mezi mladší generací), ale stále je ještě pro mnoho lidí návštěva psychiatra nepředstavitelný problém.

„Obavy ze stigmatizace jsou stále velmi silné, stává se, že pacient přijde pozdě, je potřeba více edukovat.“

Osvěta by však měla být namířená také k lékařům a ostatním zdravotníkům, kteří někdy dokonce svým přístupem stigmatizaci psychiatrie ještě napomáhají.

„Lékaři jiných oddělení mě žádají, abych se nepředstavovala jako psychiatr, nanejvýš jako psycholog.“

Zatímco na diagnózu deprese si již lidé pomalu zvykají, nejvíce stigmatizované jsou stále ještě psychózy. Na druhé straně podle respondentů larvované deprese u pacientů odmítajících pomoc psychiatra často vedou k somatizaci a je potřeba, aby na rozpoznání této diagnózy byli připraveni i lékaři jiných specializací a hlavně praktici.

Pouze jedna z ambulantních lékařek zmínila, že se sama aktivně této osvěty účastní, konkrétně hovořila o projektu destigmatizace psychiatrie na gymnáziích.

Na diskusi pak lékaři hovořili i o skutečné diskriminaci pacientů, zejména drogově závislých. U psychotiků a mentálně retardovaných je situace obdobná, často se jim kvůli psychiatrické diagnose nedostane odpovídající somatické péče.

„Jednak se za to stydí a jednak skutečně diskriminováni jsou, protože toxikomana dostat k zubaři je skoro nemožné.“

„Diskriminace drogově závislých je skutečně obrovská.“

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Z odpovědí je patrné, že určité formy diskriminace jsou uplatňovány nejen vůči pacientům, ale i vůči odborným pracovníkům. Osvěta by tedy neměla mířit jen k laické veřejnosti, ale i na lékaře jiných specializací a další odborníky ve zdravotnictví.
- Destigmatizace duševního onemocnění považují lékaři vedle rozvoje intermediární sféry za nejvíce žádoucí trend.

Nové trendy v oblasti léčby

DÁVKOVACÍ SCHÉMATA, ZPŮSOBY APLIKACE LÉČIV

Na rozdíl od jiných oblastí jsou lékaři s vývojem na poli farmakoterapie obecně spokojeni.

U nových léků si cení zejména:

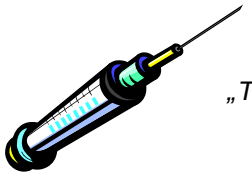
- Sníženého dávkování – minimální účinné dávky
- Snížené frekvence dávkování - ideálně jednou denně, ale obecně je mnohem větší výběr frekvence dávkování, lze ji ušít pacientovi na míru
- Nižšího výskytu nežádoucích účinků a jejich menší závažnosti – větší bezpečnost
- Nabídky depotních preparátů, hlavně mezi atypickými antipsychotiky
- Alternativních lékových forem k polykacím tabletám – rozpustné formy např. u antidepresiv
- Lepší compliance*

„Léčba je dnes pohodovější a komfortnější pro pacienta.“

„U neklidných pacientů jsou rozpustné tablety ohromným přínosem, přesila je neetická a takto neztratíme důvěru pacienta…“

„Kvalita života pacientů se výrazně zlepšila, léky mají minimum nežádoucích účinků, pacient dobře drží a může pracovat.“

**V anglicky mluvících zemích je sice pojem compliance považován za politicky nekorektní a nahrazován termínem adherence, pro potřeby této zprávy jsme však dali přednost v Čechách stále ještě obvyklejšímu termínu compliance.*



Ke skladbě a dostupnosti léků s negativně vyjadřovala pouze dětská lékařka, která se cítí ve výběru výrazně omezena.

„Nejsou dostupné kvalitní léky pro děti.“

MODERNÍ DEPOTNÍ PREPARÁTY mají zachovánu jednoznačnou výhodu v jistotě, že pacient lék skutečně dostal, což je předností zejména u hůře spolupracujících klientů.

„Depotní preparáty mají jistě své místo u nemocných bez náhledu na svou chorobu.“

„Pro nespolupracující pacienty je to řešení a záchrana, ale nejsou moc populární, jehla odrazuje více než tableta.“

„Jsou přínosnější pro pacienta i jeho okolí, nemusí ho kontrolovat, je méně konfliktů.“

Na druhé straně lékař aplikací depotního preparátu ztrácí možnost aktuálně ovlivnit dávku léčiva. Otázkou je, jak častý by byl tento požadavek ve skutečné praxi nebo, zda se nejedná jen o teoretickou obavu.

To, že pacient nemusí užívat denně léky může mít přínos i pro začlenění do společnosti, což bylo jmenováno na diskusi i v rozhovoru s dětským psychiatrem.

„Jsou ochotnější chodit á 14 dní na injekci než brát 3x denně 2 tablety… nechtějí brát léky ve škole, před spolužáky, v tom jsou depotní injekce výhodné.“

„Třeba to že je nemusí brát v práci, kde se každý diví, co to bere…tolik nezapomíná, když je to jednou denně.“

Nové trendy v oblasti léčby

Někteří z lékařů hovořili jmenovitě o přípravku **RISPERDAL CONSTA**. Zatímco někteří jej považují za neúměrně drahý, jiní v něm vidí novou šanci pro své pacienty a některé na něm odrazuje administrativa a „komplikované vztahy s pojišťovnami“.

- **Cena je problém** – obecně vysoká cena, u některých lékařů pak i nedostatečný cost/benefit poměr

„Nemyslím si, že tyto preparáty jsou natolik lepší, aby to ospravedlnilo jejich cenu, Risperdal Consta se například dává jednou za 14 dní a přitom jedna ampulka stojí 5 tisíc, je to strašně drahé a přitom stejné jako jiné depotní preparáty.“

„Vydrží dva týdny a ty jiné depotní i déle, spektrum nežádoucích účinků není tak odlišné a účinnost je stejná, někomu to sice lépe sedne, ale ten nepatrný rozdíl tu cenu neospravedlňuje.“

„Risperdal Consta je dobrý, ale je drahý, jeho problém je cena.“

„Určitě bychom ho využívali více, pokud by byl finančně výhodnější.“

- **Benefity** – účinnost, stabilní hladina, kontrola užívání

„Byl by vhodný pro řadu pacientů, u kterých se nemůže spolehnout, že to berou.“

„Je to jediný z depotních bez nežádoucích účinků, je to hodně velký rozdíl.“

„Schizofrenici s tím byli spokojeni, když jsme je převedli na perorální, tak to nebylo tak dobré, měli více nežádoucích účinků a necítili se tak dobře, stav kolísal, není tam stabilní hladina…“

„Ten lék je dobrý a spousta lidí, kteří nejsou schopni léky užívat, by se na tomhle preparátu dobře držela…byli by schopni přijít jednou za 14 dnů na injekci…“

„Posuneme tím takového chronika do relativní normy, člověka, který chodí, nic ho nezajímá uděláme normálního člověka.“

- **Systém úhrady** – komplikovaný pro ambulance kvůli zpětnému proplácení (které navíc není dopředu jasné a schvaluje se až zpětně a lékaře demotivuje), v nemocnicích je automaticky součástí paušálu

„Museli jsem ho asi 5 pacientům vzít, protože jsme si tím vyčerpali paušál na léky na lůžku…“

„Jedna injekce stojí 4200 a pacient potřebuje dvě za měsíc a VZP je proplácí v rámci paušálu, to je velký problém, který řešíme my ambulanti a bojujeme za změnu…revizní lékař pak rozhodne, jestli mi ten lék uhradí nebo ne, předložím fakturu, že jsem si ten lék koupila a čekám, jestli ji dostanu uhrazenu nebo se mi to bude počítat z mého paušálu… přitom jsou jasně daná kritéria a když tohle napíšu revizním lékaři, tak on řekne, že podle něj je nesplňuje a tečka.“

„Je to i problém léčebný, my to nasadíme a pak hledáme doktora, který je ochotný ho s touto medikací vzít.“

Nové trendy v oblasti léčby

COMPLIANCE, MOŽNOSTI ZLEPŠENÍ

Dostupnost modernějších preparátů s minimem vedlejších účinků a možností dávkovat méně často je podle lékařů hlavním důvodem zlepšování compliance psychiatrických pacientů.

„Určitě je to v poslední době lepší, s tím, jak jsou ty preparáty uživatelsky příjemnější."

„Jsou mírnější nežádoucí účinky, nemají již tak silnou potřebu ty léky vysadit."

„Je to hodně o těch vlastních lécích, jaké mají nežádoucí účinky, když mu to nedělá dobře, tak je vynechává nebo je přestane brát úplně."

Dva z lékařů odhadovali, že stejně jako v jiných oborech, i zde minimálně třetina pacientů není schopna nebo ochotna dodržovat léčebný režim.

„Taková třetina si s tím dělá nejrůznější kejkle…"

Lépe spolupracují neurotici a depresivní pacienti, kteří vidí efekt léků (cítí se po nich lépe) než psychotici nebo pacienti, kteří svou nemoc popírají. Dobře někdy zapůsobí opakovaná hospitalizace následkem vysazení léků, kdy pacient pozná, že musí léky brát.

„Psychiatričtí pacienti patří k ukázněným, hlavně neurotici rádi zobou…"

Co by podle lékařů dále zvýšilo compliance:

- Osvěta, lepší informovanost pacientů
- Komunikace lékaře s pacientem
- Co nejpřesnější informace v počátku léčby, upozornění na možné vedlejší účinky
- Otevřenost, důvěra pacienta v lékaře
- Ochota lékařů hledat možnost léčby, která pacientovi skutečně sedne, aby ji byl schopen dodržovat
- Komplexní terapie - stacionáře, psychoterapie
- Komplexnější péče ze zapojením rodiny

„Je potřeba, aby se pacientovi všechno podrobně vysvětlilo, bohužel na to v té ordinaci prostě není čas…ano, lepší komunikace s pacientem je základem k lepší compliance."

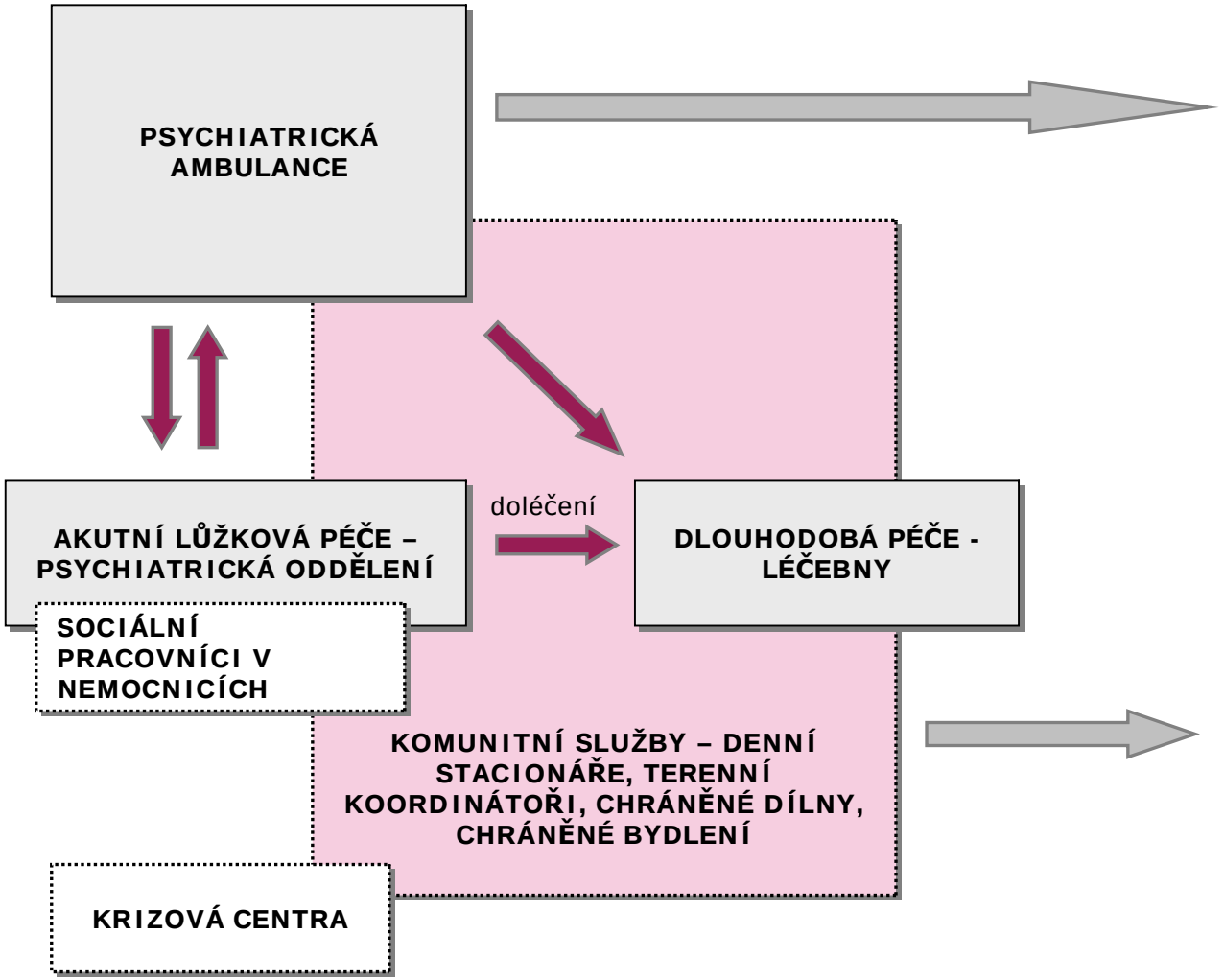
„Musí se zlepšit komunikace mezi lékařem a pacientem, otevřenost, aby ten pacient dokázal přijít zpátky a říct, že to nechce a lékař ho nezavrhl."

„Důležitá je otevřenost, říkám jim neblbněte a řekněte po pravdě, jestli to chcete brát nebo ne …a vyřešíme to pak třeba nějakou změnou."

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Vedle možnosti preskripce moderních léčiv s minimem závažných nežádoucích účinků je pro compliance pacientů důležitá také dobrá a otevřená komunikace s lékařem, informovanost pacienta a možnost využít služby komunitního servisu.

Bariéry většího zapojení ambulantní péče



- Přetížení ambulancí, dlouhé čekací doby na objednání
- Zlepšit návaznost při předávání péče - důraz na větší osobní spolupráci, aby byl pacient neustále v péči jedné ze složek
- Ambulantní péče by měla být více o zařazení pacienta do života, proto je důležitá spolupráce a rozvoj komunitních služeb

- Potřeba většího zapojení stacionářů a chráněných dílen
- Potřeba vytvořit metodický algoritmus, kterým se budou vytipovávat potřební pacienti - jak poznat správného pacienta pro komunitní péči a kontaktovat ho
- Spolupráce s komunitními službami a sociálními pracovníky hodnocena jako dobrý směr, ale stále to nestačí (nedostatečná síť zařízení)

Bariéry většího zapojení ambulantní péče

Lékaři se prakticky shodli, že to, jak pacient putuje mezi jednotlivými složkami péče, do značné míry **závisí na konkrétních podmínkách daného regionu** a **na mezilidských vztazích**, schopnosti domluvit si vzájemnou spolupráci.

„S někým se nám spolupracuje dobře a někde jinde to vázne, prostě to záleží hlavně na lidech."

„Neformální komunikace je v tomto případě vždycky lepší…"

Pro lékaře ze stacionáře je např. důležité najít způsob jak vytipovat potřebné pacienty, vytvořit pokyn, koho má terénní tým vlastně na lůžkových odděleních kontaktovat a komu se věnovat.

„V praxi je největší problém poznat toho správného pacienta, protože ti, co nejvíce křičí si obvykle dokáží poradit sami."

Dětský psychiatr poukazoval na nedostatek pracovišť věnujících se dětským pacientům a špatnou spolupráci s lékaři jiných specializací. Jako největší problém pak vidí to, že v jeho regionu **zcela chybí dětská akutní lůžka**, funguje pouze jedna léčebna, kam ovšem rodiče ve většině případů odmítají dítě umístit. Lékařka je nešťastná z dlouhých objednacích lhůt a nedostatku času na pacienta (hodina na pacienta i rodiče je hraniční). Pomohla by jí síť sociálních pracovníků, kteří by s dětmi pomáhali, např. je vodili a vypravovali do školy apod.

„Síť dětských psychiatrických ambulancí je zoufalá, nedostatečná, dospělých je přitom dost, ale berou si děti až od 18 let."

„Teď již objednávám na konec ledna nebo začátek února (pozn. listopad)."

Nemocničnímu psychiatrovi vadí, že **ambulantní kolegové mění zahájenou terapii** – má pocit, že se tak děje hlavně z důvodů ekonomických.

„Vadí mi, že nás ambulantní psychiatři neposlouchají, na jednu stranu je chápu, musejí hlídat limity, nutí je pojišťovny, ale mění nám terapii a pacienti nám potom chodí s relapsy."

Lékaři s kombinovanou péčí mají výhodu využití „vlastní" ambulance při propouštění pacienta. Obecně existuje povinnost objednat v místě bydliště pacienta do 3 dnů od propuštění. V praxi je však podle lékařů často kvůli přeplnění ambulancí pacientovi nabídnut termín až za 2 týdny, což je dlouhá doba na to, aby byl nemocný zcela bez péče. Ambulantní psychiatr by proto velmi uvítal, kdyby takový pacient zatím mohl být v péči nějakého denního stacionáře nebo alespoň v kontaktu s terénním koordinátorem, který by dohlédl na to, **aby se pacient z péče „neztratil"**. Takový pacient totiž s velkou pravděpodobností opět lékaře vyhledá, ale ve výrazně horším stavu. Je patrné, že někteří lékaři vnímají roli "terénního koordinátora" nebo "case managera" jako někoho, kdo pacienta ohlídá klíčové dva týdny, než na něj bude mít psychiatr čas.

„..aby byl pacient podchycen ještě než dojde ke krizi."

„Bylo by potřeba aby to na sebe lépe navazovalo, větší osobní spolupráce, nemělo by docházet k tomu, že se nám ten člověk prostě ztratí."

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Funkce koordinátora léčby je důležitá pro „hladký" přechod z lůžkové do ambulantní péče stejně jako neformální vztahy mezi jednotlivými složkami.

Bariéry většího zapojení ambulantní péče

Nejvíce lékařů by ocenilo **rozvoj komunitních služeb**, zejména denních stacionářů a chráněných dílen a pomoc terénních koordinátorů.

„Obecně čím více relapsů, tím hůře se ten člověk sám začleňuje."

„Naše sociální pracovnice zařídí to akutní, ale měl by být člověk v terénu."

„Některé problémy u nás řeší sociální pracovnice, ale sociální péče jako taková u nás moc nefunguje."

„Bylo by potřeba zlepšit komunitní služby, nějaká rehabilitační centra, rozhodně by byli potřeba nějací koordinátoři, chráněná bydlení, chráněná pracovní místa…"

Za žádoucí směr považují psychiatři **implementaci dalších „profesionálů"** jednak s vyšším zdravotnickým vzděláním (event. se základním psychoterapeutickým výcvikem), kteří se mohou uplatnit více v komunitních službách a dále sociálních pracovníků, kteří by s klienty spolupracovali více v úředních záležitostech, jednáních se státní správou apod.

Čekací doby na vyšetření v ambulanci se u respondentů pohybují **od jednoho týdne do 6 týdnů**. Lékaři, kteří se snaží pacientům vyjít vstříc a nechtějí je nechat tak dlouho čekat, si je objednávají po ordinačních hodinách nebo v případě nemocnice zcela mimo hodiny vyčleněné pro ambulanci.

„Je pravda, že pokud by se ambulantní sféra mohla více pacientům věnovat, tak by nemuselo být tolik hospitalizací nebo by došlo k jejich celkovému zkrácení."

„Přesouváme si je do těch neambulančních hodin, ředitel to sice nevidí rád, je to na úkor lůžkových pacientů."

„Stále se prodlužují čekací lhůty na první vyšetření, teď je to měsíc až měsíc a půl."

Další možností je pak radikální zkrácení doby ošetření, jeden z respondentů hovořil až o 50 pacientech denně a průměrném trvání opakované návštěvy stabilizovaných pacientů kolem 10 – 15 minut. Takovýto počet návštěv jim ale pojišťovna neuhradí. Stejně tak novému pacientovi nevěnují ideální 2 hodiny, ale stěží 30 minut. Jako jediný tento lékař uvedl, že se jim stává, že musí občas nového pacienta dokonce odmítnout.

„Kapacita ambulance je naprosto přetížená, takže se těm lidem nemůžeme věnovat tak, jak chceme, proto bychom i uvítali větší zapojení denních stacionářů."

Lékaři se **neshodli na optimální době trvání jedné návštěvy**. Zatímco jedna skupina psychiatrů má pocit, že 30 minut je více než dost (a zlobí se, že jim pojišťovna proplatí jen 16 návštěv denně), jiní by rádi s pacientem hovořili i déle. Je zřejmé, že v praxi jsou tyto doby ovlivněny také diagnostickou skladbou pacientů.

„Dobře kompenzovaný pacient si vyžaduje tak 15 – 20 minut."

„U opakovaných návštěv stačí tak 20 minut."

„Já s nikým nemluvím méně než hodinu, 15 minut na pacienta je takový podnikatelský přístup…"

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Ambulantní lékaři sice hovořili o přetížení a nedostatku času na pacienta, někteří ale zároveň necítí potřebu věnovat se pacientovi déle a důkladněji.

Bariéry většího zapojení ambulantní péče

První návštěva nového pacienta by podle lékařů měla trvat zhruba 1 - 2 hodiny, v praxi se pohybuje v rozmezí 30 minut až 1 hodiny. Lékaři však tvrdili, že pokud vidí, že si pacient vyžaduje delší čas, tak mu ho věnují, ale není to pravidlem.

Čekací doby v případě hospitalizace závisí na akutnosti případu. Konzilia a akutní případy se řeší hned nebo se pacient směruje alespoň do léčebny. Pokud se jedná o plánovaný pobyt, pohybují se lhůty průměrně v horizontu 2 – 3 týdnů. Ojediněle zaznělo, že nemohou pacienta kvůli kapacitě přijmout.

