TERAPIE 04

29. srpna 2019, cena 60 Kč

02

Prof. Michal Miovský:

Zdravotník by neměl doporučovat žádné množství alkoholu

12 AAIC

Úsilí v boji proti Alzheimerově nemoci je třeba zdvojnásobit

Mezinárodní konference se věnovala mimo jiné novým biomarkerům, významu patologie LATE či interakci astrocytů a mikroglií v procesu neuronální smrti

30

Správný vývoj thymocytů brání vzniku autoimunitních nemocí

Čeští vědci se zabývali rolí proteinu Smarca5 při vývoji lymfoidních progenitorů

52

100 mil.

e-receptů už vystavili čeští lékaři

36

Prof. Cyril Höschl:

Reforma psychiatrické péče musí vycházet ze skutečných dat

Prof. Edvard Moser,
laureát Nobelovy ceny za fyziologii nebo medicínu 2014

„Neurální hodiny pro subjektivní čas jsou klíčové pro paměť a učení, pro naši schopnost například organizovat zážitky jako sled událostí, tvořit vzpomínky a učit se. Mozek má specializované neuronové systémy pro kódování prostoru, času a paměti, které nyní začínáme odkrývat."

16 EAN 2019

Kongres EAN 2019 se zaměřil na roli neuroinflamace při vývoji neurologických onemocnění

ROZHOVOR

Reforma psychiatrické péče musí vycházet ze skutečných dat

Jaký byl start reformy psychiatrické péče v ČR a jaký má prozatím průběh? Jaké jsou její cíle a vize? O tom (a nejen o tom) hovořil prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., ředitel Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ)

Rozhovor, který si můžete přečíst níže, poskytl prof. Cyril Höschl odbornému časopisu Florence z portfolia našeho vydavatelství, který se ve svém letním čísle zaměřoval primárně na psychiatrii. Kromě reformy psychiatrické péče přišla řeč i na další témata, například na roli sester v psychiatrii nebo na problematiku společnou všem zdravotníkům – prevenci syndromu vyhoření.

REFORMA PSYCHIATRIE, CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Reforma psychiatrie začala naostro loni, po dlouhých letech příprav. Bylo vybráno pět center, v lednu tohoto roku pak dalších patnáct. Jaký je váš názor na koncept reformy psychiatrie a na její průběh?

Reforma se skutečně zviditelnila až v posledním roce, kdy politická garnitura začala implementovat její myšlenky, ale jinak ono podhoubí k reformě zraje už od samého počátku devadesátých let minulého století. To je právě jeden z důvodů, proč jsem byl k reformě skeptický, protože když se o něčem téměř třicet let mluví, a nic se nestane, tak tomu dříve nebo později přestanete věřit. Teprve v poslední době začínám mít pocit, že jsem se ve své skepsi skutečně možná mýlil. Nově vzniklá centra duševního zdraví jsou dokladem toho, že první vlaštovky už byly opravdu vypuštěny. Reforma ovšem nese mnoho problémů, pro které nemohla být uskutečněna dříve – například nedostatek kvalifikovaného personálu do nově vytvořených útvarů nebo nedostatek systémových opatření v celé soustavě úhrad nasmlouvaných s pojišťovnami. Objevují se další nové entity, které je do systému potřeba zabudovat. Navíc argumenty ve prospěch reformy musejí začít těžit z jiných domén než stále jenom z toho, že reforma ušetří. Těch cílů, kterých má dosáhnout, je mnohem více a nejsou zdaleka jenom ekonomické. V prvé řadě je zapotřebí reformu vybudovat na základě dat, na základě evidence, která nebyla nikdy v tomto směru kompletní. To se teď může začít dařit díky tomu, že do reformy byl vtažen ÚZIS, a hlavně díky tomu, že v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech funguje rozsáhlá skupina sociální psychiatrie, která je metodicky, a řekl bych i personálně, dobře vybavena k tomu, aby ono odborné podhoubí reformy vytvořila. Je nutné, aby se to, co se bude dělat, zakládalo na skutečných datech. Tedy například jaká je zapotřebí péče, jak je strukturovaná, jak vypadá a co se stane, až se bude proměňovat, kam se bude posouvat, budou-li skutečně potřeby naplněny a tak dále.