„Na lůžko se u nás čeká tak 2 – 3 týdny…“

„Optimální ba bylo do týdne, ale teď je to u odkladných stavů 2 – 3 týdny i více.“

Větší problém ale nastává u pacientů v akutním stavu, u nichž nebyly psychiatrické příznaky důvodem hospitalizace. Nejpalčivěji je tento problém vnímán v oblasti psychogeriatrie. Takovýchto pacientů se snaží lékaři jiných oddělení co nejrychleji „zbavit“ a přesunout je na psychiatrii, kde zase nemají podmínky pro zvládání např. akutních interních potíží. Proto se všichni lékaři na diskusi přimlouvali za **vyčlenění speciálních lůžek pro psychiatrické pacienty na Jednotkách intenzivní péče**.

„Je to klasický problém po chirurgickém zákroku, druhý den, starý pán na ortopedii, 75 let… měl by se konziliárně zamedikovat a zůstat na tom oddělení, kde má dostupnou i další péči, což na té psychiatrii nemá.“

Dva z nemocničních lékařů hovořili o potřebě **zlepšit procedury kolem příjmu pacienta**. Pacient by měl být častěji odesílán s podrobnější zprávou, která ulehčí přijímajícímu situaci. Také policie by měla mít povinnost pacienta přivézt s nějakým písemným materiálem, který by mohl později sloužit jako doklad o chování pacienta v době převozu apod. V této souvislosti by také mohl být přínosný jednoduchý základní výcvik policistů pro práci s duševně nemocnými.

„Abych o něm něco věděla a nemusela všechno složitě zjišťovat sama.“

„Aby byla lepší spolupráce s policií, oni chtějí pořád potvrzení, ale sami nedají nic, RZP to dělá, ale policie ne.“

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Lůžkové psychiatry nejvíce pálí nedostatek jipových psychiatrických lůžek.

Ekonomicko – legislativní bariéry

ROLE POJIŠŤOVNY, REVIZNÍCH LÉKAŘŮ

V **nemocnicích** lékaři necítí tlak revizních lékařů, spíše **omezení výší paušálu zdravotní pojišťovny**, které se přenáší jako tlak vedení nemocnice. Více ho pak vnímají vedoucí oddělení než řadoví lékaři.

„Já jsem zaměstnanec, takže to moc neřeším, necítím se moc omezená…čas od času zaplatíme pokutu, ale v takhle velkém zařízení se to ztratí…“

„To víte, že občas překročíme limity, ale nějak výrazně nás to neomezuje, vedení nám prostě řeklo, že na to máme myslet…“

„Paušály jsou neskutečně omezující, kdybych nedostávala vzorky od firem, tak to tu můžu zavřít.“

„Naštěstí nás zachraňují vzorky, v podstatě jsme na ně odkázaní.“

„Jednoho drahého pacienta musíme vyvážit větším počtem levnějších…“

Vzhledem k několikatýdenní hospitalizaci navíc musí pacienty saturovat i jinými léky, což jejich „pobyt“ na lůžku výrazně prodražuje.

„Ten limit na lůžkoden je opravdu nepříjemný…rostou nám náklady díky somatickým lékům, na psychiatrii často chodí lidé, kteří mají dalších 6 – 12 léků….“..

Zaznělo také, že pacienty občas musí kvůli sestupným úhradám propustit předčasně, i když by potřebovali ještě chvíli zůstat. Otázkou je, zda pacient skutečně potřebuje prodloužit hospitalizaci nebo spíše postupný návrat přes denní stacionáře apod.

Pro **ambulance** je otázka **revizního lékaře** a **limitů** poměrně palčivá. Ambulantní psychiatři mají pocit, že o povolení úhrady rozhodují neodborníci (byl vzpomenut zubař apod.) a prakticky si mohou dělat co chtějí, proti jejich rozhodnutí nemají dovolání, byť jim často připadá nelogické a neodůvodněné. Finanční omezení podle nich poškozuje pacienty a nedovoluje jim účinně zasáhnout od začátku léčby.

„Rozhodují o tom lidé, kteří v životě psychiatrického pacienta neviděli.“

„Především se to projevuje u léků první volby, u prvoatak já potřebuji pacienta účinně zaléčit atypickým antipsychotikem, aby nedošlo ke zchroničtění a zabránilo se propadu…ale takhle pacient nedostane vždy optimální léky, které by potřeboval.. Na jednu stranu sice ušetřím za léky, ale v dlouhodobém horizontu se mi zvyšují náklady na hospitalizaci, protože mi sem přicházejí zchronifikovaní.“

„Je to cítit, nemůžu dát to, co bych považovala za nejlepší a nejhorší je to u prvoatak a nakonec je poškozený pacient, je to na jeho úkor…“

„ S naším revizním se moc nedá domluvit, většinu mi neschválí.“

Ekonomicko – legislativní bariéry

Jako typická situace byl uváděn příklad Risperdalu Consta, který může být vyjmut z paušálu po uvážení revizního lékaře a navíc jsou přesně daná omezení, kdy lze pacientovi přípravek poprvé nasadit (nelze u prvoatak!). Někteří z lékařů se přiznali, že toto omezení obchází tím, že raději tento preparát něčím nahradí.

„Snažili se to vyčlenit, ale je s tím spousta papírování, musí zažádat VZP o vyjmutí z paušálu, vypsat plno papírů a nakonec mi to stejně nepovolí.“

„Teď je příšerné administrativní opatření v oblasti léčby psychotiků, je to založeno na ekonomických důvodech, je tam přesné vodítko, kdy mohu dát pacientovi poprvé risperdon, to je naprostá nehoráznost.“

Lékaři, kteří mají přetíženou ambulanci a věnují pacientům kolem 15 – 20 minut, cítí jako omezení, že pojišťovna hradí maximálně jen 16 návštěv denně.

Dále byla diskutována otázka ceny léků a jejich **doplatku**. Někteří lékaři zmínili, že pacientům musí častěji předepisovat i starší méně kvalitní léky, protože nemají na doplatek. Jiným vadí, že neznají skutečný doplatek v lékárně.

„Pacient má často invalidní důchod nebo nemá vzdělání, musím mu psát lék bez doplatku i za cenu větších nežádoucích účinků…dobrý lék je pro hodně pacientů nedostupný…“

Problém **ceny moderních léků** byl obecně diskutován hlavně ze strany ambulantních psychiatrů, kteří mají **obavy z dalších limitací a omezení** ze strany MZ a zdravotních pojišťoven.

„Ty limity jsou už dnes děsný, já mám povoleno 1100 Kč na pacienta na kvartál a to není rozpočet ani na jeden měsíc u slušných léků. “

„V praxi musíme ty pacienty nějak ředit...“

Největší omezení (cenové i administrativní) lékaři cítí **v oblasti nových antipsychotik** a **kognitiv** (omezení hodnotou MMSE skóre).

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Ambulantní lékaři většinou nemají dobré zkušenosti s jednáním s revizními lékaři zdravotních pojišťoven a považují jejich rozhodnutí za „obtížně předvídatelná“ i za jasně daných podmínek úhrady.
- Řada psychiatrických pacientů je starších a má potíže s zaměstnáním a tedy i příjmem, lékaři u takových preferují léky bez doplatku i za cenu větších nežádoucích účinků.

Ekonomicko – legislativní bariéry

LEGISLATIVNÍ BARIÉRY

Ze skutečností, které lékaři vnímají jako omezující zaznělo nejčastěji:

- Měla by být možnost nucené léčby alkoholiků, nedobrovolné hospitalizace – na tuto oblast upozornilo nejvíce lékařů!
- Není ošetřena nedobrovolná léčba u manických atak
- „Hrozba“ nahlížení do dokumentace
- Klecová lůžka mají své místo, neměla by se rušit – jsou šetrnější než jiné způsoby, není adekvátní náhrada ani vybavení technické a personální
- Jako opozice k nedobrovolné léčbě by se měl ustavit institut obhájce pacienta

„Na oddělení závislostí jsou největší problémy s legislativou, protože v roce 1997 byla zrušena výměrová léčba…my máme pacienty v žalostném stavu v důsledku závislosti a nemůžeme je dostat na léčení pokud oni sami nechtějí.“

„Rodiny alkoholiků jsou tím strašně terorizované…“

Z odpovědí je ale patrné, že lékaři si již za léta praxe našli i pro tyto případy cesty, jak nevhodná nařízení a zákazy překonat.

„Tak, ono se to dá vždycky nějak obejít.“

Zhruba polovina lékařů během kvalitativní části vyjádřila **obavy ze zavedení práva pacientů nahlížet do dokumentace**.

„Kolem nahlížení do dokumentace se pořád víří hladina, protože pacienti chtějí nahlížet do dokumentace…“

Mají pocit, že by to vedlo k vedení mnohem stručnějších poznámek. Ty, které si píší v současné době jsou podle nich psány stylem, který by pacient mohl vnímat jako znevažující nebo nedostatečně respektující a proto příliš nechtějí, aby se s nimi pacient seznámil. Ojediněle dokonce zaznělo, že by pacient dokumentaci stejně nerozuměl a je to tedy úplně zbytečná diskuse.

„Pacient tomu stejně nerozumí.“

DŮLEŽITÁ FAKTA

- Jako nejpalčivější problém v oblasti legislativy lze označit nedobrovolnou léčbu alkoholiků.
- Zejména ambulantní psychiatři se snaží bránit právu pacientů nahlížet do dokumentace.

KVANTITATIVNÍ ČÁST

- osobní dotazování lékařů

STEM MARK

MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Počet psychiatrických pacientů

Při zpracování otázky o počtu psychiatrických pacientů za rok byli lékaři rozděleni do **kategorií podle specializace a u psychiatrů** dále **i podle typu péče (lůžková vs. ambulantní)**. Lékaři vyplňovali údaje o celkových počtech psychiatrických pacientů a o počtech nově příchozích pacientů za rok.

- **Psychiatrické diagnózy** jsou v ordinacích většiny **praktických lékařů** zastoupeny pouze **okrajově** - **střední počet** (medián) psychiatrických vyšetření za období jednoho roku je **100**.
- **Průměrný počet** psychiatrických pacientů na jednoho praktického lékaře je pak **184**.
- **10 % praktických lékařů**, kteří mají v péči **nejvyšší počty psychiatrických pacientů**, ročně navštíví **více než 400** pacientů s psychiatrickou diagnózou.
- Naopak **10 % praktických lékařů** ošetří za rok **méně než 14** pacientů s psychiatrickou diagnózou.
- Během jednoho roku se v ordinaci praktického lékaře objeví **v průměru 41 nových pacientů** s psychiatrickou diagnózou. **Hodnota mediánu je 20**. Znamená to, že v praxi bude mít většina praktických lékařů menší počet nově příchozích pacientů než je hodnota průměru.

U psychiatrů jsou podstatné **rozdíly v počtech pacientů v závislosti na typu péče**. Psychiatři s převažující či výhradně **ambulantní péčí** uváděli výrazně **vyšší** celkové **počty** psychiatrických pacientů za rok. Při porovnání počtu nově příchozích pacientů nejsou rozdíly mezi lůžkovou a ambulantní péčí tak výrazné.

- **Psychiatři s výhradně lůžkovou péčí** vyšetří za rok v průměru 410 pacientů, z toho je 182 nově příchozích. Hodnoty mediánů jsou 350 (celkový počet pacientů) a 100 (nově příchozí pacienti).

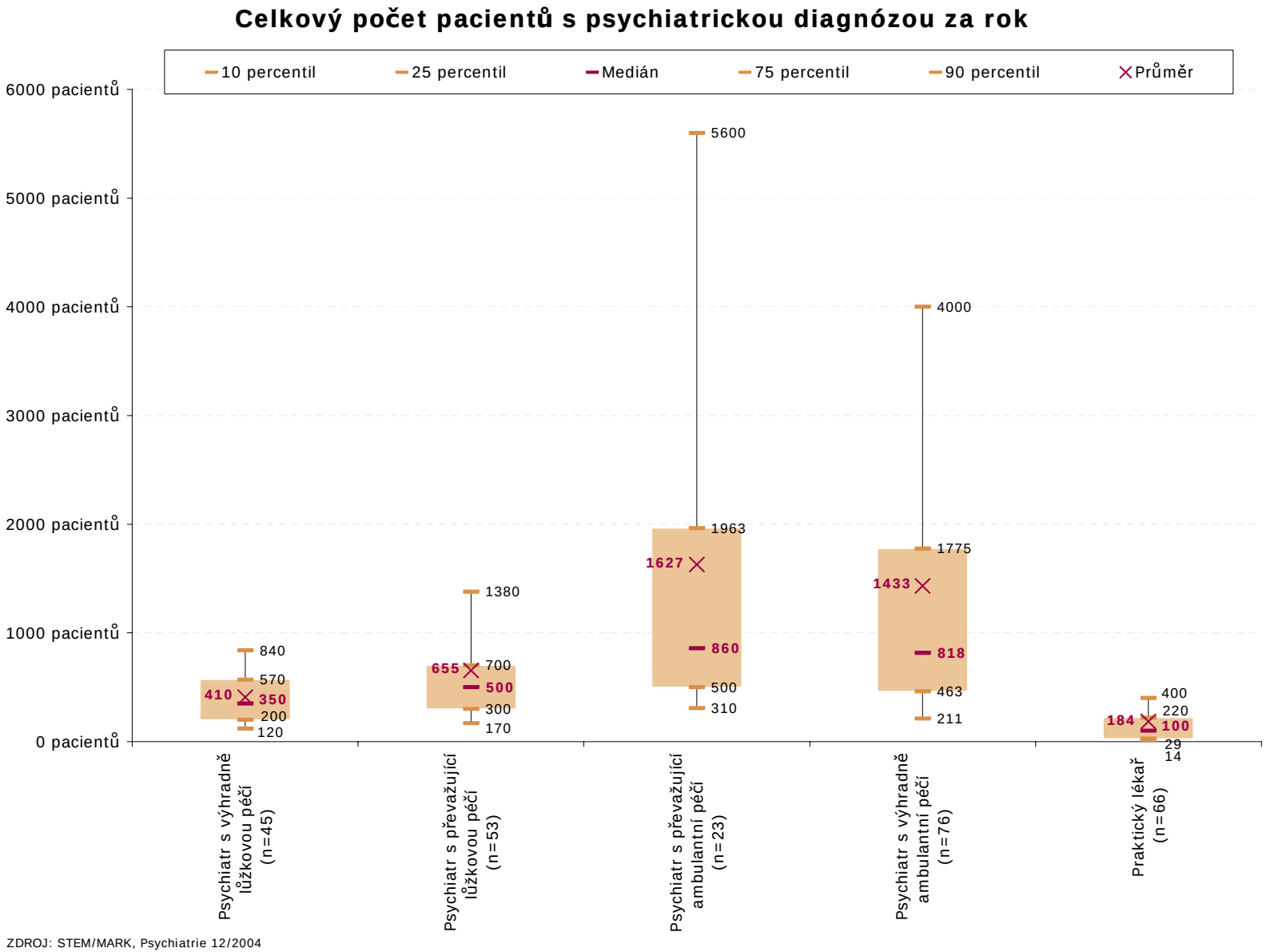
- U **psychiatrů s převažující lůžkovou péčí** je průměrný počet vyšetřených pacientů o něco vyšší – 655, z toho je 218 nově příchozích. Hodnoty mediánů jsou 500 (celkový počet pacientů) a 200 (nově příchozí pacienti).

- **Psychiatři s převažující ambulantní péčí** vyšetří v průměru 1627 pacientů, z toho je 281 nově příchozích. Hodnoty mediánů jsou 860 (celkový počet pacientů) a 250 (nově příchozí pacienti). Většina těchto lékařů má tedy nižší počty pacientů než je hodnota průměru. Můžeme se zde setkat s lékaři s extrémně vysokými počty pacientů – 10 % lékařů vyšetří více než 5600 pacientů ročně.

- U **psychiatrů s výhradně ambulantní péčí** je situace podobná jako u psychiatrů s převažující ambulantní péčí. I z dalších částí průzkumu vyplývá, že tyto dvě skupiny lékařů se často chovají obdobně. Psychiatři s výhradně ambulantní péčí vyšetří v průměru 1433 psychiatrických pacientů za rok, z toho je 264 nově příchozích. Hodnoty mediánů jsou 818 (celkový počet pacientů) a 200 (nově příchozí pacienti).

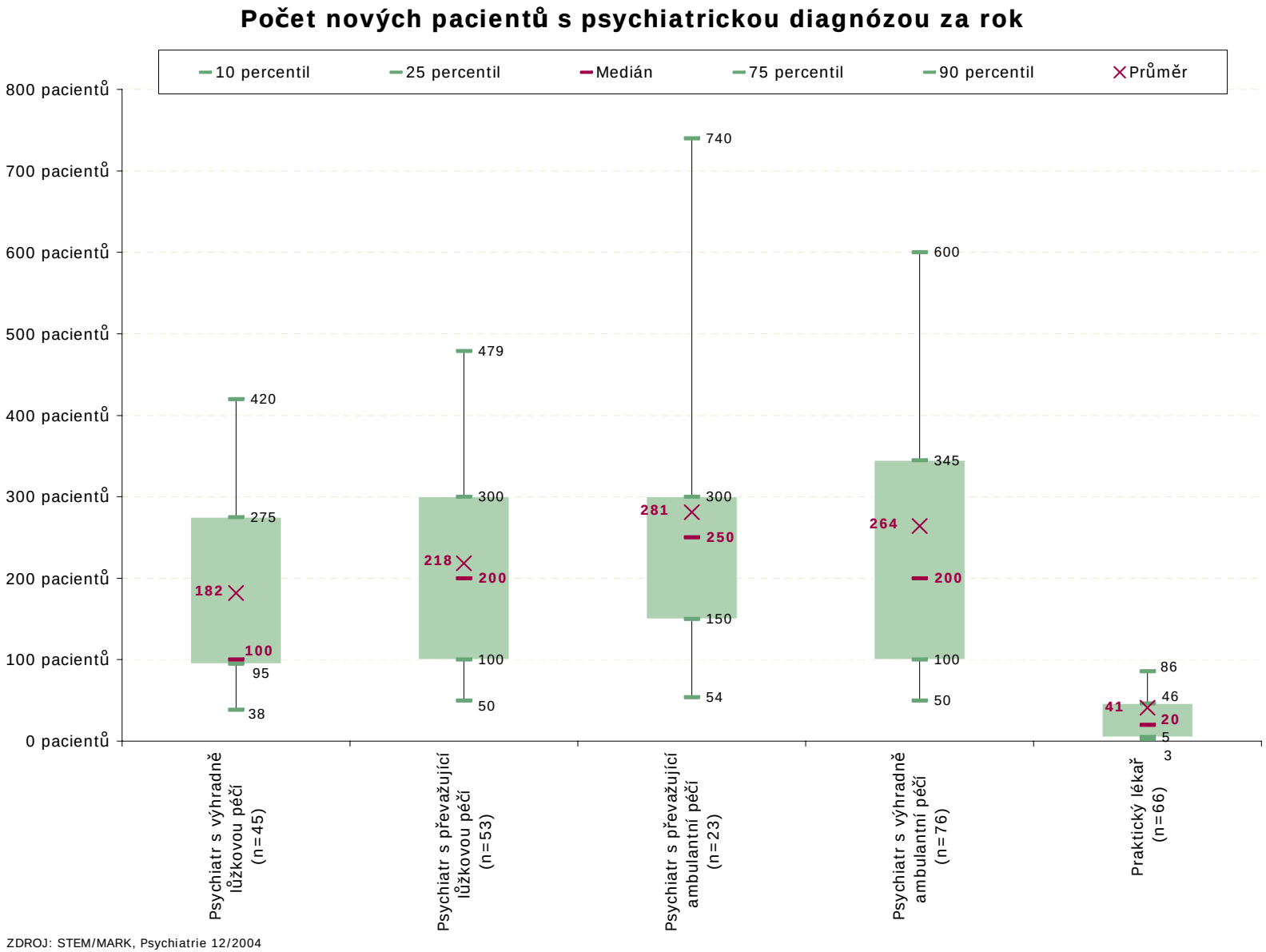
- *Poznámka: Grafy na následujících stranách zobrazují rozložení počtu vyšetřených pacientů pomocí percentilů (viz též příloha : Percentilová analýza-popis použitých ukazatelů).*

Počet psychiatrických pacientů celkem



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Počet nově příchozích psychiatrických pacientů

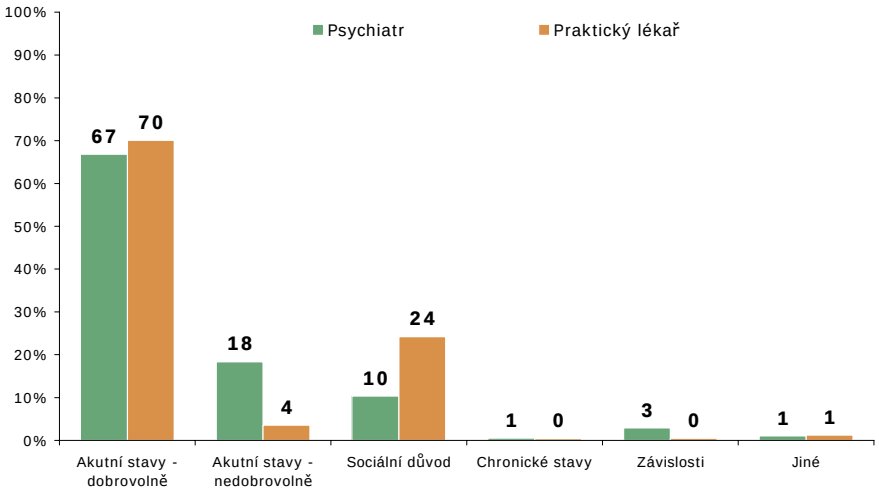


ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Důvody přijetí nového pacienta do péče

Důvody přijetí nového psychiatrického pacienta do péče - % ze součtu nově příchozích pacientů

ZÁKLAD: Nově příchozí pacienti s psychiatrickou dg. u psychiatrů a praktických lékařů , n=17500, 4800
POZNÁMKA: Údaje o počtech pacientů v jednotlivých kategoriích poskytlo 137 psychiatrů a 50 praktických lékařů



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

- V další otázce bylo sledováno, jak velká část nově příchozích pacientů přichází k lékaři s akutním duševním stavem **dobrovolně, nedobrovolně a ze sociálních důvodů**. Lékařům byl zároveň ponechán prostor, aby mohli uvést i jiné důvody.

- Údaje byly zpracovány dvěma způsoby:
- **Graf** vlevo ukazuje **podíl jednotlivých důvodů na celkovém počtu nově příchozích pacientů za všechny dotázané psychiatry nebo praktické lékaře**. Jedná se tedy o procento ze součtu nově příchozích pacientů všech respondentů dané specializace.
- **Tabulka** dole ukazuje, jak vypadá **situace v ordinaci průměrného a „typického“ lékaře**. U „typického“ lékaře se vychází ze středních hodnot (mediánu).

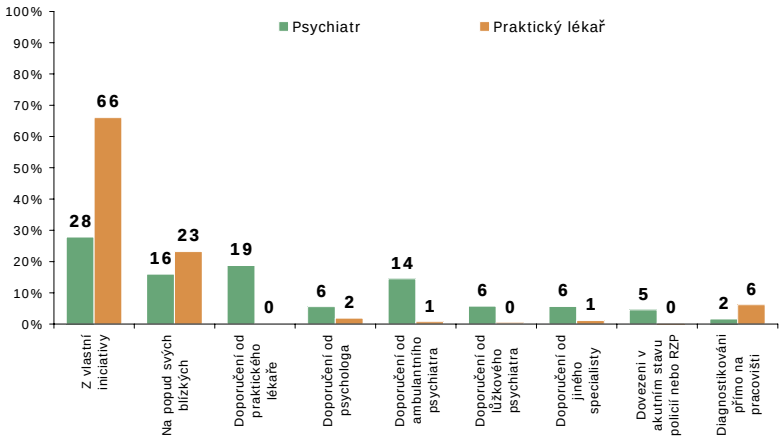
Důvody přijetí nového pacienta podle specializace a typu praxe - situace v průměrné a typické praxi

		Akutní stav - dobrovolně	Akutní stav - nedobrovolně	Sociální důvod	Chronické stavy	Závislosti	Jiné
Psychiatr s převažující či výhradně lůžkovou péčí (n=56)	Průměrné % pacientů	56	29	12	3	0	0
	Střední % pacientů	*57*	*20*	*10*	*0*	*0*	*0*
Psychiatr s převažující či výhradně ambulantní péčí (n=81)	Průměrné % pacientů	74	11	9	3	2	1
	Střední % pacientů	*85*	*4*	*2*	*0*	*0*	*0*
Praktický lékař (n=50)	Průměrné % pacientů	70	4	24	0	1	0
	Střední % pacientů	*85*	*0*	*10*	*0*	*0*	*0*

Způsob příchodu nového pacienta

Způsob příchodu nového psychiatrického pacienta - % ze součtu nově příchozích pacientů

ZÁKLAD: Nově příchozí pacienti s psychiatrickou dg. u psychiatrů a praktických lékařů , n=13700, 4800
POZNÁMKA: Údaje o počtech pacientů v jednotlivých kategoriích poskytlo 125 psychiatrů a 50 praktických lékařů



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

- V další otázce byl sledován **způsob příchodu nového pacienta k lékaři** – vlastní iniciativa, rodina či jiný zdravotník.
- Údaje byly obdobně jako v předchozí otázce zpracovány dvěma způsoby:
- **Graf** vlevo ukazuje **podíl jednotlivých způsobů příchodu na celkovém počtu nově příchozích pacientů za všechny dotázané psychiatry nebo praktické lékaře**. Jedná se tedy o procento ze součtu nově příchozích pacientů všech respondentů dané specializace.
- **Tabulka** dole ukazuje, jak vypadá **situace v ordinaci průměrného a „typického“ lékaře**. U „typického“ lékaře se vychází ze středních hodnot (mediánu).

Způsob příchodu nového pacienta podle specializace a typu praxe - situace v průměrné a typické praxi

		Z vlastní iniciativy	Na popud svých blízkých	Od praktického lékaře	Od psychologa	Od amb. psychiatra	Od lůžkového psychiatra	Od jiného specialisty	Dovezeni policií nebo RZP	Dg. přímo na pracovišti
Psychiatr s převažující či výhradně lůžkovou péčí (n=51)	Průměrné % pacientů	12	17	14	3	**30**	4	4	8	2
	Střední % pacientů	*9*	*10*	*11*	*0*	***25***	*2*	*2*	*3*	*0*
Psychiatr s převažující či výhradně ambulantní péčí (n=75)	Průměrné % pacientů	**37**	15	21	7	3	6	6	2	1
	Střední % pacientů	***36***	*12*	*14*	*4*	*0*	*2*	*3*	*0*	*0*
Praktický lékař (n=50)	Průměrné % pacientů	**63**	22	0	2	1	0	1	0	6
	Střední % pacientů	***67***	*13*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*

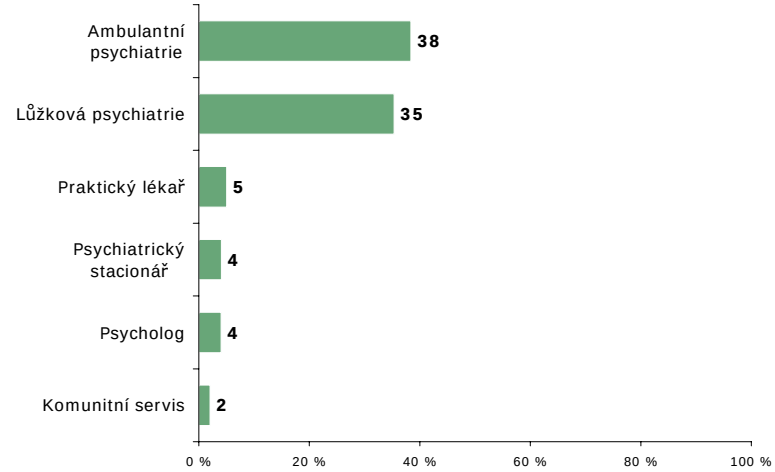
Přesažení kapacity zařízení

- **Alespoň jednoho nově příchozího pacienta** s psychiatrickou diagnózou muselo v uplynulém roce **odmítnout 46 % dotázaných psychiatrů.**
- Při dalším třídění byli zjištěny významné **rozdíly mezi lůžkovou a ambulantní sférou**. Alespoň jednoho pacienta muselo z kapacitních důvodů odmítnout celkem **53 %** psychiatrů s výhradně či převážně **lůžkovou péčí**. Ve skupině psychiatrů s výhradně či převážně **ambulantní péčí** je to pouze **39 % lékařů**.
- Psychiatři, kteří museli odmítnout alespoň jednoho pacienta, odmítli **v průměru 11 % nově příchozích pacientů**. Hodnota mediánu je ale podstatně nižší než je hodnota průměru – 5 %. Znamená to, že v praxi se setkáme s lékaři, kteří musí odmítnout výrazně vyšší procento nově příchozích pacientů než ostatní lékaři. Vyšší procento odmítnutí nově příchozích pacientů se častěji vyskytuje u lékařů s výhradně či převážně ambulantní péčí.
- Grafy vlevo poskytují informaci o tom, kam jsou nejčastěji odesíláni pacienti z jednotlivých typů péče při přesažení kapacity zařízení.

- **Postavení praktických lékařů je vzhledem k psychiatrickým pacientům odlišné** – často slouží pouze jako **lékaři prvního záchytu** a pacienty odesílají dále ke specialistům. Proto je i procento lékařů, kteří uvedli, že museli odmítnout alespoň jednoho psychiatrického pacienta výrazně nižší. Konkrétně se jedná o 3 % praktických lékařů, kteří mají sice v trvalé péči několik pacientů s psychiatrickou diagnózou, ale většinu nových psychiatrických pacientů do trvalé péče přijmout odmítají.

Kam nejčastěji odesíláte pacienty při přesažení kapacity ?
- psychiatři s výhradně či převážně lůžkovou péčí

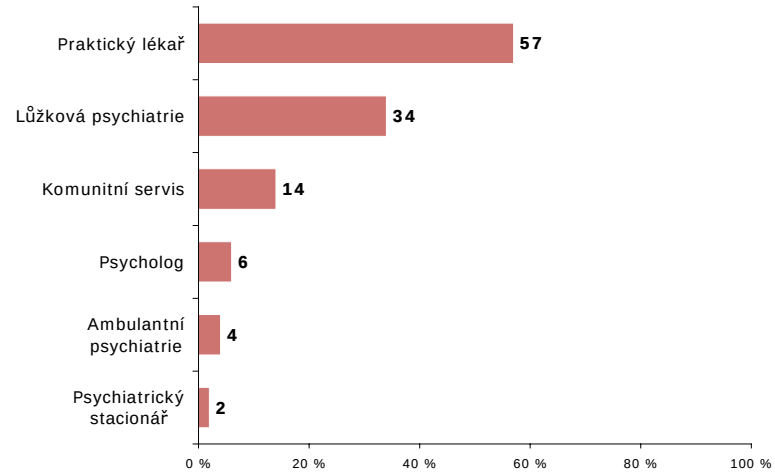
ZÁKLAD: Psychiatři s výhradně či převážně lůžkovou péčí; n=99



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Kam nejčastěji odesíláte pacienty při přesažení kapacity ?
- psychiatři s výhradně či převážně ambulantní péčí

ZÁKLAD: Psychiatři s výhradně či převážně ambulantní péčí; n=100



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

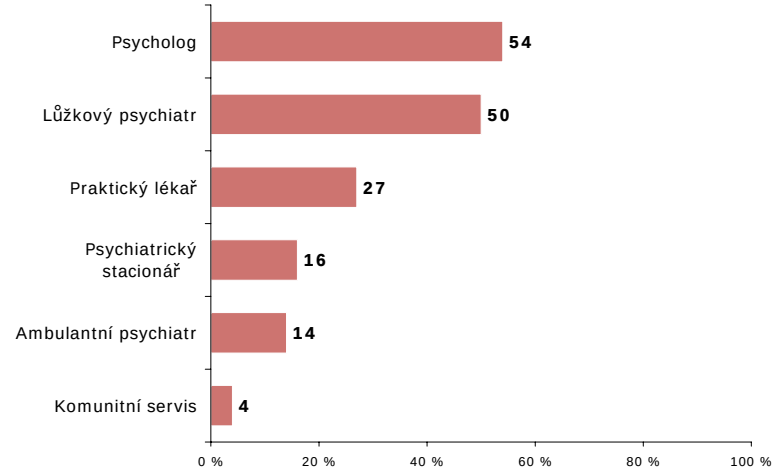
Odesílání pacientů k jinému lékaři v průběhu léčby

- Většina lékařů bez ohledu na specializaci či typ praxe odesílá podstatnou část svých psychiatrických pacientů i k jinému lékaři. **Nejčastějším** spontánně uváděným **důvodem pro odeslání pacienta jinému lékaři** jsou **somatické zdravotní komplikace.** Méně častým důvodem bývá zhoršení nebo zlepšení psychického stavu, někteří lékaři uváděli i špatnou spolupráci ze strany pacienta, kapacitní důvody nebo přesažení limitu maximální možné délky hospitalizace.

- Grafy na této straně podávají informace o tom, kam lékaři jednotlivých typů praxe a specializace nejčastěji odesílají své pacienty v průběhu psychiatrické léčby. Do seznamu nejsou zahrnuty subjekty, které se účastní somatické terapie.

Kam nejčastěji odesíláte pacienty v průběhu léčby?
- psychiatři s výhradně či převážně ambulantní péčí

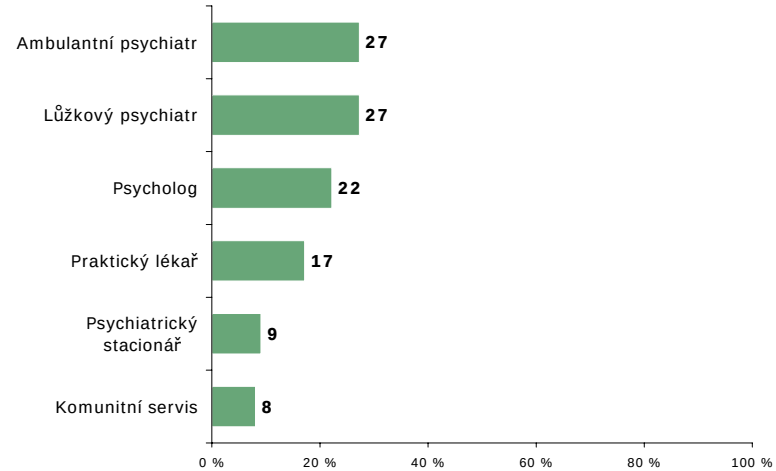
ZÁKLAD: Psychiatři s výhradně či převážně ambulantní péčí; n=100



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Kam nejčastěji odesíláte pacienty v průběhu léčby?
- psychiatři s výhradně či převážně lůžkovou péčí

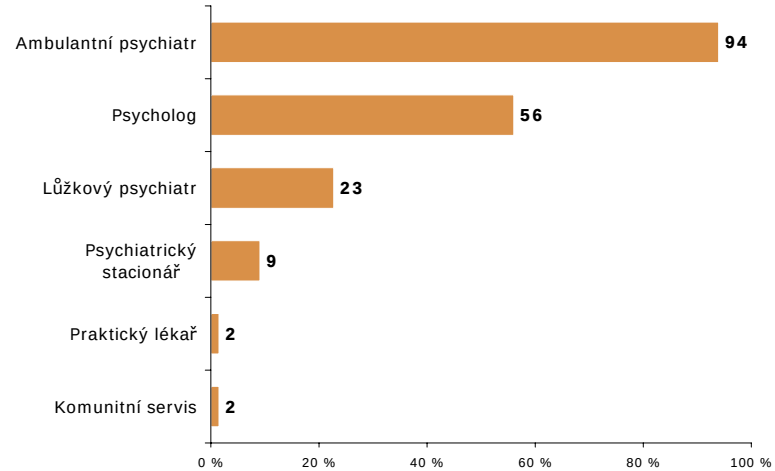
ZÁKLAD: Psychiatři s výhradně či převážně lůžkovou péčí; n=99



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Kam nejčastěji odesíláte pacienty v průběhu léčby?
- praktičtí lékaři

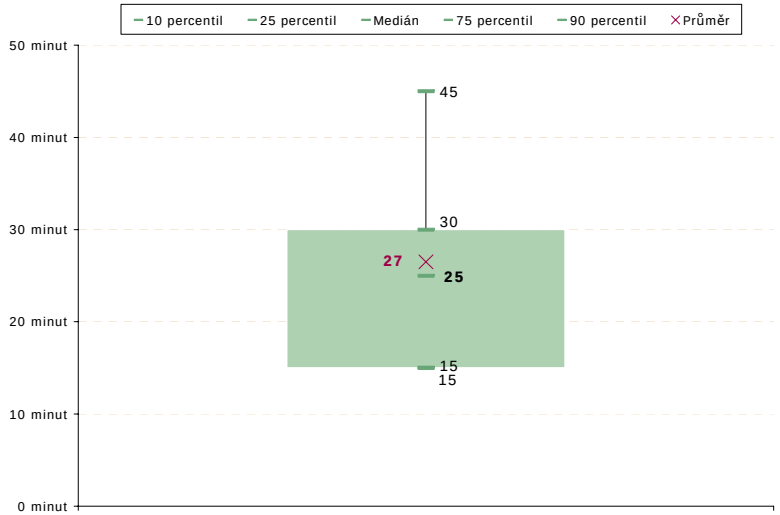
ZÁKLAD: Praktičtí lékaři; n=100



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

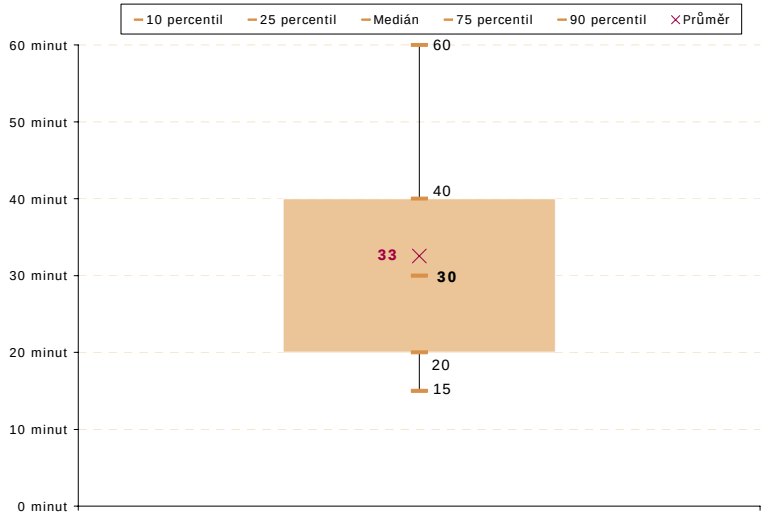
Čas věnovaný pacientovi při opakované návštěvě

Čas věnovaný pacientovi při opakované návštěvě



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Optimální délka opakované ambulantní návštěvy



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

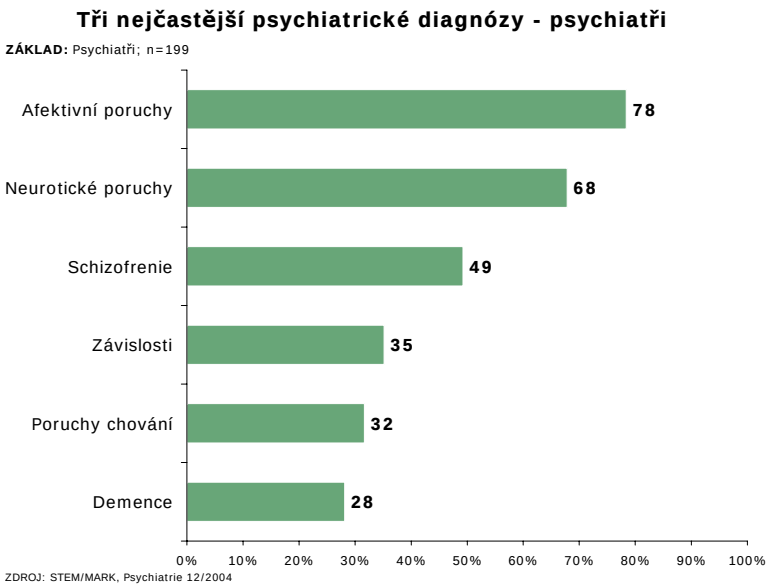
- **Při opakované návštěvě** věnují lékaři pacientovi **v průměru 27 minut**, střední doba strávená s pacientem je 25 minut.
- Čas věnovaný pacientovi při opakované návštěvě se ale významně **liší mezi** jednotlivými **specializacemi** lékařů – při opakované návštěvě stráví **psychiatři** s pacientem v průměru **30 minut** (střední doba je také 30 minut) zatímco **praktičtí lékaři** v průměru pouze **19 minut** (střední doba je 17 minut).

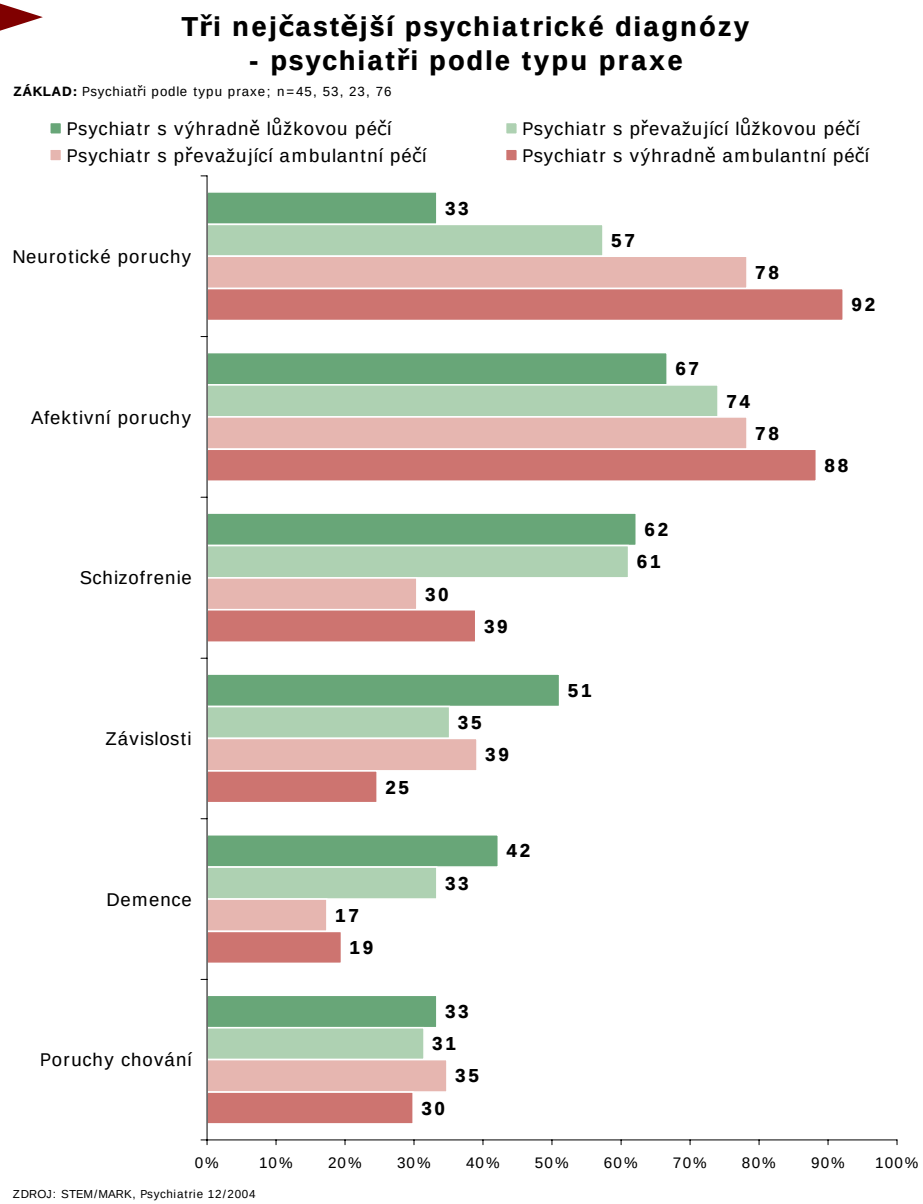
- **Optimální délka** opakované ambulantní návštěvy pacienta je dle názoru lékařů **v průměru 33 minut**, optimální střední doba je 30 minut.
- Názory lékařů se **opět** významně **liší v závislosti na specializaci** lékaře. **Psychiatři** považují za optimální délku opakované návštěvy v průměru **34 minut** (stření doba je 30 minut) a **praktičtí lékaři** v průměru **27 minut** (střední doba je 25 minut).