Jde tedy o jakousi kvalifikovanou analýzu potřeb české psychiatrie?

Jde o to, aby se nedělalo něco, po čem není reálná poptávka. Budu konkrétní. Problém vidím v tom, že pokud začnete živelně budovat centra duševního zdraví, tak se dočkáte toho, že vzniknou tam, kde ve své podstatě moc nechybí. To znamená v lokalitách, kde je dostatek psychiatrů a ostatních pracovníků, kteří jsou schopni centra vybudovat a následně v nich pracovat. Tam, kde chybí, ani posléze nebudou, protože tam není dostatek personálu, který by do nich šel pracovat. Všechno, co jsem zmínil, úzce souvisí s mapováním terénu. Mapování terénu dále znamená skutečný popis situace ve velkých léčebnách, jejich vnitřní struktury, toho, do jaké míry se v nich například maskují pod zdravotnickými vlajkami sociální lůžka. Tedy do jaké míry jsou tam lidé, kteří by správně měli být opečováváni v jiném zařízení, ba dokonce resortu.

Jste celkově optimista, co se realizace reformy týče?

Celý proces reformy skutečně probíhá, a pokud se nic nestane, tím myslím například ekonomickou krizi nebo razantní obměnu politické garnitury, skutečně se docílí změn a posuneme se vpřed.

A existují už skutečná data a plány, kde by centra duševního zdraví měla být?

Ano, mapa léčeben, potažmo center duševního zdraví už skutečně vznikla. Požadavky, možnosti a rezervy léčeben jsou konzultovány přímo s řediteli oněch institucí. Mám dobrý dojem, že nejde o jakési „o nás bez nás“.

Patnáct plánovaných center se nachází na místech, kde budou užitečná a jejich rozvoj bude dávat smysl?

Zatím jsou všechna centra zakládána s rozmyslem, ale je pravda, že ta první vznikla tam, kde bylo nejvíce příležitostí a byl entuziasmus zdola k jejich založení, například v Přerově. Čím dál tím víc však bude sílit tlak na vytváření center tam, kde by být měla.

Jak toho podle vás půjde docílit? Stát bude vytvářet určitý systém pobídek?

Určitě to tak musí být. V přípravné „artilerii“ bude potřeba zajišťovat jak personální zdroje, tak vzdělávání, které zatím není úplně vyřešeno, byť je v každém projektu obsaženo. Hlavní projekt vzdělávání se zatím dolaďuje a není spuštěn. Centra duševního zdraví tady zahrnují i profese, které jsou zatím personálně nezajištěny nebo poddimenzovány. Celé to totiž není jenom o doktorech a o sestrách, i když těch je také málo – co se týče počtu psychiatrů na počet obyvatel, patříme spíš do horní poloviny pomyslného žebříčku. Cesta rozhodně nevede přes pouhé navyšování personálního stavu, ale přes pobídky a přeskupování personálu tam, kde bude nejvíce zapotřebí.

Práce v centru duševního zdraví vyžaduje očividně další vzdělání. Vystačí si pro

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.

začátek psychiatrická sestra se svým klasickým vzděláním a aprobací, nebo se musí dále vzdělávat?

Psychiatrická sestra jako taková si vystačí s tím, co umí, i když práce v centru duševního zdraví je vcelku jiná než u lůžka v psychiatrické léčebně. Je totiž bližší spíš práci na ambulanci. Na druhou stranu je zapotřebí si uvědomit, že by tato centra měla zahrnovat i asertivní týmy, výjezdy do komunit, tudíž je její aprobace někde na půli cesty mezi akutním zařízením a ambulancí. Je to trochu odlišný typ péče, než na jaký jsou sestry zvyklé. V tom ovšem problém nespočívá. Problém spočívá spíše v dalším druhu péče, například péči sociální, case managementu a celkovém zajištění služeb, které má centrum poskytovat.

Mluví se také o tom, že by mohlo dojít k propojení s praktickými lékaři a internisty, kteří také mohou předepisovat svým pacientům antidepresiva. Myslíte, že by takový systém do budoucna mohl fungovat?

Tato snaha se týká jedné podstatné otázky, která se řeší nejen u nás, ale na celoevropské úrovni a je viditelná na prohlášeních zdravotnických organizací – tedy že péče o tělesné zdraví je u duševně nemocných v porovnání s ostatní populací výrazně poddimenzována a zanedbávána. Jinými slovy, nejste-li psychiatrický pacient a bolí vás zub, jste ošetřeni mnohem dříve a kvalitněji, než když vás bolí tentýž zub a jste psychiatrický pacient. Netýká se to jen stomatologie, ale všech oborů medicíny. Dostupnost zdravotní péče pro duševně nemocné je mnohem nižší než pro zbytek zdravé populace. To je mimochodem jedna z diskriminací, se kterou se psychiatričtí pacienti reálně setkávají. Jak se bude psychiatrická péče posouvat

směrem k sociální péči, je zapotřebí zajistit, aby nedošlo ke zhoršení a zanedbání složky medicínské. Podobné obavy měli Dánové při reformě své komunitní psychiatrie. V Dánsku před časem zaznamenali úbytek psychiatrů, protože budoucí lékaři nechtěli studovat medicínu kvůli tomu, aby se z nich podle jejich slov „stali sociální pracovníci". Jde tedy o problém, kterého jsme si u nás vědomi.

Jak to bude fungovat v praxi?
Je nutné udržet kontakt s medicínou jako takovou, nezanedbávat ji. To znamená jednak kontakt s praktickými lékaři, kteří stojí v první linii, a jednak se specialisty, ke kterým jsou pacienti odesíláni.

Takže to může vypadat tak, že centra duševního zdraví budou mít okruh lékařů, kteří s nimi budou spolupracovat a budou mít pacienty v péči?
Určitě budou muset zapadnout do kontextu medicínské péče v celém rozsahu a navázat se na ni, aby nevznikala určitá vakua. Budou muset být nasmlouvaná zdravotnická zařízení, u nichž bude jasné, že tam dané duševní centrum spadá. Celá tato problematika se řeší za účasti všech potřebných subjektů, jako je ministerstvo zdravotnictví, pojišťovny, psychiatři a další, a je velmi dobrou zprávou, že všechny subjekty spolu během přípravy komunikují. Předpokládám, že i z tohoto důvodu by reforma nemusela skončit někde v autu. Zatím z toho mám celkem dobrý pocit.

Kdo budou podle vás klienti center duševního zdraví? Cílem reformy je postupné zapojení pacientů do normálního života...
Klienty budou všichni nemocní, kteří potřebují psychiatrickou péči, ale kteří nemusejí být nutně, vzhledem k průběhu svého onemocnění, hospitalizováni ve velkých psychiatrických zařízeních, zejména ne dlouhodobě. Zároveň půjde o pacienty, kteří se pohybují, pokud jde o tíži onemocnění, někde mezi běžnou ambulantní péčí a hospitalizací. My si představujeme, že se v centrech budou řešit případy náhlých relapsů nebo znovuvzplanutí nemocí, u kterých se následně uvidí, jak se budou dále vyvíjet. Dovedeme si představit, že se tam může soustředit péče o pacienty, kteří potřebují depotní injekce, zvýšený monitoring a různá psychosociální opatření. Zároveň chceme, aby zde po vzoru severní Itálie docházelo ke komunikaci mezi prostředím pacienta a psychiatrickou péčí, ať už v podobě výjezdů do terénu, tedy bydliště pacienta, nebo v podobě znalosti jeho sociálního okolí. Jako pozitivum vidím i to, že se v centrech během denních návštěv a aktivit pacienti sejdou, což by mohlo samo o sobě mít rehabilitační účinek. V Itálii jsem viděl, jak se pacienti a personál scházejí v komunitních místnostech a diskutují o svých problémech a obtížích, uvaří si kafe, zahrají šachy a pak jdou domů. Čili zařízení bude saturovat i jinou složku než tu čistě medicínskou. I proto bude muset být personál mnohem rozmanitěji strukturován. Celá myšlenka konceptu center duševního zdraví zraje teoreticky, ale implementace v praxi se bude dolaďovat za pochodu a myslím si, že těch prvních pět center duševního zdraví, která skutečně běží, je takovou pilotní sondou, jak by to mohlo vypadat.