Další statistiky

	Psychiatři	Praktičtí lékaři
Průměrná čekací doba na hospitalizaci - dny	8,5	X
Průměrná obložnost psychiatrických lůžek -%	90,0	X
Průměrná čekací doba na ambulantní vyšetření - dny	10,0	3,8
Průměrný počet návštěv jednoho pacienta za rok	11,9	11,6

Tři nejčastější psychiatrické diagnózy - psychiatři

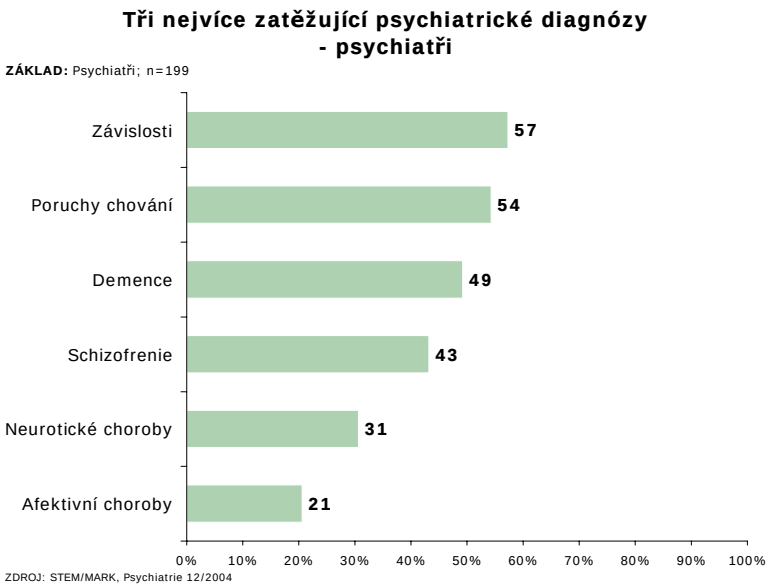


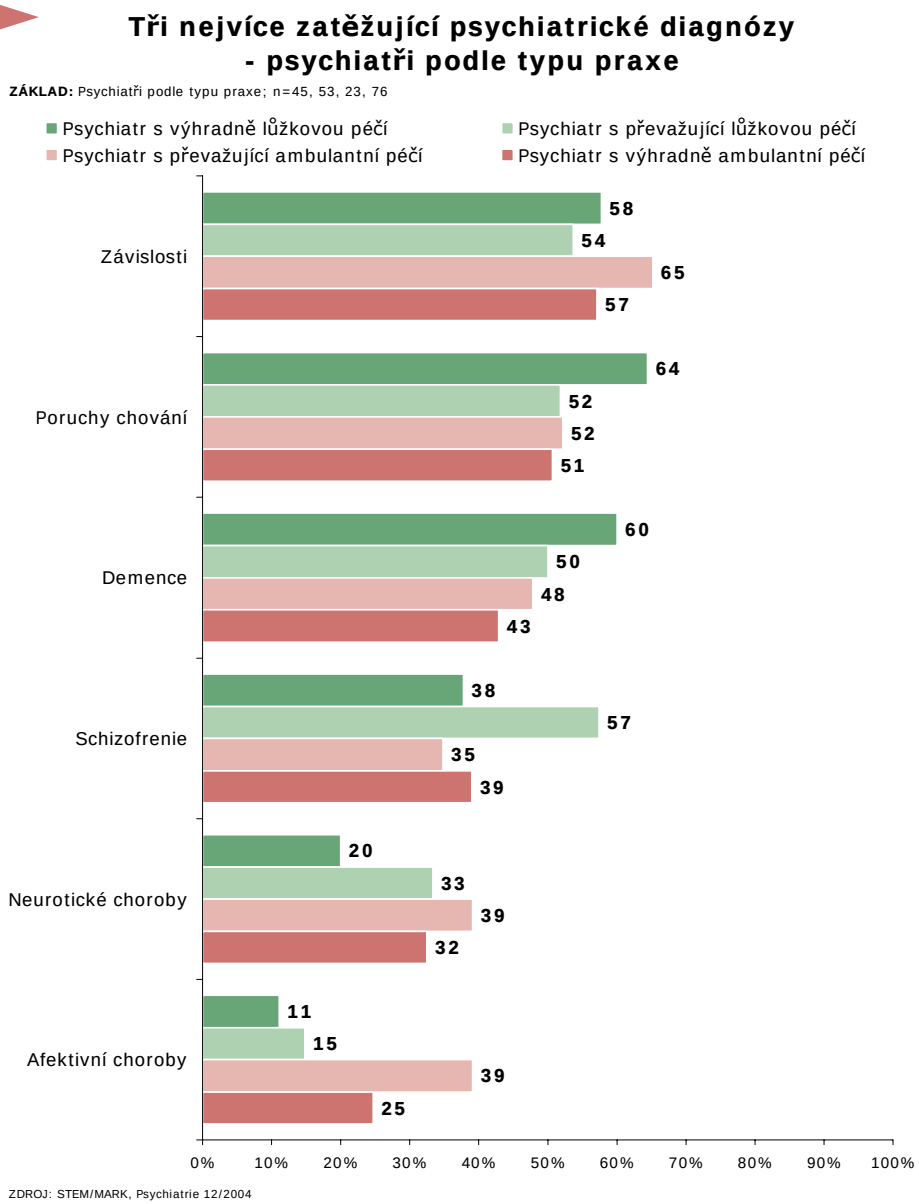


- Ze sledovaných diagnóz považuje nejvíce psychiatrů za nejčastěji se vyskytující v jejich praxi **afektivní poruchy** (78 % psychiatrů) a **neurotické poruchy** (68 % psychiatrů). Skoro polovina psychiatrů uvedla jako jednu ze tří nejčastějších **schizofrenii**.

- Při porovnání názorů psychiatrů podle typu péče vyplývá, že v **ambulantní sféře** řeší nejvíce psychiatrů především **neurotické a afektivní poruchy**.
- V **lůžkové sféře** se nejvíce psychiatrů setkává především s **afektivními poruchami a schizofrenií**.

Tři nejvíce zatěžující psychiatrické diagnózy - psychiatři



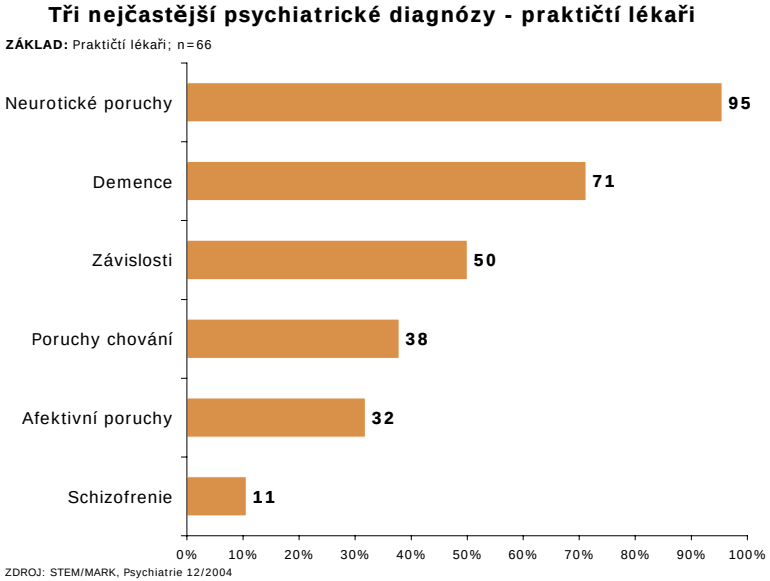


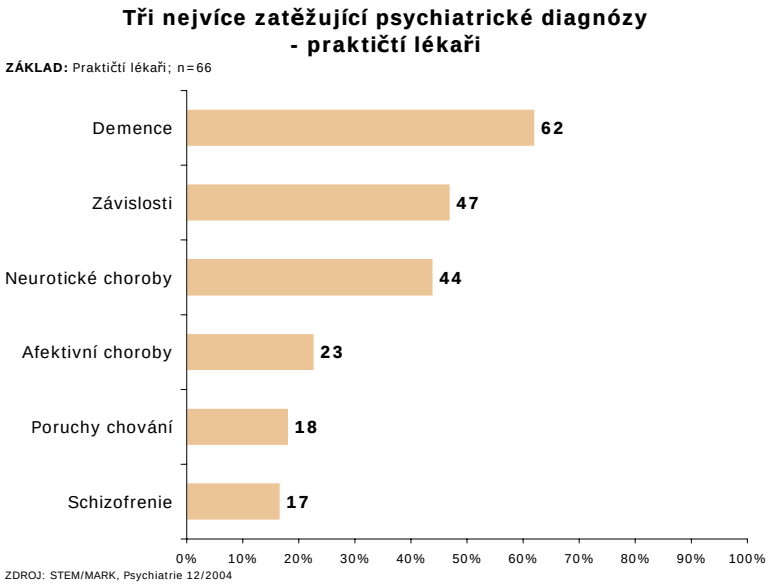
- Ačkoliv **závislosti, poruchy chování a demence** nejsou diagnózy, které vyšly z hlediska frekvence výskytu na prvních místech (28-35 % psychiatrů), považuje je za nejvíce zatěžující výrazně vyšší procento lékařů.

- Závislosti zatěžují všechny typy péče poměrně vyrovnaně, u **poruch chování a demencí** je **vnímání zátěže** nepatrně **vyšší u čistě lůžkových psychiatrů**.

- *Poznámka: Důvody, proč jsou uvedené diagnózy lékaři vnímány jako nejvíce zatěžující, jsou zobrazeny v grafech na slidech „Nejvíce zatěžující diagnózy – důvody“.*

Tři nejčastější psychiatrické diagnózy – praktičtí lékaři





- Ze sledovaných diagnóz považuje nejvíce praktických lékařů za nejčastěji se vyskytující v jejich praxi **neurotické poruchy** (95 % PL) a **demenci** (71 % PL). Významnější jsou i závislosti, které uvedla polovina praktických lékařů.

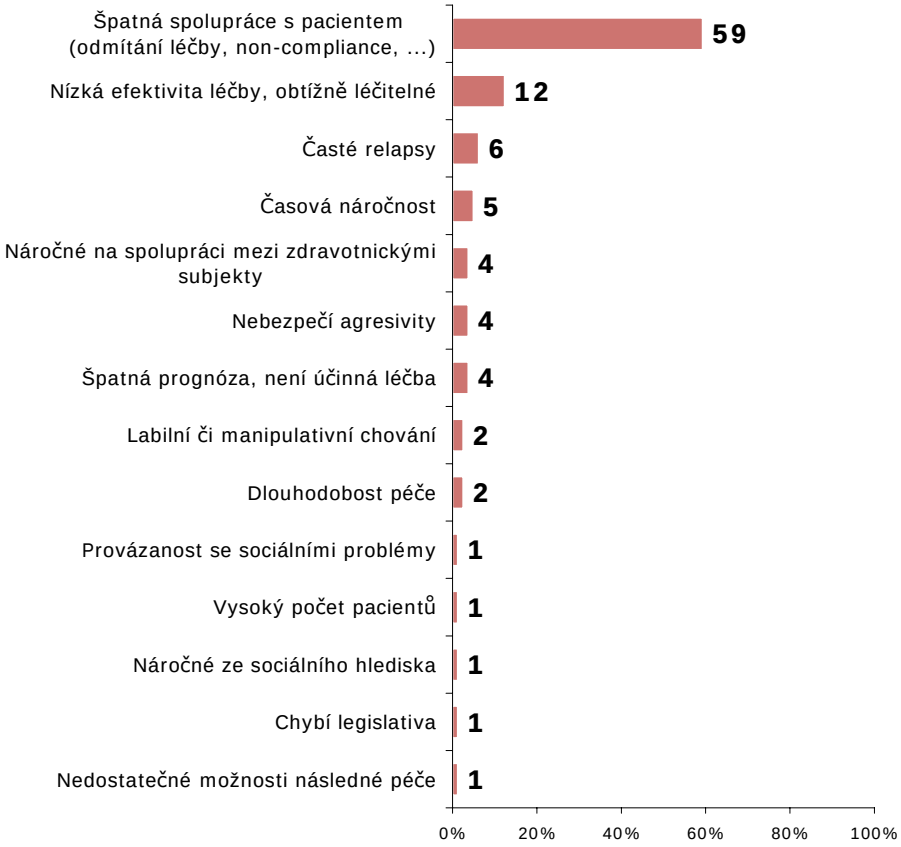
- Z hlediska vnímání zátěže jednotlivých diagnóz jsou mezi psychiatry a praktickými lékaři určité odlišnosti. Zatímco psychiatry jsou diagnózy, které se vyskytují méně často, vnímány jako nejvíce zatěžující, u praktických lékařů je tomu naopak. Mezi praktickými lékaři je také více těch, kteří uváděli, že necítí, že by některá z uvedených diagnóz byla více zatěžující.

- *Poznámka: Důvody, proč jsou uvedené diagnózy lékaři vnímány jako nejvíce zatěžující, jsou zobrazeny v grafech na slidech „Nejvíce zatěžující diagnózy – důvody“.*

Nejvíce zatěžující diagnózy - důvody

Důvody, proč jsou závislosti vnímány jako jedny z nejvíce zatěžujících

ZÁKLAD: Lékaři, kteří uvedli závislosti; n=81



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Důvody, proč jsou poruchy chování vnímány jako jedny z nejvíce zatěžujících

ZÁKLAD: Lékaři, kteří uvedli poruchy chování; n=50

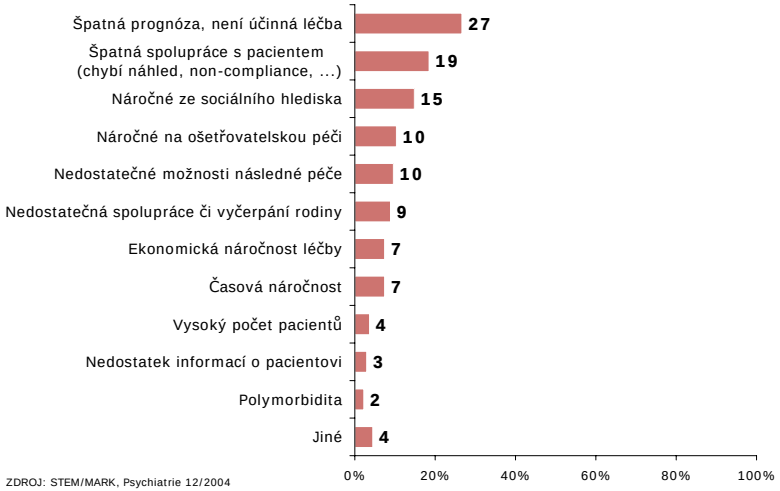
ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

- Z důvodů, které lékaři uvedli u jednotlivých diagnóz, vyplývá, že **největším problémem v psychiatrické léčbě** je **zajištění spolupráce pacienta**. Pod pojmem špatné spolupráce s pacientem se zde skrývá odmítání léčby, nedostatek náhledu pacienta na své onemocnění, nedostatek motivace k léčbě, non-compliance či neschopnost spolupráce s lékařem v důsledku poruch mentálních funkcí. Vyplývá z toho **velký význam zapojení rodiny a komunitních služeb pro zvýšení úspěšnosti léčby** psychiatrických pacientů a důležitost fungující **sítě sociální péče pro zlepšení kvality života** pacientů a jejich rodin *(viz odpovědi „vyčerpání rodiny“).*

Nejvíce zatěžující diagnózy - důvody

Důvody, proč je demence vnímána jako jedna z nejvíce zatěžujících

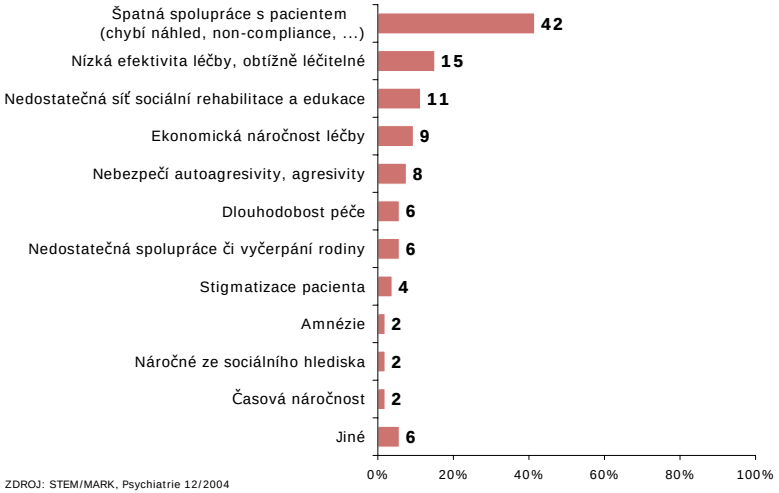
ZÁKLAD: Lékaři, kteří uvedli demenci; n=135



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Důvody, proč je schizofrenie vnímána jako jedna z nejvíce zatěžujících

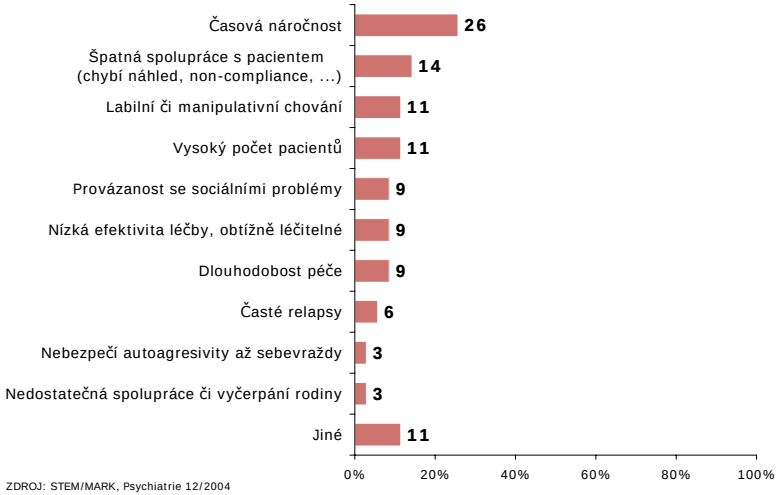
ZÁKLAD: Lékařii, kteří uvedli schizofrenii; n=53



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Důvody, proč jsou neurotické poruchy vnímány jako jedny z nejvíce zatěžujících

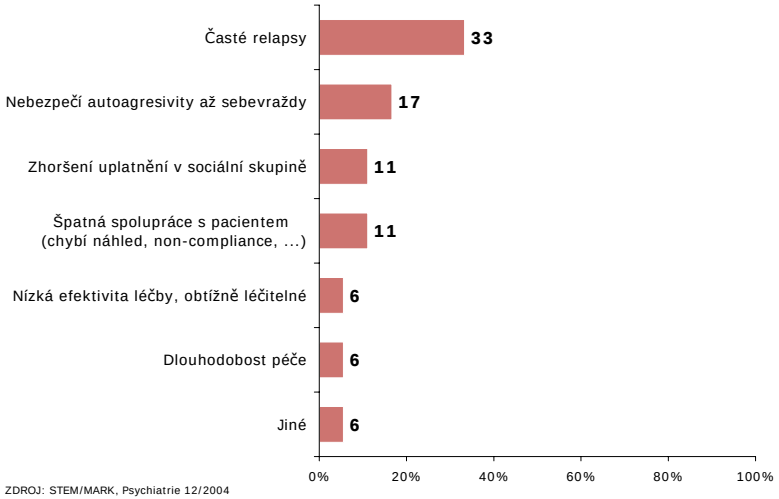
ZÁKLAD: Lékaři, kteří uvedli neurotické poruchy; n=35



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Důvody, proč jsou afektivní poruchy vnímány jako jedny z nejvíce zatěžujících

ZÁKLAD: Lékaři, kteří uvedli afektivní poruchy; n=18

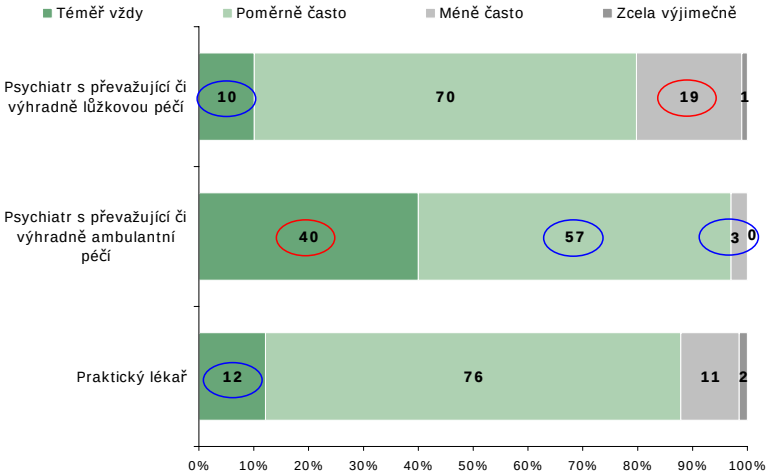


ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spolupráce s pacientem a jeho rodinou

Jak často se Vám daří zainteresovat pacienty s psychiatrickou diagnózou na spolupráci?

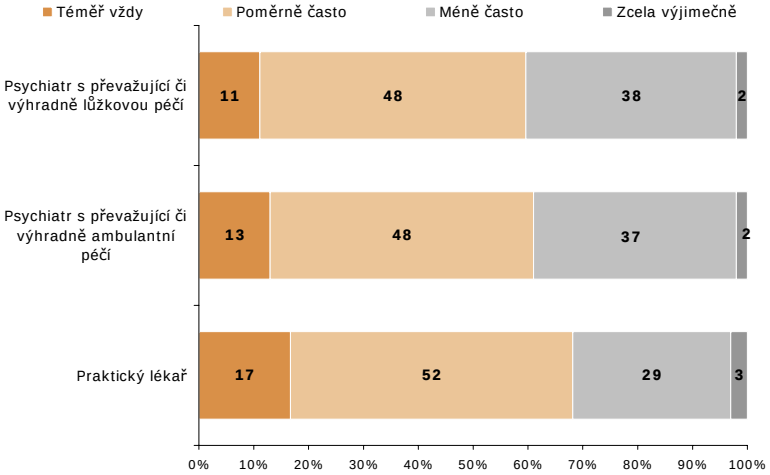
ZÁKLAD: Lékaři podle typu praxe; n=99, 100, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Jak často se Vám daří zainteresovat rodinu pacienta s psychiatrickou diagnózou na spolupráci?

ZÁKLAD: Lékaři podle typu praxe; n=99, 100, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

- **Nejvíce se daří zainteresovat pacienty** s psychiatrickou diagnózou **na spolupráci ambulantním psychiatrům** (pouze 3 % ambulancí se to daří méně často). Tento výsledek může být do jisté míry dán menším výskytem více zatěžujících diagnóz, u kterých si lékaři stěžovali právě na špatnou spolupráci pacienta.