Do roku 2020 by se měl snížit počet lůžek v psychiatrických zařízeních na necelých 8000. Trend poklesu počtu lůžkových pacientů je celoevropský, a to nejen v psychiatrii. Myslíte, že je společnost připravená na to, že psychiatričtí pacienti budou čím dál více propojeni s běžnou společností?
To si netroufnu říci. Je ovšem připravenější než třeba před deseti dvaceti lety, protože v souvislosti s reformou samotnou se o problematice psychiatrických pacientů a jejich zapojení do společnosti i o duševním zdraví jako takovém mnohem více veřejně mluví. Řada psychiatrických otázek už je detabuizována a intenzivně běží projekt destigmatizace – viz třeba festival Na hlavu a další. Jestliže veřejnost ještě není připravena, tak je rozhodně připravována a ten proces je určitě nekonečný. Jde o takový oheň, do kterého je potřeba foukat a přikládat, aby neuhasl. Dalo to dost práce, ale například deprese už je téměř zcela destigmatizována, úzkostné poruchy do značné míry také, LGBT komunitě se poměrně daří destigmatizovat různé sexuální odchylky a poruchy. Tabuizovaná je stále oblast psychóz, zejména schizofrenie, u které to bude složité, protože se za tyto pacienty rodina či společnost vesměs stydí. Nikdy to asi nebude jako zlomená noha. Změny probíhají spíš evolučně, nikoli revolučně. Určitě se nestane to, že by se armády duševně nemocných octly na ulici.

Problematiku například bisexuální orientace nebo psychických poruch řeší oblíbený seriál Terapie z produkce HBO v hlavní roli s Karlem Rodenem. Myslíte, že i to může přispět k jisté detabuizaci?
Zajisté. Například v dnes už kultovním seriálu MOST! byla postava transsexuála, byť v nadsázce, zobrazená a idealizovaná a také přispěla k společenské diskusi na téma genderu. Myslím, že takovéto postavy a pořady svou destigmatizační

Centra duševního zdraví I (fungují od poloviny roku 2018)
Přerov, Havlíčkův Brod, Brno, Praha 9 – Prosek, Praha 10 – Strašnice

Centra duševního zdraví II (otevření během roku 2019)
CDZ Celsuz (Brno), CDZ PN Brno, CDZ Hradec Králové, CDZ Cheb, CDZ Karlovy Vary, CDZ Kroměříž, CDZ Mladá Boleslav, CDZ Opava, CDZ Pardubice, CDZ Plzeň, CDZ pro Prahu 6, CDZ Strakonice, CDZ Tábor, CDZ RIAPS Trutnov, CDZ Uherské Hradiště

Zdroj: NÚZD

roli plní velmi dobře, protože nenásilnou formou připravují půdu pro soužití s poruchami, kterých je v populaci poměrně hodně.

SESTRA V PSYCHIATRII

Vraťme se zpátky k sestrám. Jakou by podle vás měla mít sestra, nejen ta psychiatrická, pro svou práci osobnostní a psychickou výbavu?