- Také **lůžkoví psychiatři a praktičtí lékaři** mají ve velkém procentu případů pocit, že se jim daří s pacienty dobře spolupracovat **poměrně často** nebo dokonce **téměř vždy**. U lůžkových psychiatrů je však patrná pětina lékařů, která uvedla, že se jí daří zainteresovat pacienty méně často, což lze opět nejlépe vysvětlit odlišným spektrem psychiatrických diagnóz (koncentrace více zatěžujících) a jejich vyšší závažností.

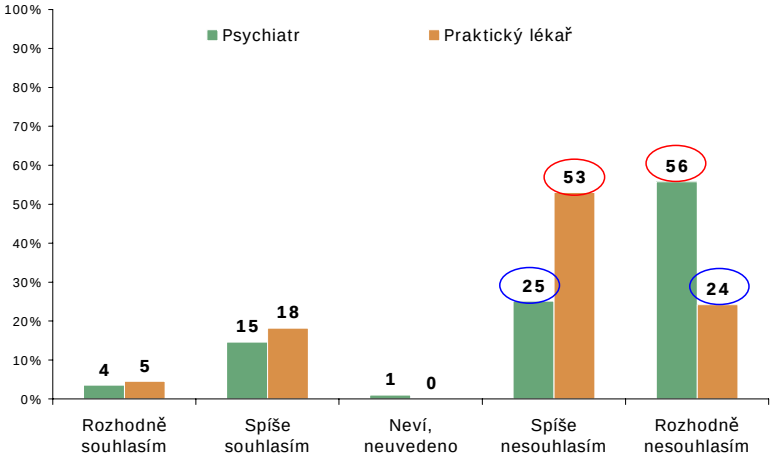
- Lékařům se obecně méně často daří zainteresovat rodinu pacienta než jeho samotného. Z diskusí bylo patrné, že o to lékaři ani ve všech případech nestojí.

- Tendence k častější spolupráce s rodinou pacienta je patrná u praktických lékařů. V případě psychiatrů je míra spolupráce s rodinami pacienta je stejná u ambulantních i lůžkových lékařů.

Názory lékařů na vybrané oblasti psychiatrické péče

Síť komunitních služeb a denních stacionářů je u nás dostatečná

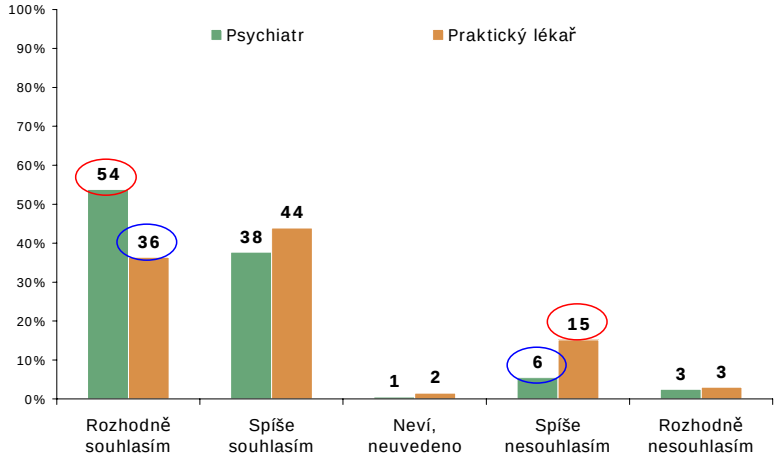
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Psychiatrická zdravotní péče u nás často supluje neexistující síť sociální pomoci, a proto je přetížená

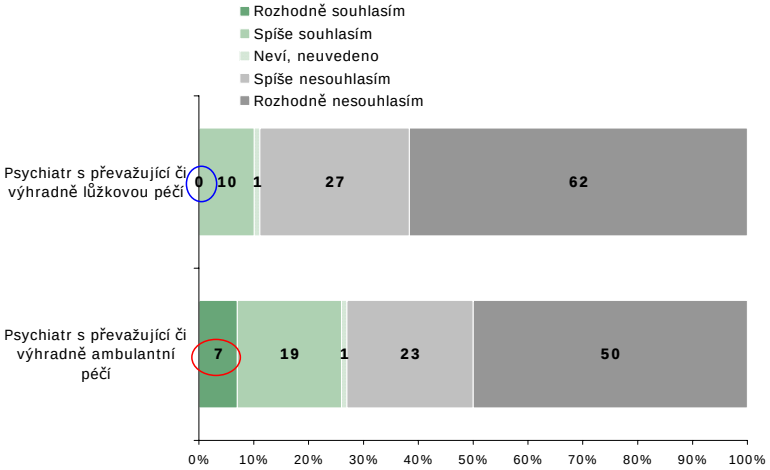
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Síť komunitních služeb a denních stacionářů je u nás dostatečná

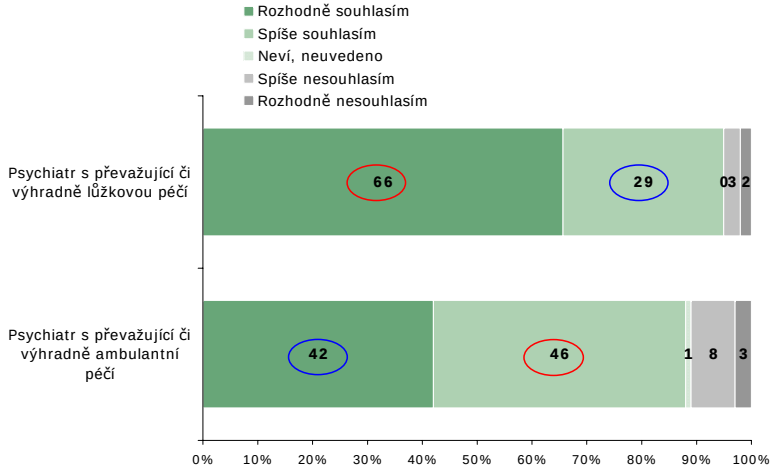
ZÁKLAD: Psychiatři podle typu praxe; n=99, 100



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Psychiatrická zdravotní péče u nás často supluje neexistující síť sociální pomoci, a proto je přetížená

ZÁKLAD: Psychiatři podle typu praxe; n=99, 100

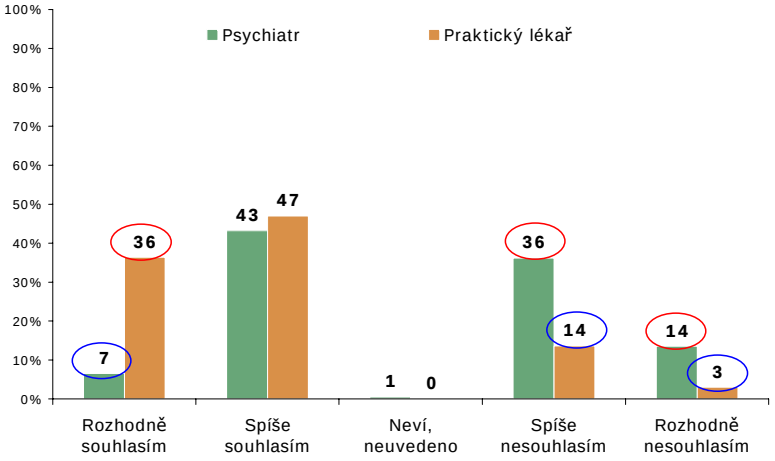


ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Názory lékařů na vybrané oblasti psychiatrické péče

V psychiatrii není možné využít měření spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí k hodnocení kvality této péče

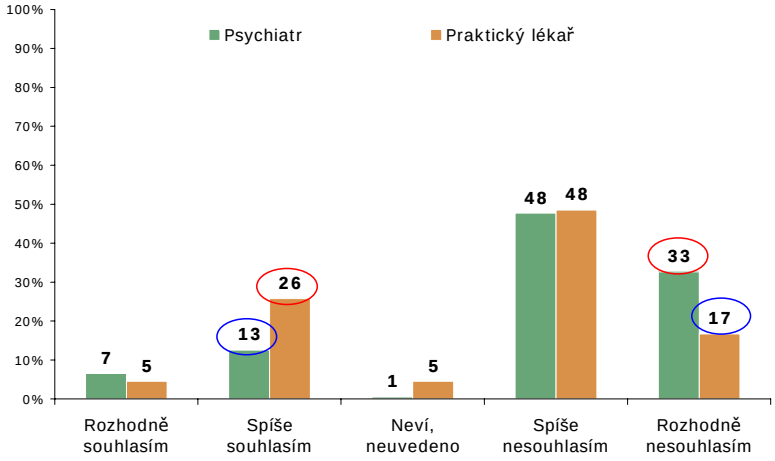
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Rodinní příslušníci pacienta by neměli do léčebného procesu zasahovat, protože situaci obvykle jen zkomplikují

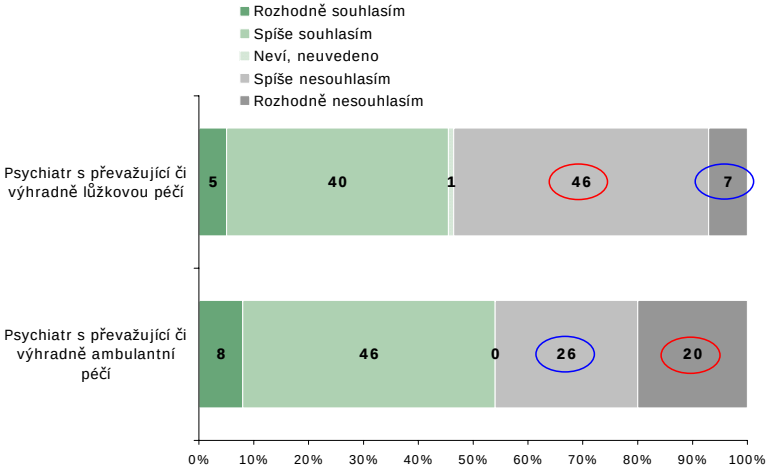
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

V psychiatrii není možné využít měření spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí k hodnocení kvality této péče

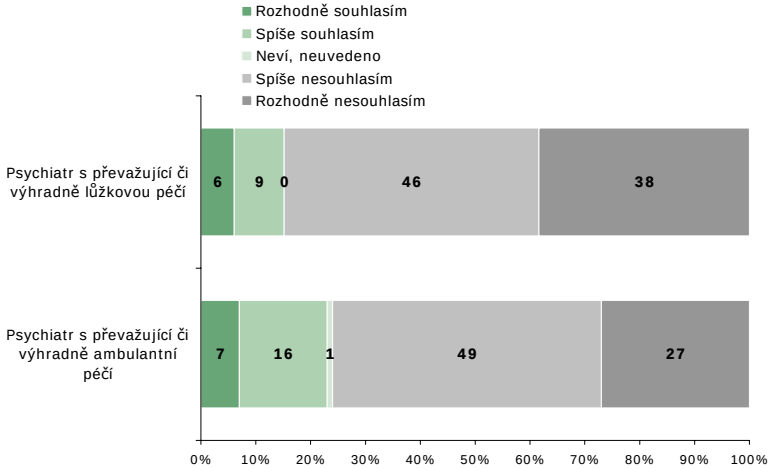
ZÁKLAD: Psychiatři podle typu praxe; n=99, 100



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Rodinní příslušníci pacienta by neměli do léčebného procesu zasahovat, protože situaci obvykle jen zkomplikují

ZÁKLAD: Psychiatři podle typu praxe; n=99, 100

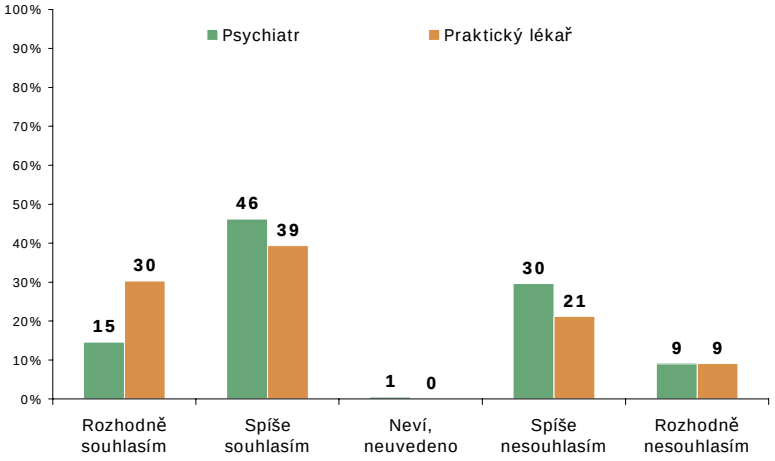


ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Názory lékařů na vybrané oblasti psychiatrické péče

Pacient by měl mít písemný plán léčby a pravidelně se svým lékařem postup léčby hodnotit

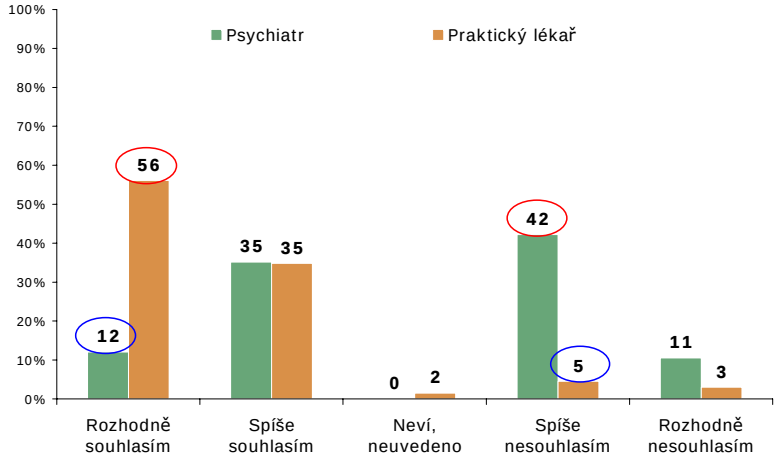
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Uvolnění některých psychofarmak pro praktické lékaře zajistilo, že řada pacientů je včas dobře zaléčena

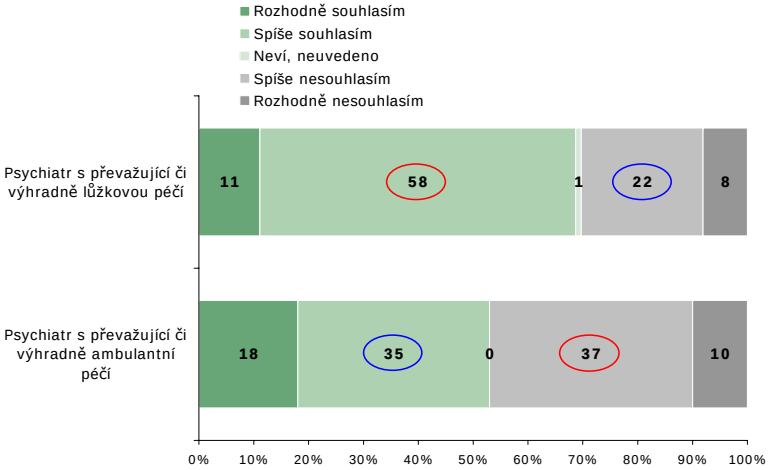
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Pacient by měl mít písemný plán léčby a pravidelně se svým lékařem postup léčby hodnotit

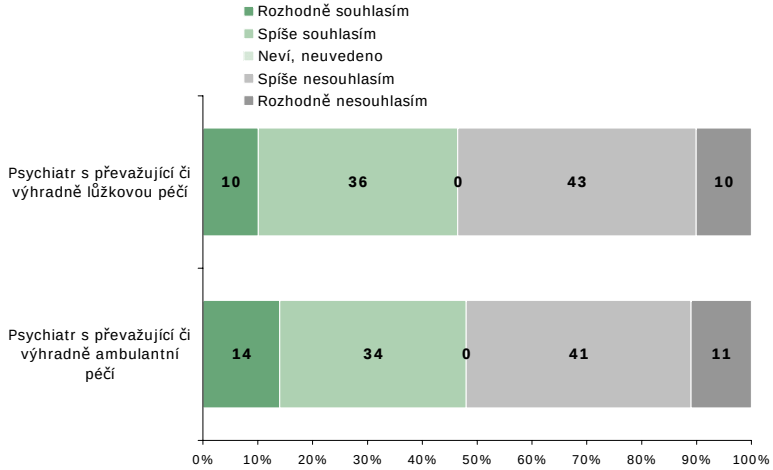
ZÁKLAD: Psychiatři podle typu praxe; n=99, 100



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Uvolnění některých psychofarmak pro praktické lékaře zajistilo, že řada pacientů je včas dobře zaléčena

ZÁKLAD: Psychiatři podle typu praxe; n=99, 100

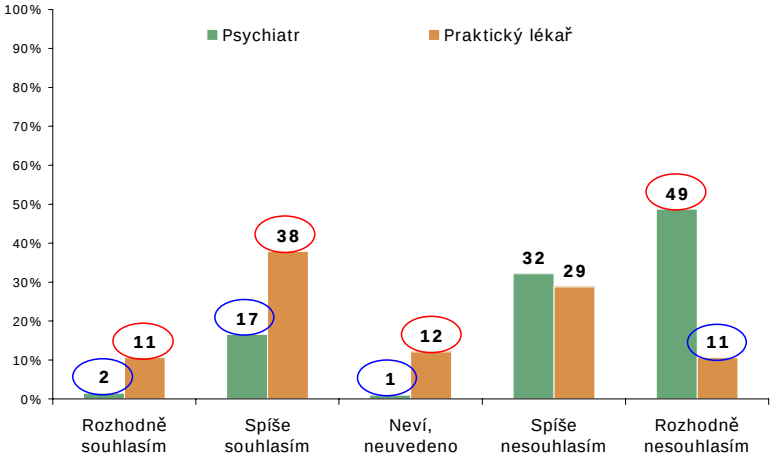


ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Názory lékařů na vybrané oblasti psychiatrické péče

Limity pro úhradu léků pro psychiatrickou léčbu jsou dostatečné

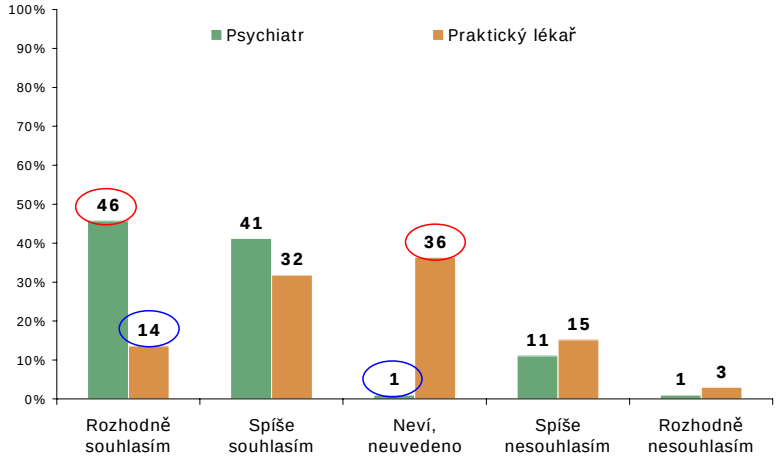
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Pravidla pro úhradu některých moderních přípravků proti schizofrenii odrazují psychiatry od jejich užívání

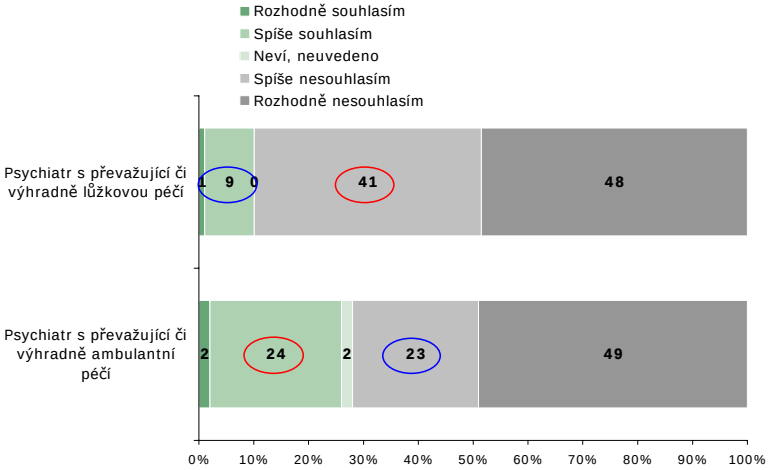
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Limity pro úhradu léků pro psychiatrickou léčbu jsou dostatečné

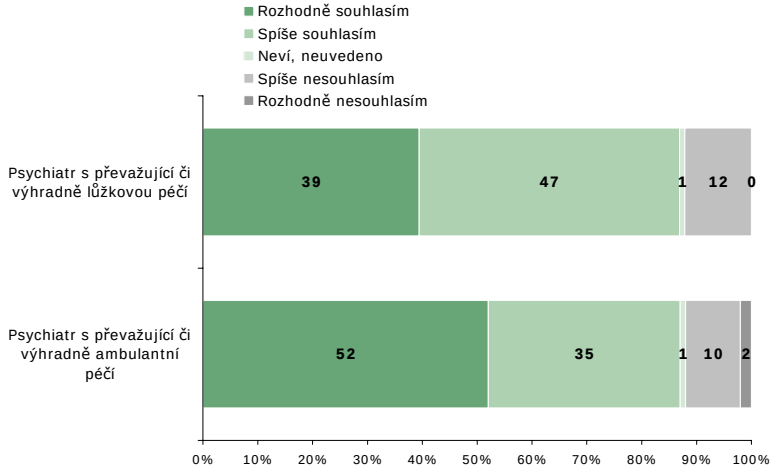
ZÁKLAD: Psychiatři podle typu praxe; n=99, 100



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Pravidla pro úhradu některých moderních přípravků proti schizofrenii odrazují psychiatry od jejich užívání

ZÁKLAD: Psychiatři podle typu praxe; n=99, 100

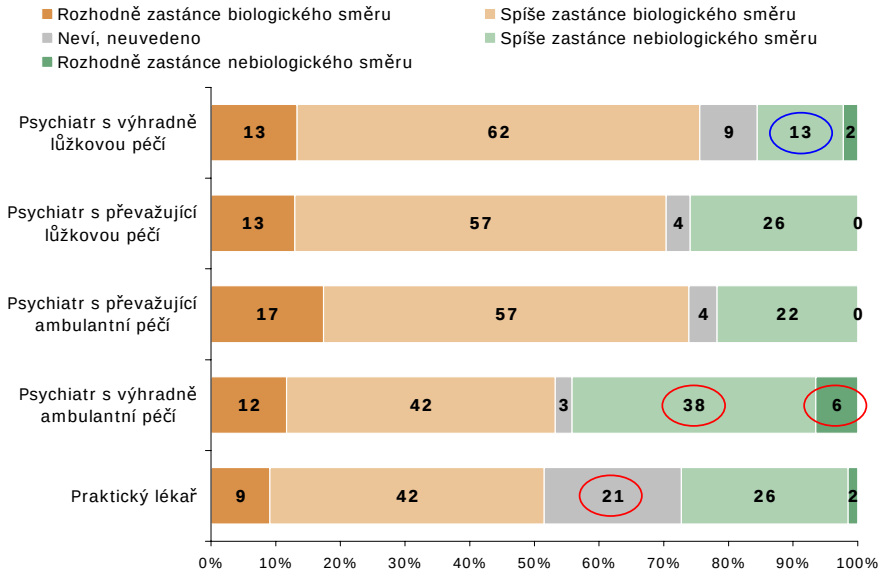


ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Biologický vs. nebiologický směr v psychiatrické léčbě

Postoje k biologickému vs. nebiologickému směru

ZÁKLAD: Lékaři podle specializací; n=45, 53, 23, 76, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

- Lze předpokládat, že toto rozdělení je z valné části virtuální. Zpřesňování obsahu pojmů biologický a nebiologický by asi rozdělení výrazně měnilo. Pokud by například měli psychiatři k vybraným kazuistikám navrhnout intervence, navrhovali by velmi podobné spektrum intervencí bez ohledu na to, k jaké skupině sami sebe řadí.

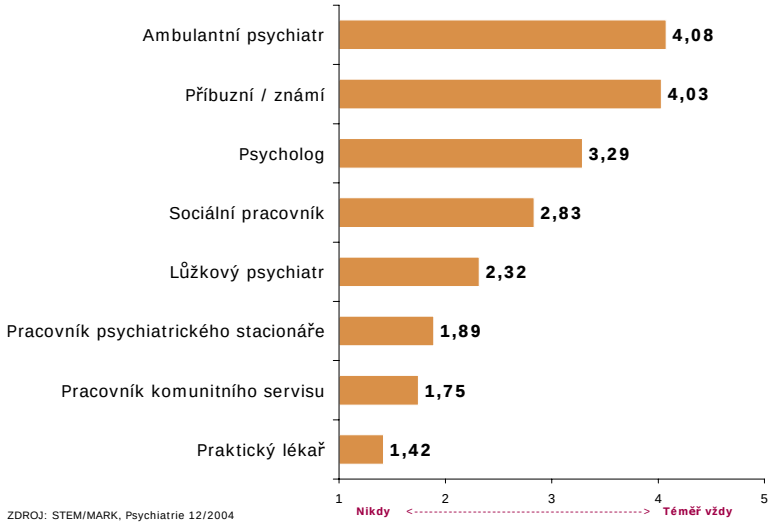
- Z odpovědí lékařů vyplývá, že **mezi lékaři obecně převládají** spíše **zastánci biologického přístupu**.
- Postoje lékařů k biologickému směru v psychiatrické léčbě se významně liší v závislosti na specializaci a charakteru péče:
  - U psychiatrů pocházejí **zastánci biologického směru významně častěji** z řad lékařů s **lůžkovou nebo kombinovanou lůžkovou a ambulantní péčí** – tři čtvrtiny z nich se zařadili mezi zastánce biologického přístupu.
  - **Nejméně zastánců biologického směru** je **mezi čistě ambulantními psychiatry**, i když **i zde převládají nad zastánci „nebiologického směru“** (54 % vs. 44 %).
  - **Praktičtí lékaři** se významně **častěji** než psychiatři **nedokázali rozhodnout**, zda se řadí k zastáncům biologického směru či naopak k zastáncům směru „nebiologického“ – na otázku nedokázalo odpovědět 21 % praktických lékařů.
  - I mezi praktickými lékaři tvoří **zastánci biologického směru početnější** skupinu než je skupina zastánců „nebiologického směru“ (51 % vs. 28 %).

Spolupráce různých subjektů při léčbě pacienta

- Dotazníkem bylo zjišťováno, jak často lékaři při léčbě pacientů spolupracují s vybranými subjekty. Při zpracování výsledků byli lékaři rozděleni do skupin podle specializace a psychiatři dále i podle typu péče. Pro hodnocení frekvence spolupráce s jednotlivými subjekty byla zvolena stupnice od 1 do 5, kde 5=spolupracuji téměř vždy a 1=nespolupracuji nikdy.
- **Praktičtí lékaři** při léčbě pacientů s psychiatrickou diagnózou **nejčastěji spolupracují s ambulantním psychiatrem a rodinou pacienta**. Naopak nejméně často spolupracují s jiným praktickým lékařem.
- Další otázka sledovala, do jaké míry jsou lékaři spokojeni se spoluprací s vybranými subjekty (do této otázky byly zařazeny i další subjekty, jako je např. sám pacient či pojišťovny) . Spokojenost se spoluprací s jednotlivými subjekty zobrazuje dolní graf na této straně:
  - Na **ose y** je uvedeno **procento lékařů, kteří dokázali spolupráci s uvedeným subjektem ohodnotit**.
  - Na **ose x** je pak vlastní **hodnocení spokojenosti**. Čím vyšší je počet dosažených bodů, tím lépe je spolupráce hodnocena.
  - Z grafu pro praktické lékaře je například zřejmé, že 100 % PL bylo schopno ohodnotit spolupráci s ambulantními psychiatry (viz bod 3) a tato spolupráce dosáhla v průměru druhého nejlepšího hodnocení (+1 bod). Nejhůře byla hodnocena spolupráce s pojišťovnami (bod 10 leží nejblíže 0) a spolupráci hodnotilo přibližně 83 % lékařů. Obdobně lze interpretovat i grafy na následujících stránkách, které se týkají psychiatrů.

Spolupráce - praktičtí lékaři

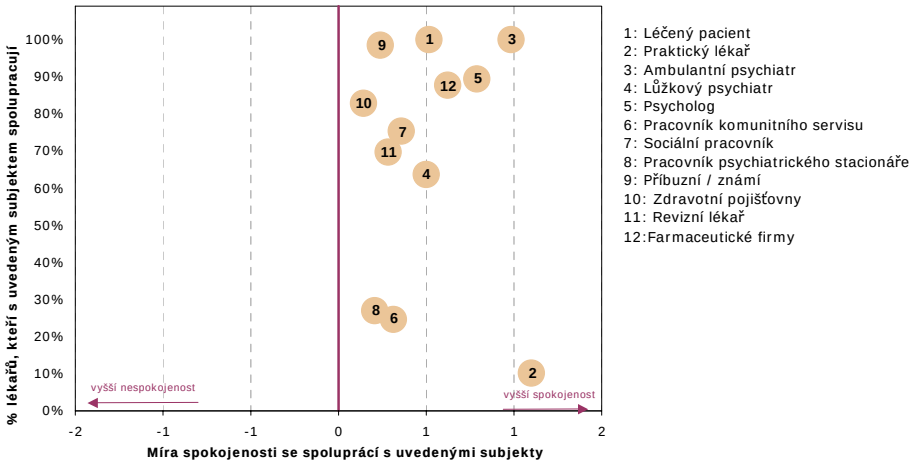
ZÁKLAD: Praktičtí lékaři; n=66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spokojenost se spoluprácí - praktičtí lékaři

ZÁKLAD: Praktičtí lékaři, n=66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spolupráce různých subjektů při léčbě pacienta

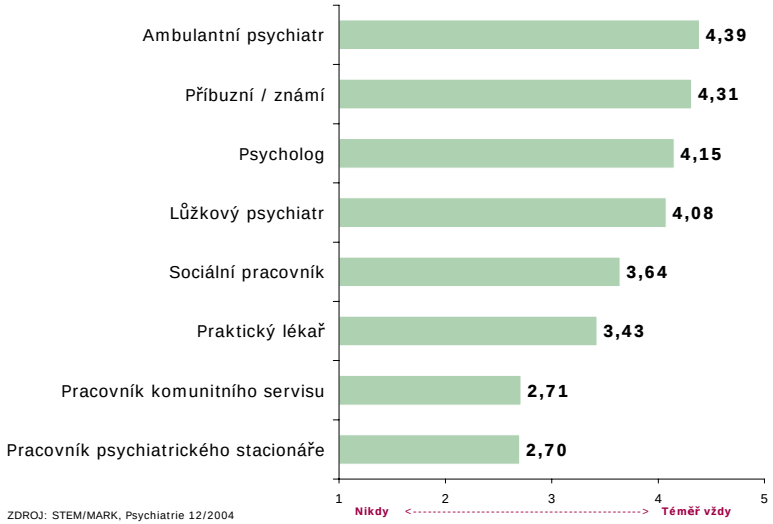
Spolupráce - psychiatři s výhradně lůžkovou péčí

ZÁKLAD: Psychiatři s výhradně lůžkovou péčí; n=45

ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spolupráce - psychiatři s převážně lůžkovou péčí

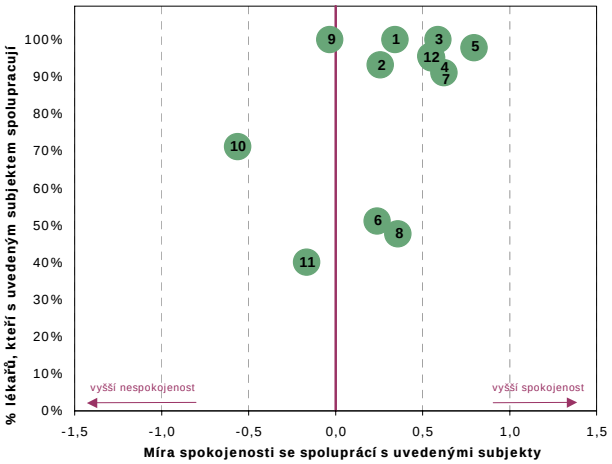
ZÁKLAD: Psychiatři s převážně lůžkovou péčí; n=53



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spokojenost se spoluprácí - psychiatři s výhradně lůžkovou péčí

ZÁKLAD: Psychiatři s výhradně lůžkovou péčí, n=45

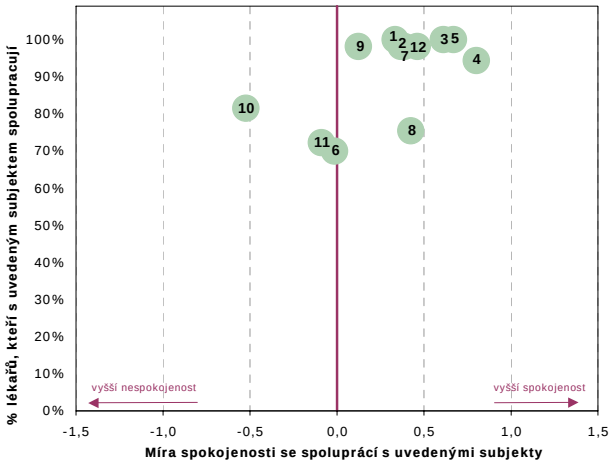


1: Léčený pacient
2: Praktický lékař
3: Ambulantní psychiatr
4: Lůžkový psychiatr
5: Psycholog
6: Pracovník komunitního servisu
7: Sociální pracovník
8: Pracovník psychiatrického stacionáře
9: Příbuzní / známí
10: Zdravotní pojišťovny
11: Revizní lékař
12:Farmaceutické firmy

ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spokojenost se spoluprácí - psychiatři s převažující lůžkovou péčí

ZÁKLAD: Psychiatři s převážující lůžkovou péčí, n=53



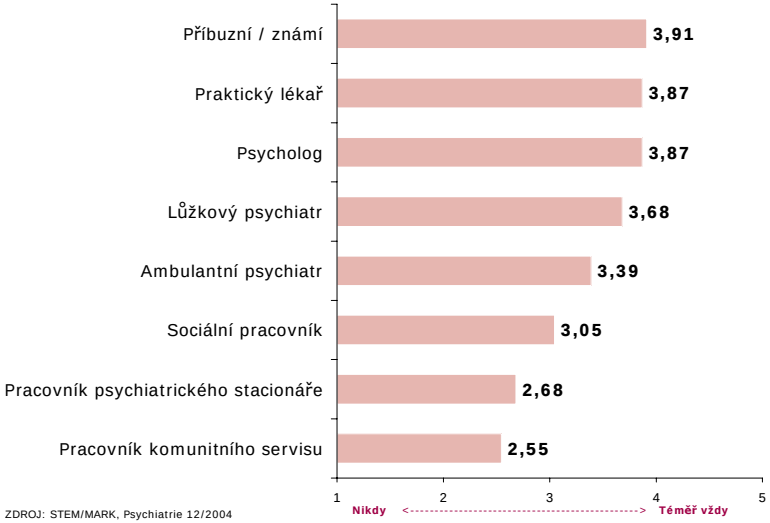
1: Léčený pacient
2: Praktický lékař
3: Ambulantní psychiatr
4: Lůžkový psychiatr
5: Psycholog
6: Pracovník komunitního servisu
7: Sociální pracovník
8: Pracovník psychiatrického stacionáře
9: Příbuzní / známí
10: Zdravotní pojišťovny
11: Revizní lékař
12:Farmaceutické firmy

ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spolupráce různých subjektů při léčbě pacienta

Spolupráce - psychiatři s převážně ambulantní péčí

ZÁKLAD: Psychiatři s převážně ambulantní péčí; n=23



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

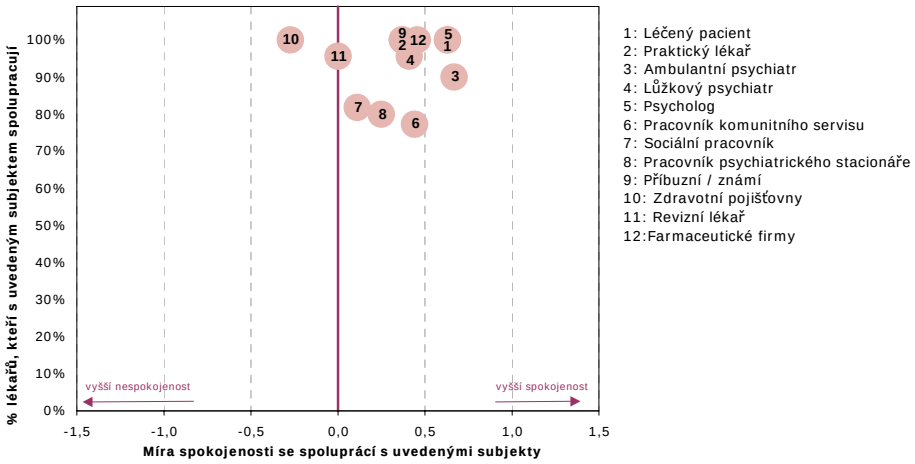
Spolupráce - psychiatři s výhradně ambulantní péčí

ZÁKLAD: Psychiatři s výhradně ambulantní péčí; n=76

ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spokojenost se spoluprácí - psychiatři s převažující ambulantní péčí

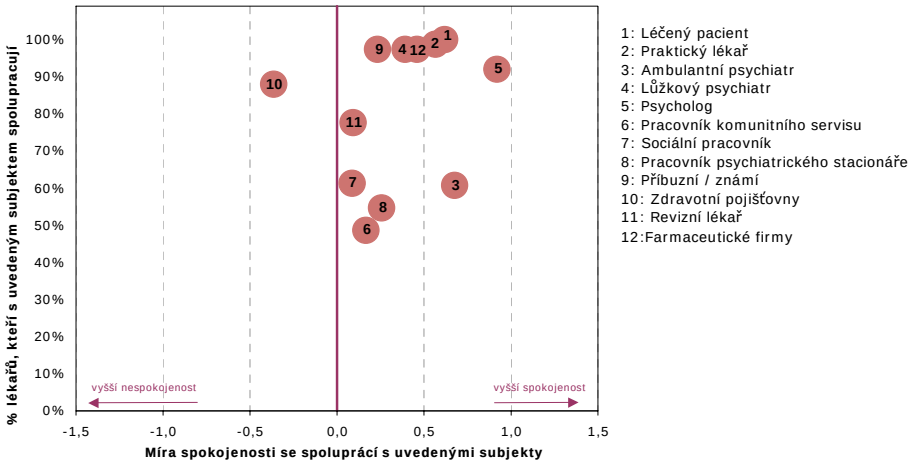
ZÁKLAD: Psychiatři s převažující ambulantní péčí, n=23



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spokojenost se spoluprácí - psychiatři s výhradně ambulantní péčí

ZÁKLAD: Psychiatři s výhradně ambulantní péčí, n=76

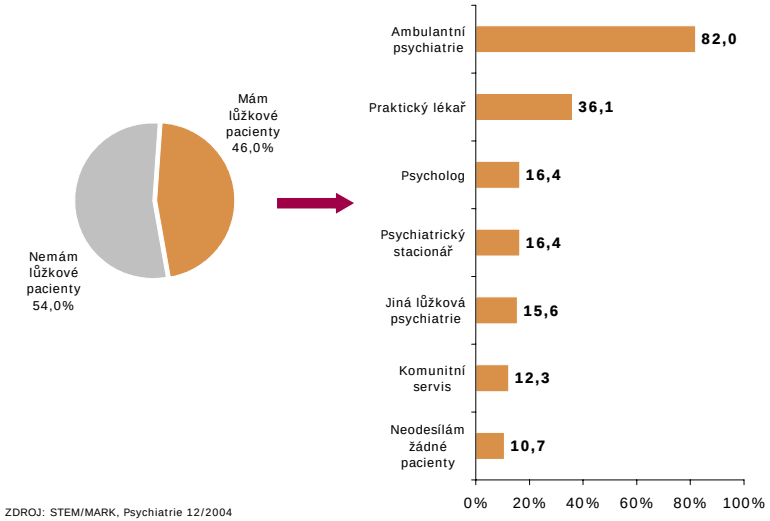


ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Návaznost péče

Kam nejčastěji odesíláte své lůžkové pacienty?

ZÁKLAD: Všichni lékaři, lékaři s lůžkovými pacienty; n=265, 122



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

- Lékaři, kteří mají v péči lůžkové pacienti odpovídali na otázku, kam nejčastěji odesílají své pacienty při propuštění z lůžkové péče. Každý lékař mohl uvést více možností, proto součet nedává 100 %.
- **Z hlediska návaznosti na lůžkovou péči** jsou **nejdůležitější ambulantní psychiatři** - 82 % psychiatrů odesílá své pacienty nejčastěji právě k ambulantnímu psychiatrovi. **Na druhém místě** jsou **praktičtí lékaři**, které uvedlo 36 % lůžkových psychiatrů.
- Služby psychologa, psychiatrického stacionáře či komunitního servisu významněji využívá okolo 15 % lůžkových psychiatrů.
- Necelých 16 % lůžkových psychiatrů uvedlo, že pacienty nejčastěji odesílá do jiných lůžkových zařízení.

Hlavní bariéry převodu pacientů z lůžkové do ambulantní péče

Spontánně uvedené důvody	Četnosti	% respondentů
Špatná spolupráce s pacientem	127	51,4
Nedostatečná kapacita ambulancí	48	19,4
Chybí náhled pacienta	40	16,2
Nevyhovující způsob úhrad léků	36	14,6
Absence rodinného zázemí, sociální situace pacienta	31	12,6
Špatná spolupráce mezi lékaři	24	9,7
Obavy pacienta ze stigmatizace	22	8,9
Nejsou žádné	16	6,5
Špatná dopravní dostupnost	12	4,9
Nedostatečná sociální síť	12	4,9
Nevím	10	4,0
Špatné zkušenosti s převody	6	2,4
Nedůvěra pacienta	3	1,2
Individuální	3	1,2
Netýká se mě	3	1,2
Nedostatek kvalitní péče	3	1,2
Pojištěnci bez smluv	1	0,4
Nedostupnost dětských lékařů	1	0,4
Nedostatečná osvěta	1	0,4
Nežadoucí účinky léků	1	0,4

Suplování péče a komunikace při převodech pacientů

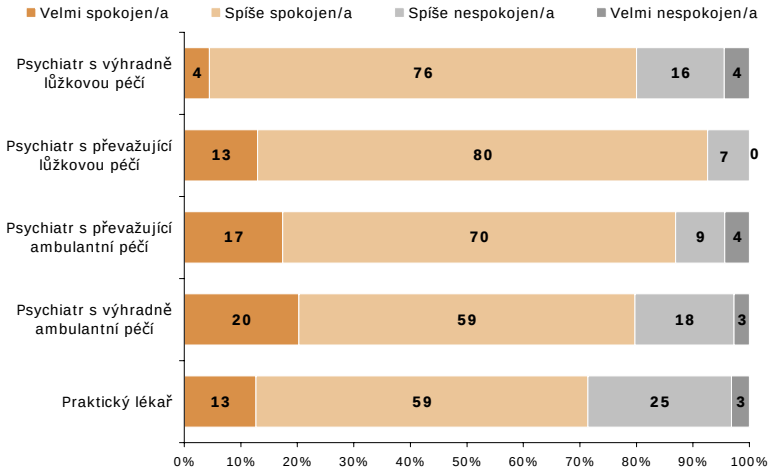
Suplování péče jiných subjektů

ZÁKLAD: Všichni lékaři; n=265
POZNÁMKA: % lékařů, kteří se přiklánějí k názoru, že u některých pacientů suplují péči jiného subjektu

ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Spokojenost s komunikací mezi ambulantními a ústavními složkami při převodech pacientů

ZÁKLAD: Lékaři podle typu praxe; n=45, 53, 23, 76, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Suplování péče jiných subjektů - % lékařů

	Psychiatr s převažující či výhradně lůžkovou péčí (n=99)	Psychiatr s převažující či výhradně ambulantní péčí (n=100)	Praktický lékař (n=66)
Sociální pracovník	44	47	38
Příbuzní / známí	34	37	39
Psycholog	30	38	39
Ambulantní psychiatr	46	8	62
Praktický lékař	43	43	3
Pracovník komunitního servisu	27	14	3
Lůžkový psychiatr	8	21	8
Pracovník psychiatrického stacionáře	19	12	6
Někdo jiný	5	4	0

- **Hodnocení komunikace** mezi ambulantními a ústavními složkami **při převodech** pacientů je obecně **spíše pozitivní** (72-93 %).
- Nejvíce nespokojených respondentů je mezi praktickými lékaři (28 %).
- Bez ohledu na typ specializace či typ praxe lékaři odhadují, že po **propuštění z lůžkové péče ambulantní léčbu skutečně zahájí v průměru 75 % pacientů**.

Žádoucí směry v psychiatrické péči a farmakoterapii

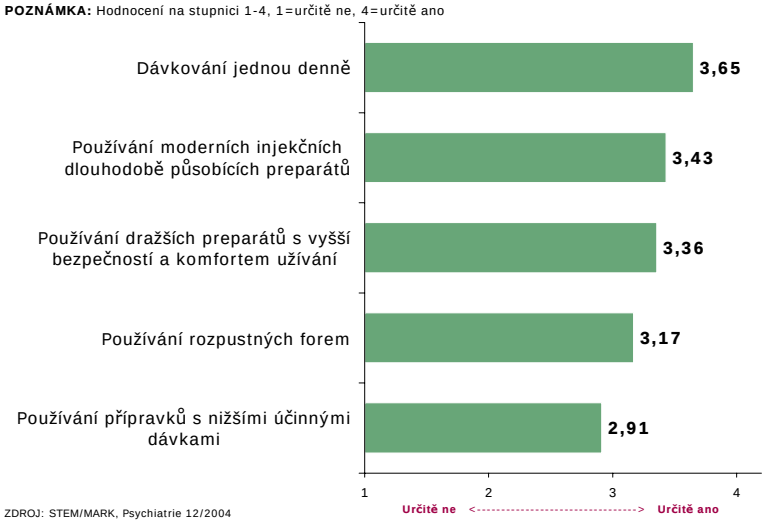
Žádoucí směry ve vývoji psychiatrické péče

ZÁKLAD: Všichni lékaři; n=265
POZNÁMKA: Hodnocení na stupnici 1-10, 1=určitě ne, 10=určitě ano

ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Žádoucí směry ve farmakoterapii

ZÁKLAD: Všichni lékaři; n=265
POZNÁMKA: Hodnocení na stupnici 1-4, 1=určitě ne, 4=určitě ano



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

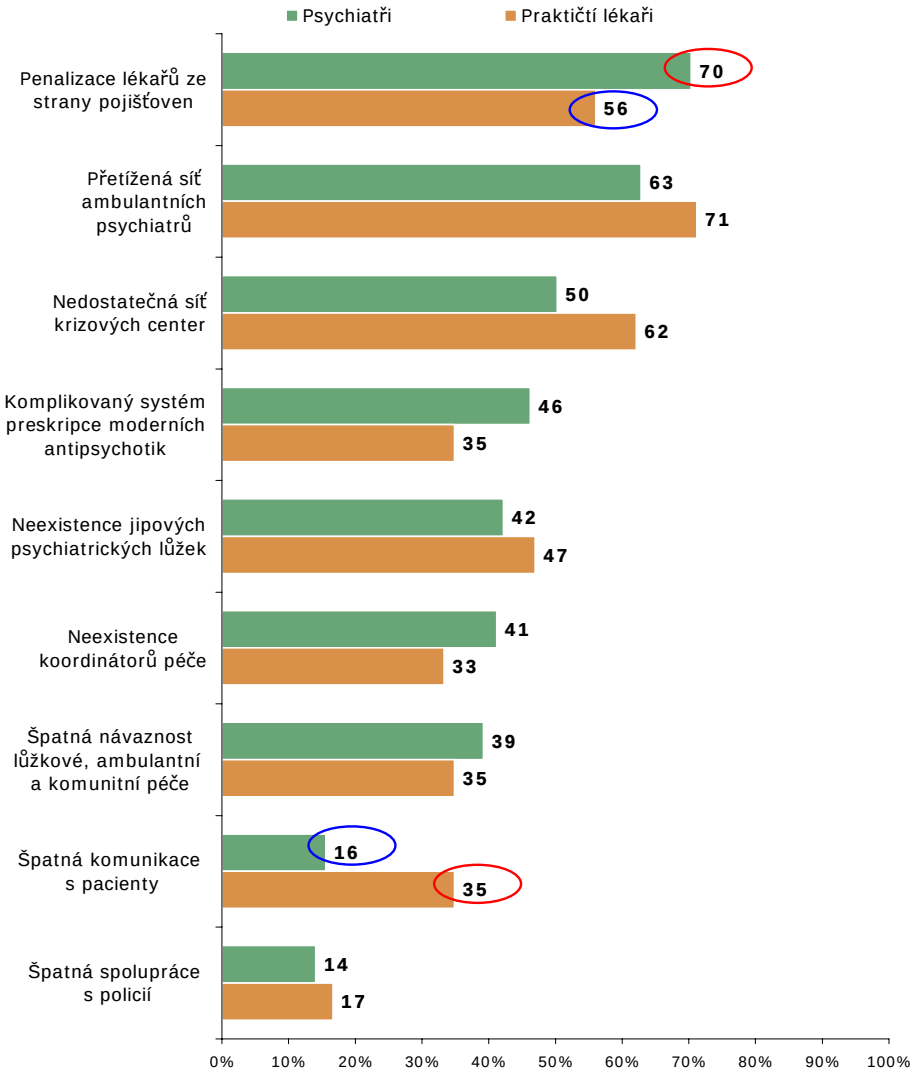
Pacienti, kteří správně užívají předepsané léky

Typ praxe	Průměrné % pacientů	Střední % pacientů
Psychiatr s výhradně lůžkovou péčí	58	50
Psychiatr s převažující lůžkovou péčí	64	63
Psychiatr s převažující ambulantní péčí	58	60
Psychiatr s výhradně ambulantní péčí	74	75
Praktický lékař	72	80

Hlavní omezení v psychiatrii

Hlavní omezení systému péče o psychiatrické pacienty

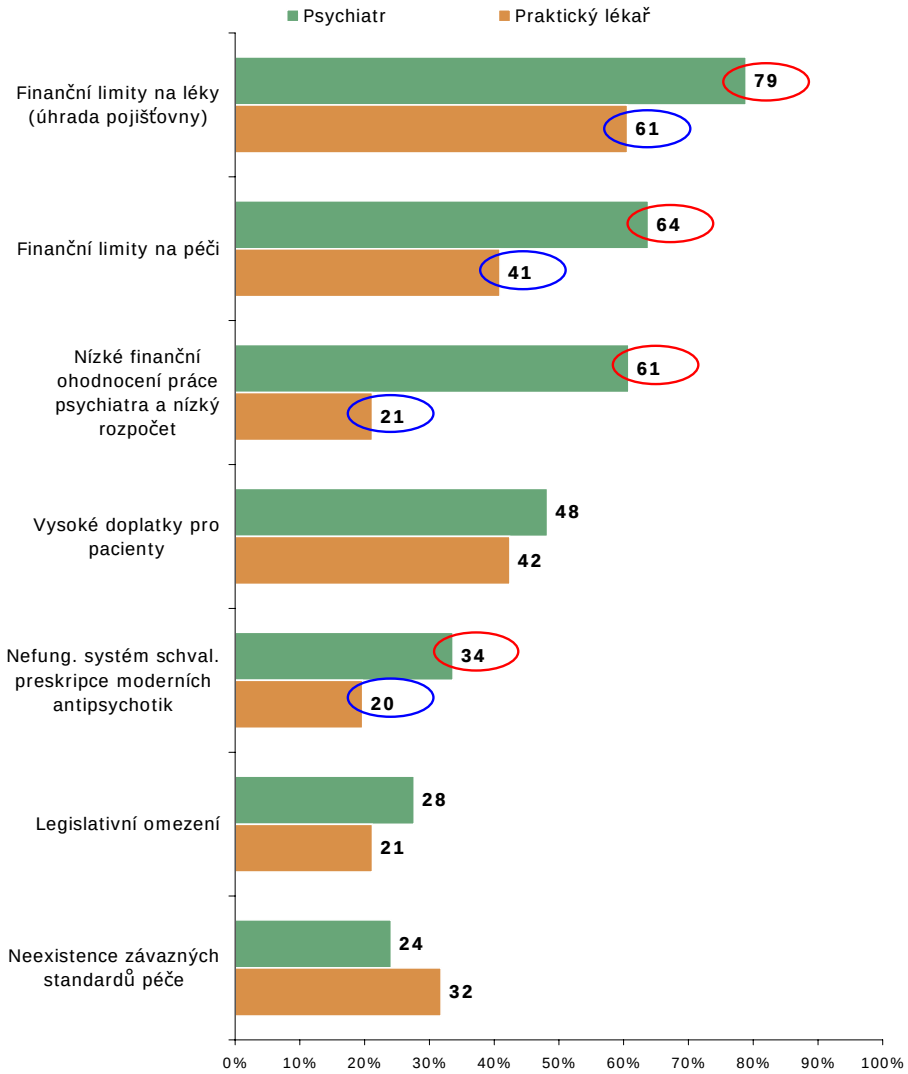
ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Hlavní omezení v léčbě psychiatrických pacientů

ZÁKLAD: Psychiatři, praktičtí lékaři; n=199, 66



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004

Příloha 1:
Scénář skupinových diskusí

STEM MARK
MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Scénář skupinových diskusí

SCÉNÁŘ SKUPINOVÉ DISKUSE - BARIÉRY V PSYCHIATRII

1. ZAHÁJENÍ DISKUSE - 5 minut

- Přivítání účastníků diskuse – **psychiatři ambulantní, nemocniční, praktici**
- Představení výzkumné agentury
- Seznámení respondentů s pravidly diskuse – popis metody skupinové diskuse, zachování anonymity, videokamera, pořizování záznamu pouze pro účely vyhodnocování výzkumu
- Vzájemné seznámení respondentů a moderátora

2. OBECNÝ ÚVOD - 10 min

- Stručný popis ordinace se zaměřením na stávající pacienty s psychiatrickými diagnózami
  - Jaký typ praxe u vás převládá – ambulance, nemocnice, kombinovaná péče, denní stacionář?
  - O kolik pacientů celkem pečujete?
  - Jaké psychiatrické diagnózy ve vaší péči převažují?
  - Které z nich vnímáte jako nejvíce zatěžující (finančně, časově, na spolupráci pacienta…)?

- Vidíte nějaký vývoj v počtu či struktuře psychiatrických pacientů – nárůst/pokles/stagnace – chodí spíše lehčí/těžší případy – změna ve spektru diagnóz?

3. NOVÉ TRENDY V PSYCHIATRII – 35 minut

- Nové trendy v psychiatrii
- Kdybyste měli srovnat situaci v psychiatrii před 5 lety a nyní, co se za tu dobu změnilo?
- Jaké očekáváte trendy v psychiatrii v nejbližší době, kde očekáváte největší změny v budoucnosti? – spontánně
- Pozorujete nějaké trendy v oblasti léčby?
- Pozorujete nějaké trendy v oblasti diagnostiky a záchytu pacientů?
- Pozorujete nějaké trendy v oblasti vztahů, spolupráce s pacientem?

- Nyní vám budu číst některé další **možnosti a schémata péče, které by přicházely v úvahu v oblasti vztahů, spolupráce s pacientem**. Řekněte mi prosím, co si o nich myslíte a zda by se daly zavést do praxe v našich podmínkách a jaký by mohly mít přínos, event. úskalí?
  - větší zapojení pacienta do léčebného procesu
  - tvorba písemných plánů léčby a předání plánu pacientovi, pravidelné hodnocení tohoto plánu
  - ustavení koordinátorů léčby
  - vytvoření hustší sítě denních stacionářů
  - zapojení přátel a rodiny do pacientovy léčby
  - služba rychlé pomoci v krizových stavech
  - sociální pomoc pro pacienty
  - osvěta v oblasti negativního vnímání psychických onemocnění veřejností
  - problematika nedobrovolné léčby (klecová lůžka apod.)

- Nové **trendy v léčbě**
  - Pozorujete nějaké trendy v oblasti dávkovacích schémat, způsobů aplikace léčiv?
  - Jak hodnotíte compliance pacientů, resp. jaká je podle vás skutečná míra přesnosti užívání preparátů, dodržování léčebných schémat? Co by podle vás mohlo tuto compliance zlepšit, co ji v praxi nyní zhoršuje?
  - Jak hodnotíte z tohoto pohledu nabídku moderních depotních preparátů?

4. BARIÉRY VĚTŠÍHO ZAPOJENÍ AMBULANTNÍ PÉČE - 30 minut

- Jaké formy péče v současné době fungují v psychiatrii – ambulantní, denní stacionář, krizová centra, psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení… co dalšího?
  - Kolik je podle vašeho odhadu v ČR celkem pacientů s psych. onemocněním? Kdybyste měli všechny tyto pacienty rozdělit mezi uvedené formy péče, jak by toto rozdělení vypadalo? Jaké rozložení by vám připadalo optimální?
  - Jaká je vzájemná spolupráce mezi jednotlivými „typy“ péče – jak mezi nimi obvykle pacient putuje… co by se dalo v této oblasti zlepšit, urychlit, zjednodušit…

Scénář skupinových diskusí

- Jaké jsou „úkoly“ jednotlivých typů péče – jsou nějak přesně definované (jak, čím…?) nebo převažuje nahodilé rozdělení pole aktuální potřeby?

- Jaké je **časové zatížení** jednotlivých typů – ambulance, průměrná obsazenost lůžek?
    - Jak často se vám stává, že musíte odmítnout nového pacienta? Jaká je průměrná čekací doba na přijetí do lůžkového zařízení, objednávání v ambulancích…?
    - Jaká je průměrná doba, kterou věnujete jednomu pacientovi? Jaká doba by podle vás byla optimální?

- Jakým způsobem v praxi funguje začleňování pacientů do společnosti? Co by se mělo zlepšit v této oblasti?
    - Kdo by mohl více spolupracovat, aby se uvolnily ruce ambulantním lékařům…?

5. EKONOMICKO-SYSTÉMOVÉ BARIÉRY - 10 minut

- Role pojišťovny, revizních lékařů
    - Cítíte se nějak omezeni v péči o psychiatrické pacienty ze strany pojišťoven či revizních lékařů? Čím konkrétně? Jak se toto omezení v praxi projevuje?
    - Jak ovlivňují péči paušální platby na měsíc (ambulance), lůžkoden (ústavní péče)?
    - Jak hodnotíte situaci v úhradách léků, vnímáte nějaká omezení v této oblasti? - spontánně
    - Jaké máte zkušenosti se schvalováním finančně náročnějších moderních preparátů v oblasti antipsychotik? Nemohou tato administrativní opatření bránit nasazení těchto přípravků i v případech, kdy by byly indikovány – např. kvůli administrativní zátěži a nejistému výsledku lékař vůbec nepožádá o schválení…?

- Legislativní bariéry
    - Vnímáte nějaké problémy, překážky na úrovni legislativy? – klecová lůžka, přístup k agresivním pacientům

6. ZÁVĚR

Poděkování za účast a rozloučení.

Příloha 2:
Scénář hloubkových rozhovorů

STEM MARK
MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Scénář hloubkových rozhovorů

HLOUBKOVÉ ROZHOVORY - BARIÉRY V PSYCHIATRII

- Seznámení respondenta s pravidly rozhovoru – zachování anonymity, pořizování záznamu pouze pro účely vyhodnocování výzkumu, neexistují špatné odpovědi…

OBECNÝ PROBLÉM

- Můžete mi prosím stručně popsat svoji praxi? Myslím typ praxe, jestli převládá ambulantní, lůžková péče, případně pracujete v denním stacionáři…
  - O kolik pacientů celkem pečujete?
  - Jaké psychiatrické diagnózy ve vaší péči převažují?
  - Které z nich vnímáte jako nejvíce zatěžující (finančně, časově, na spolupráci pacienta…)?

- Vidíte nějaký vývoj v počtu či struktuře psychiatrických pacientů – nárůst/pokles/stagnace – chodí spíše lehčí/těžší případy – změna ve spektru diagnóz?

NOVÉ TRENDY V PSYCHIATRII

- Nové trendy v psychiatrii
  - Kdybyste měli srovnat situaci v psychiatrii před 5 lety a nyní, co se za tu dobu změnilo?
  - Jaké očekáváte trendy v psychiatrii v nejbližší době, kde očekáváte největší změny v budoucnosti? - spontánně
  - Pozorujete nějaké trendy v oblasti léčby?
  - Pozorujete nějaké trendy v oblasti diagnostiky a záchytu pacientů?
  - Pozorujete nějaké trendy v oblasti vztahů, spolupráce s pacientem?

- Nyní vám budu číst některé další **možnosti a schémata péče, které by přicházely v úvahu v oblasti vztahů, spolupráce s pacientem**, řekněte mi prosím, co si o nich myslíte a zda by se daly zavést do praxe v našich podmínkách a jaký by mohly mít přínos, event. úskalí?
  - větší zapojení pacienta do léčebného procesu
  - tvorba písemných plánů léčby a předání plánu pacientovi, pravidelné hodnocení tohoto plánu
  - ustavení koordinátorů léčby
  - služba rychlé pomoci v krizových stavech
  - sociální pomoc pro pacienty
  - osvěta v oblasti negativního vnímání psychických onemocnění veřejností
  - problematika nedobrovolné léčby (klecová lůžka apod.)

- Nové **trendy v léčbě**
  - Pozorujete nějaké trendy v oblasti dávkovacích schémat, způsobů aplikace léčiv?
  - Jak hodnotíte compliance pacientů, resp. jaká je podle vás skutečná míra přesnosti užívání preparátů, dodržování léčebných schémat? Co by podle vás mohlo tuto compliance zlepšit, co ji v praxi nyní zhoršuje?
  - Jak hodnotíte z tohoto pohledu nabídku moderních depotních preparátů?

BARIÉRY VĚTŠÍHO ZAPOJENÍ AMBULANTNÍ PÉČE

- Jaké formy péče v současné době fungují v psychiatrii – ambulantní, denní stacionář, krizová centra, psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení… co dalšího?
  - Kolik je podle vašeho odhadu v ČR celkem pacientů s psych. onemocněním? Kdybyste měli všechny tyto pacienty rozdělit mezi uvedené formy péče, jak by toto rozdělení vypadalo? Jaké rozložení by vám připadalo optimální?
  - Jaká je vzájemná spolupráce mezi jednotlivými „typy“ péče – jak mezi nimi obvykle pacient putuje… co by se dalo v této oblasti zlepšit, urychlit, zjednodušit…
  - Jak funguje komunikace mezi jednotlivými zařízeními, předávání pacientů (osobní kontakty, co ještě…)?

- Jaké jsou „úkoly“ jednotlivých typů péče – jsou nějak přesně definované (jak, čím…?) nebo převažuje nahodilé rozdělení pole aktuální potřeby?

- Jaké je vaše **časové zatížení** – ambulance, průměrná obsazenost lůžek?
  - Jak často se vám stává, že musíte odmítnout nového pacienta? Jaká je průměrná čekací doba na přijetí do lůžkového zařízení, objednávání v ambulancích…?
  - Jaká je průměrná doba, kterou věnujete jednomu pacientovi? Jaká doba by podle vás byla optimální?

Scénář hloubkových rozhovorů

- Jakým způsobem v praxi funguje začleňování pacientů do společnosti? Co by se mělo zlepšit v této oblasti?
    - Kdo by mohl více spolupracovat, aby se uvolnily ruce ambulantním lékařům…?

EKONOMICKO-SYSTÉMOVÉ BARIÉRY

- Role pojišťovny, revizních lékařů
    - Cítíte se nějak omezeni v péči o psychiatrické pacienty ze strany pojišťoven či revizních lékařů? Čím konkrétně? Jak se toto omezení v praxi projevuje?
    - Jak ovlivňují péči paušální platby na měsíc (ambulance), lůžkoden (ústavní péče)?
    - Jak hodnotíte situaci v úhradách léků, vnímáte nějaká omezení v této oblasti? - spontánně
    - Jaké máte zkušenosti se schvalováním finančně náročnějších moderních preparátů v oblasti antipsychotik? Nemohou tato administrativní opatření bránit nasazení těchto přípravků i v případech, kdy by byly indikovány – např. kvůli administrativní zátěži a nejistému výsledku lékař vůbec nepožádá o schválení…?

- Legislativní bariéry
    - Vnímáte nějaké problémy, překážky na úrovni legislativy? – klecová lůžka, přístup k agresivním pacientům

ZÁVĚR

Poděkování za účast a rozloučení.

Příloha 3: Dotazník

STEM MARK

MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Dotazník

STEM/MARK
MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Na Hrázi 17, Praha 8, 180 00

Psychiatrická léčba – C2480

Listopad 2004

Tazatel	Kodér	Dekovat 1	Dekovat 2	Respondent

Kód lékaře

Obracíme se na Vás s průzkumem zaměřeným na problémy současné psychiatrie, který provádíme ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví. Celý výzkum probíhá ANONYMNĚ, odpovědi NEBUDOU V ŽÁDNÉM PŘÍPADĚ SPOJOVÁNY SE JMÉNEM KONKRÉTNÍHO LÉKAŘE. Na tyto otázky odpovídá v současné době 200 lékařů, kteří byli náhodně vybráni z celé České republiky. Vyplnění dotazníku potrvá přibližně 20 minut.

Z důvodu zabezpečení maximální srovnatelnosti údajů získaných od lékařů různých specializací je dotazník koncipován universálně. Na některé otázky však mohou odpovídat pouze lékaři určitého typu, např. lékaři s ambulantní nebo naopak s nemocniční praxí.

Celý dotazník je zaměřen pouze na péči o pacienty s psychiatrickou diagnózou.

1. **Jaká je Vaše lékařská specializace?**
   Pokyn: Označte jednu možnost.

Psychiatr s výhradně lůžkovou péčí	1
Psychiatr s převažující lůžkovou péčí	2
Psychiatr s převažující ambulantní péčí	3
Psychiatr s výhradně ambulantní péčí	4
Prakticky lékař	5

2. **Zkuste prosím odhadnout, kolik pacientů s psychiatrickou diagnózou Vás průměrně navštíví během jednoho roku:**
   Pokyn: Vyplňte do rámečku počet pacientů.

3. **A kolik z těchto pacientů za rok jsou noví, které jste dosud neléčil(a)?**
   Pokyn: Vyplňte do rámečku počet pacientů.

4. **Z jakých důvodů přicházejí noví pacienti s psychiatrickou diagnózou nejčastěji? Uveďte prosím pro každý důvod počet nových pacientů za rok.**
   Pokyn: Zapište počet pacientů jednotlivého typu za rok.

Akutní duševní stav – dobrovolně				
Akutní duševní stav – nedobrovolně				
Sociální důvod				
Jiné, vypište:				

5. **Pokud uvážíte všechny nové příchozí pacienty s psychiatrickou diagnózou za rok, zkuste odhadnout, jejich počty v závislosti na způsobu jejich záchytu či odeslání na Vaše pracoviště:**
   Pokyn: Zapište počty pacientů jednotlivého typu za rok.

a) Pacienti, kteří přišli z vlastní iniciativy			
b) Pacienti, kteří přišli na popud svých blízkých (rodina / přátelé / kolegové v práci)			
c) Pacienti, kteří přišli s doporučením od praktického lékaře			
d) Pacienti, kteří přišli s doporučením od psychologa			
e) Pacienti, kteří přišli s doporučením od ambulantního psychiatra			
f) Pacienti, kteří přišli s doporučením od lůžkového psychiatra			
g) Pacienti, kteří přišli s doporučením od jiného specialisty			
h) Pacienti, kteří byli přivezeni v akutním stavu policií nebo RZP			
i) Pacienti, kteří byli diagnostikováni na Vašem pracovišti bez primární iniciativy ze strany pacienta, či jiného lékaře (např. při vyšetření kvůli jinému onemocnění,....)			

6. **Označte prosím tři psychiatrické diagnózy, které řešíte ve své praxi nejčastěji.**

Demence	1
Schizofrenie	2
Afektivní poruchy	3
Neurotické poruchy	4
Poruchy chování	5
Závislosti	6

7. **Které tři psychiatrické diagnózy vnímáte pro Vaší praxi jako nejvíce zatěžující a proč?**
   Pokyn: Vyznačte tři diagnózy a k vyznačeným vyplňte vedle do řádků důvod.

		Vyplňte důvod, proč tuto diagnózu považujete za zatěžující:
Demence	1	.....
Schizofrenie	2	.....
Afektivní poruchy	3	.....
Neurotické poruchy	4	.....
Poruchy chování	5	.....
Závislosti	6	.....

8. **V oblasti psychiatrické léčby se často odlišují zastánci tzv. biologického a nebiologického směru. Pokud byste se měl zařadit do jedné z těchto skupin, řekl byste, že jste:**
   Pokyn: Označte jednu možnost.

Rozhodně zastánce biologického směru	1
Spíše zastánce biologického směru	2
Spíše zastánce nebiologického směru	3
Rozhodně zastánce nebiologického směru	4

Dotazník

9. Označte prosím do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky:
Pokyn: V každém řádku vyznačte jednu možnost.

	Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
a) Síť komunitních služeb a denních stacionářů je u nás dostatečná.	1	2	3	4
b) Psychiatrická zdravotní péče u nás často suluje neexistující síť sociální pomoci, a proto je přetížena.	1	2	3	4
c) V případě psychiatrických pacientů není možné využít měření jejich spokojenosti s poskytovanou péčí k hodnocení kvality této péče, jako je tomu u jiných diagnóz.	1	2	3	4
d) Rodinní příslušníci pacienta by neměli do léčebného procesu zasahovat, protože situaci obvykle jen zkomplikují.	1	2	3	4
e) Pacient by měl mít k dispozici písemný plán léčby na delší období a měl by pravidelně se svým lékařem hodnotit postup léčby.	1	2	3	4
f) Uvolnění některých psychofarmak pro praktické lékaře zajistilo, že řada pacientů je včas dobře zaléčena.	1	2	3	4
g) Limity pro úhradu léků pro psychiatrickou léčbu jsou dostatečné	1	2	3	4
h) Přehnané přísné pravidla pro úhradu některých moderních přípravků proti schizofrenii odrazují psychiatry od jejich užívání.	1	2	3	4

10. Jak často spolupracujete při léčbě pacientů s psychiatrickou diagnózou s následujícími subjekty?
Pokyn: V každém řádku vyznačte jednu možnost.

	Téměř vždy	Poměrně často	Méně často	Zcela výjimečně	Nikdy
a) Praktický lékař	1	2	3	4	5
b) Ambulantní psychiatr	1	2	3	4	5
c) Lůžkový psychiatr	1	2	3	4	5
d) Psycholog	1	2	3	4	5
e) Pracovník komunitního servisu	1	2	3	4	5
f) Sociální pracovník	1	2	3	4	5
g) Pracovník psychiatrického stacionáře	1	2	3	4	5
h) Příbuzní / známí	1	2	3	4	5
i) Někdo jiný, vypište:	1	2	3	4	5

11. Jak často se Vám v praxi daří zainteresovat léčené pacienty s psychiatrickou diagnózou na spolupráci?

Téměř vždy	1
Poměrně často	2
Méně často	3
Zcela výjimečně	4
Nikdy	5

12. Jak často se Vám v praxi daří zainteresovat rodinu, nebo blízké osoby pacienta s psychiatrickou diagnózou na spolupráci?

Téměř vždy	1
Poměrně často	2
Méně často	3
Zcela výjimečně	4
Nikdy	5

Pokyn: Pokud respondent v otázkách 13 až 18 uvedl variantu 1, vyplňte číselnou odpověď vedle do řádku.

13. Jaká je průměrná čekací doba Vašich pacientů s psychiatrickou diagnózou na hospitalizaci? Uvažujte prosím o pacientech, u kterých se nejedná o akutní stav vyžadující okamžitou intervenci?

Mám v péči lůžkové pacienty	1 =>.....dnů
Nemám v péči lůžkové pacienty	2

14. Jaká je průměrná délka hospitalizace Vašich pacientů s psychiatrickou diagnózou na Vašem pracovišti?

Mám v péči lůžkové pacienty	1 =>.....dnů
Nemám v péči lůžkové pacienty	2

15. Jaká je průměrná obložnost psychiatrických lůžek na Vašem pracovišti?

Mám v péči lůžkové pacienty	1 =>.....% lůžek
Nemám v péči lůžkové pacienty	2 .

16. Jaká je průměrná čekací doba Vašich pacientů s psychiatrickou diagnózou na ambulantní vyšetření?

Mám v péči ambulantní pacienty	1 =>.....dnů
Nemám v péči ambulantní pacienty	2

17. Kolikrát ročně Vás v průměru jeden pacient s psychiatrickou diagnózou ambulantně navštíví?

Mám v péči ambulantní pacienty	1 =>.....× ročně
Nemám v péči ambulantní pacienty	2

18. Kolik času v průměru věnujete jednomu pacientovi s psychiatrickou diagnózou v ambulanci? Uvažujte prosím o opakované návštěvě pacienta, ne o první návštěvě nového pacienta.

Mám v péči ambulantní pacienty	1 =>.....minut
Nemám v péči ambulantní pacienty	2

Dotazník

19. Jaká je podle Vás optimální délka jedné ambulantní návštěvy, pokud se nejedná o nového pacienta?

.....minut

20. Zkuste prosím odhadnout, kolik procent ze všech nově příchozích pacientů s psychiatrickou diagnózou jste za poslední rok musel(a) odmítnout z kapacitních důvodů:

Pokyn: Vypište procento.

.....%

21. Pokud některé pacienty s psychiatrickou diagnózou nemůžete z kapacitních důvodů přijmout, kam je nejčastěji odesíláte?

Pokyn: Můžete vyznačit více možností.

Prakticky lékař	1
Ambulantní psychiatrie	2
Lůžková psychiatrie	3
Psycholog	4
Komunitní servis	5
Psychiatrický stacionář	6
Neodesílám žádné pacienty	7

22. Zkuste prosím odhadnout, kolik procent psychiatrických pacientů odesíláte v průběhu léčby k jinému lékaři:

Pokyn: Vypište procento.

.....%

23. Jaký je nejčastější důvod tohoto odesílání:

.....

.....

24. Pokud některé psychiatrické pacienty odesíláte k jinému lékaři v průběhu léčby, kam je nejčastěji odesíláte?

Pokyn: Můžete vyznačit více možností.

Prakticky lékař	1
Ambulantní psychiatr	2
Lůžkový psychiatr	3
Psycholog	4
Komunitního servis	5
Psychiatrický stacionář	6
Neodesílám žádné pacienty	7

25. Kam nejčastěji odesíláte své lůžkové pacienty po ukončení léčby na Vašem oddělení?

Pokyn: Pokud respondent v prvním rámečku uvedl variantu 2, vyznačte v tabulce pod ní všechny jeho odpovědi.

Nemám v péči lůžkové pacienty	1
Mám v péči lůžkové pacienty	2

Prakticky lékař	21
Ambulantní psychiatrie	22
Jiná lůžková psychiatrie	23
Psycholog	24
Komunitního servis	25
Psychiatrický stacionář	26
Neodesílám žádné pacienty	27

26. Zkuste prosím odhadnout u kolika pacientů s psychiatrickou diagnózou, o které se staráte, suplujete péči těchto jiných subjektů:

Pokyn: Zapište počet pacientů.

Prakticky lékař			
Ambulantní psychiatr			
Lůžkový psychiatr			
Psycholog			
Pracovník komunitního servisu			
Sociální pracovník			
Pracovník psychiatrického stacionáře			
Příbuzní / známí			
Někdo jiný, vypište:			

27. Jak jste obecně spokojen(a) s komunikací mezi ambulantními a ústavními zařízeními v souvislosti s převáděním pacienta z lůžkové do ambulantní péče nebo naopak?

Pokyn: Vyznačte jednu možnost.

Velmi spokojen/a	1
Spíše spokojen/a	2
Spíše nespokojen/a	3
Velmi nespokojen/a	4

Dotazník

28. Jak jste obecně spokojen(a) se spoluprací s následujícími subjekty při péči o pacienty s psychiatrickou diagnózou?

Pokyn: V každém řádku vyznačte jednu možnost.

	Zcela spokojen/a	Spíše spokojen/a	Spíše nespokojen/a	Zcela nespokojen/a	Nespolupracují
a) Léčený pacient	1	2	3	4	0
b) Praktický lékař	1	2	3	4	0
c) Ambulantní psychiatr	1	2	3	4	0
d) Lůžkový psychiatr	1	2	3	4	0
e) Psycholog	1	2	3	4	0
f) Pracovník komunitního servisu	1	2	3	4	0
g) Sociální pracovník	1	2	3	4	0
h) Pracovník psychiatrického stacionáře	1	2	3	4	0
i) Příbuzní / známí	1	2	3	4	0
j) Zdravotní pojišťovny	1	2	3	4	0
k) Revizní lékař	1	2	3	4	0
l) Farmaceutické firmy	1	2	3	4	0

29. Zkuste prosím odhadnout, kolik procent pacientů podle Vás po propuštění z lůžkové péče skutečně zahájí ambulantní léčbu?

.....% pacientů

30. Jaké jsou v praxi největší zábrany, problémy při převodu pacientů z lůžkové do ambulantní péče?

1. důvod: .....

2. důvod: .....

3. důvod: .....

Pro následující otázku 31 dejte dotazník respondentovi a nechte ho tuto otázku vyplnit samotného.

31. Nyní se zaměříme na několik možných směrů ve vývoji psychiatrické péče u nás. Řekněte mi prosím pro každý z nich na škále od 1 do 10, do jaké míry se domníváte, že je tento směr správný. 1 znamená, že tento vývoj považujete za žádoucí a ztotožňujete se s ním, 10 naopak, že považujete tento směr za chybný a nežádoucí. K hodnocení míry ztotožnění s daným vývojem využijte všech stupňů na škále od 1 do 10.

Pokyn: Zakroužkujte, prosím, v každém řádku jen jednu možnost.

	Žádoucí směr									Nežádoucí směr
a) Část kapacity lůžkového fondu psychiatrických léčeben, která je používána pro akutní přijmy by měla být přesunuta do nově vzniklých psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic s cílem zlepšit dostupnost péče pro akutní stavy (v nemocnicích) a zlepšit podmínky pro dlouhodobou léčbu (v léčebnách).	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
b) Postavení pacientů při hodnocení kvality léčebné péče by se mělo zvýšit. Hodnocení kvality péče prostřednictvím měření spokojenosti pacientů by mělo být zavedeno jako rutinní metoda práce.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
c) Měla by se zlepšit podpora rozvoje komunitních služeb a spolupráce mezi těmito službami a primární psychiatrickou péčí.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
d) Pacienti by se měli více zapojovat do rozhodovacího procesu při stanovení léčby a hodnocení výsledků léčby.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
e) Koordinátoři psychiatrické péče (case manažeři) by měli přebírat koordinaci léčebné a sociální péče pacientů.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
f) Rodinní příslušníci či blízcí přátelé pacientů by měli být více zapojeni do léčby a hodnocení výsledků léčby.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
g) Legislativa by měla umožnit nedobrovolnou hospitalizaci nejen při potenciální nebezpečnosti pacienta sobě nebo okolí, ale i v případech, kdy neposkytnutí léčby povede velmi pravděpodobně k závažnému zhoršení zdravotního stavu či závažnému dopadu na okolí.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
h) Osvětě v oblasti negativního vnímání psychických onemocnění laickou i odbornou veřejností by měla být věnována větší pozornost.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
i) Funkci koordinátorů psychiatrické péče by mohl plnit střední zdravotnický personál a uvolnit tím kapacitu ambulantních psychiatrů.	01	02	03	04	05	06	03	04	09	10

Děkujeme za vyplnění a vraťte prosím dotazník tazateli.

32. Když se zamyslíte nad léčbou Vašich pacientů s psychiatrickou diagnózou, kolik procent z nich podle Vás předepsanou farmakoterapii správně užívá?

.....% pacientů

Dotazník

33. Nakolik by se podle Vás následující možné směry ve farmakoterapii měly více zavádět do praxe?
Pokyn: Zakroužkujte, prosím, v každém řádku jen jednu možnost.

	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Nevím
a) Používání přípravků s nižšími účinnými dávkami	1	2	3	4	0
b) Dávkování jednou denně	1	2	3	4	0
c) Používání rozpustných forem	1	2	3	4	0
d) Používání moderních injekčních dlouhodobě působících preparátů	1	2	3	4	0
e) Používání dražších preparátů s vyšší bezpečností a komfortem užívání	1	2	3	4	0

34. Jaká jsou podle Vás hlavní omezení systému péče o psychiatrické pacienty?
Pokyn: vyznačte všechny relevantní odpovědi.

Neexistence koordinátorů péče	01
Přetížená síť ambulantních psychiatrů	02
Neexistence „jipových" psychiatrických lůžek	03
Nedostatečná síť krizových center	04
Komplikovaný systém preskripce moderních antipsychotik	05
Špatná spolupráce s policií	06
Penalizace lékařů ze strany pojišťoven	07
Špatná komunikace s pacienty	08
Špatná návaznost lůžkové, ambulantní a komunitní péče	09
Jiné.....	10

35. Co považujete za hlavní omezení v léčbě psychiatrických pacientů?
Pokyn: vyznačte všechny relevantní odpovědi.

Finanční limity na léky (úhrada pojišťovny)	1
Vysoké doplatky pro pacienty	2
Finanční limity na péči (omezený počet návštěv, definována délka návštěvy)	3
Nefungující systém schvalování preskripce moderních antipsychotik revizními lékaři	4
Legislativní omezení	5
Nízké finanční ohodnocení práce psychiatra a nízký rozpočet na léčbu ve srovnání s jinými obory lékařské péče	6
Neexistence závazných standardů péče	7
Jiné.....	8

Nakonec se Vás zeptám již jen několik doplňujících statistických údajů.

36. Pracujete v soukromé zdravotní ordinaci?

Ano	1
Ne	2

37. Zaznamenejte pohlaví dotázaného

Muž	1
Žena	2

38. Velikost obce
Pokyn: Označte jednu odpověď.

Obec do 999 obyvatel	1
Obec s 1 000 – 1 999 obyvateli	2
Obec s 2 000 – 4 999 obyvateli	3
Město s 5 000 – 19 999 obyvateli	4
Město s 20 000 – 99 999 obyvateli	5
Velkoměsto nad 100 000 obyvatel	6

Děkujeme Vám za Vaše odpovědi.

39. Zaznamenejte okres, ve kterém byl rozhovor proveden.

_____ [ ][ ][ ]

S64. Datum rozhovoru: den: [ ][ ] měsíc: [ ][ ]

S65. Délka rozhovoru v minutách: [ ][ ]

S67. Kontrolní adresa získána před nebo po rozhovoru?

Před rozhovorem	1
Po rozhovoru	2
Respondent neposkytl adresu	3

PROHLÁŠENÍ TAZATELE:
Prohlašuji, že toto je přesný záznam odpovědí respondenta.
Vlastnoruční podpis:
.....

[ ]

Záznam STEM/MARK: Kód správnosti a pečlivosti vyplnění dotazníku

Příloha 4: Percentilová analýza

STEM MARK

MARKETINGOVÝ VÝZKUM JE DIALOG

Percentilová analýza – popis použitých ukazatelů

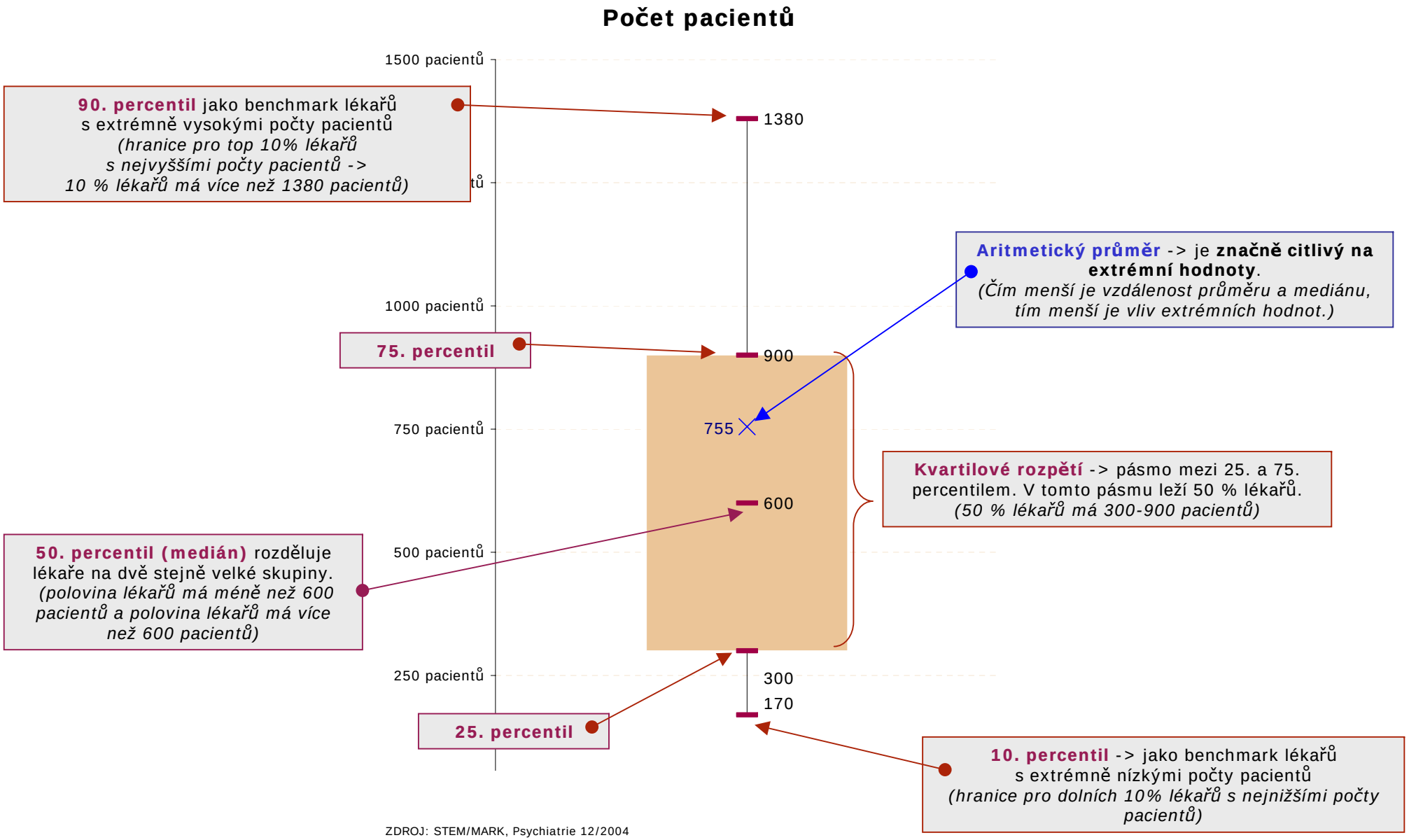
- **Medián (střední hodnota, 50. percentil):** hodnota, která se nachází **ve středu celého vzorku dat**. 50 % respondentů se tedy nachází pod hodnotou mediánu a 50 % respondentů leží nad hodnotou mediánu. Výhodou mediánu (ve srovnání s průměrem) je to, že není ovlivněn velmi malými nebo velmi velkými hodnotami v souboru, jak si ukážeme na následujícím příkladu:
  - *V řadě 8 následujících čísel {5,5,7,7,9,12,18,80} je **hodnota průměru rovna 18**. Ve skutečnosti je ale **většina čísel výrazně nižších**, proto určíme hodnotu **mediánu** – prostřední hodnoty. Neboli hledáme hodnotu, kde **polovina čísel** bude ležet **pod** touto hodnotou a **polovina čísel nad** touto hodnotou, což je v našem případě číslo 8 –> 50 % čísel je menších než 8 a 50 % čísel je větších než 8.*

- **Kvartilové rozpětí:** je pásmo mezi 25. a 75. percentilem. 25. percentil je hodnota, která odděluje ¼ respondentů s nejnižšími hodnotami od zbytku souboru. 75. percentil je naopak hodnota, která odděluje horní ¼ respondentů s nejvyššími hodnotami. **V pásmu** mezi 25. a 75. percentilem tedy **leží 50 % odpovědí, které nejsou ani výrazně malé či velké** a šíře tohoto pásma **vypovídá o homogenitě souboru**. Úzké kvartilové rozpětí svědčí pro homogenitu souboru, široké kvartilové rozpětí upozorňuje na heterogenitu odpovědí.

- **10. percentil**: hodnota, která odděluje 10 % respondentů s nejnižšími hodnotami od 90 % respondentů s vyššími hodnotami. Z praktického hlediska nám tento údaj poskytuje **informaci o respondentech**, kteří jsou ve sledovaném ukazateli **extrémně málo aktivní** – pokud např. lékaře za rok navštíví méně pacientů než je hodnota 10. percentilu víme, že patří mezi 10 % lékařů s extrémně nízkými počty návštěv pacientů.

- **90 percentil:** hodnota, která odděluje 10 % respondentů s nejvyššími hodnotami od 90 % respondentů s nižšími hodnotami. Z praktického hlediska nám tento údaj poskytuje **informaci o respondentech**, které jsou ve sledovaném ukazateli **extrémně aktivní** – pokud např. lékaře za rok navštíví více pacientů než je hodnota 90. percentilu víme, že patří mezi 10 % lékařů s extrémně vysokými počty návštěv.

Percentilová analýza – popis použitého zobrazení



ZDROJ: STEM/MARK, Psychiatrie 12/2004