Jednak by měla mít určitý osobnostní profil, protože na výkon sesterského povolání se nehodí osoby emočně nevyvážené, s pithiatickými rysy nebo explozivní, sociopatické a podobně. Takovéto osobnostní rysy komplikují vztah s pacientem a neobyčejně ztěžují personálu výkon služby, protože právě sestra je ono pojítko a první linie styku mezi pacientem a zařízením. Pacienti se se sestrami setkávají denodenně a navazují s nimi mnohem užší vztahy než s lékaři, kteří jsou často trochu mimo dění. Dalším předpokladem je jakýsi sebepoznávací výcvik, nebo alespoň nějaké školení, aby sestra poznala sama sebe, uměla se sebou pracovat a věděla, co od sebe může čekat. Gnothi seauton, poznej sám sebe, je imperativ, který by zejména ve zdravotnictví neměl být opomíjen. Pokud se tedy o sobě sestra, ale i my všichni dozvíme více a jsme si kupříkladu vědomi svých stinných či slabších stránek, umíme s nimi více a lépe zacházet. Své nedostatky si racionálně vysvětlíme, což nám je pomůže lépe zvládat. A konečně by sestra měla mít určité vlastnosti jako třeba to, že si nebere věci osobně, což platí v psychiatrii mnohonásobně více než jinde. Například když pacient sestře lichotí, tak v tom nemá prvotně hledat to, že je skvělá, ale přemýšlet nad tím, jestli se pacient nechce zavděčit nebo získat nějaké výhody.

Takže sestra by měla být odolná vůči manipulacím – jak pozitivním, tak negativním?

Ano, přesně tak. A naopak, když psychiatrický pacient sestře nadává, je to velmi často součást jeho psychopatologie, nikoli vyjádření toho, že by byla třeba neschopná. Tyto projevy musí brát jako příznaky nemoci. Ale to povětšinou zkušenější sestra ví a obdobné zkušenosti sbírá během své kariéry. Mladší sestry nebo studentky by na to v průběhu praxe mohly být připravovány.

V řadě oborů, které se zabývají tělesnými onemocněními, je mantrou lidskost a empatie. V psychiatrickém prostředí by to mělo být zrovna tak?

Zajisté. V psychiatrii se klade na empatii ze strany personálu velký důraz, ale zapomíná se, že součástí psychopatologie u mnoha psychiatrických diagnóz, například u schizofrenie, je nepřítomnost empatie. To znamená, že pacienti empatii mít nemusejí, a to ani mezi sebou, a s tím je potřeba počítat. Čili takové to „něco za něco“, pokud jsem empatický, dočkám se empatie, v psychiatrii platit nemusí. Empatie nemusí být v psychiatrii tak prvoplánová a přímočará, například být vyžadující a přísný může na první pohled působit neempaticky, ale ve finále to má mnohdy lepší terapeutický dopad. Pokud držím za ruku a chlácholím někoho, kdo má otevřenou zlomeninu nohy, tak je to něco jiného, než když chytnu za ruku autistu. Ten mi klidně může jednu vrazit. Pro každou sestru, která by chtěla pracovat v centru duševního zdraví, by nebylo na škodu strávit alespoň rok na psychiatrickém oddělení, aby si to osahala, protože zkušenost je nepřenosná. Potom se jí bude lépe dařit v terénu, kde diagnózy nejsou tak nahuštěné, ale zase jsou mnohem pestřejší.

> „Dostupnost zdravotní péče pro duševně nemocné je mnohem nižší než pro zbytek zdravé populace. To je jedna z diskriminací, se kterou se psychiatričtí pacienti reálně setkávají. Jak se bude psychiatrická péče posouvat směrem k sociální péči, je zapotřebí zajistit, aby nedošlo ke zhoršení a zanedbání složky medicínské.“

Sestry v posledních letech usilují o jistou emancipaci, snaží se vzdělávat, a asociace sester se dokonce snaží po vzoru lékařské komory prosadit myšlenku sesterské komory. Vzdělávání sester určitě přináší mnohé plusy, například erudovaná sestra může odkrýt to, čeho si unavený lékař nevšimne...

Čím vzdělanější sestra, tím lépe pro pacienty, ale také pro celý tým. Lékař na ni může delegovat větší zodpovědnost. Vzdělávání sester je cesta správným směrem, navíc pokud máme problém s nedostatkem personálu v některých oborech, jako třeba v pediatrii nebo praktickém lékařství, řešením určitě není jen nábor cizinců nebo revoluční zvýšení kapacity lékařských fakult. Jako řešení vidím restrukturalizaci zdravotní péče zevnitř a část pravomocí a úkonů lékařů delegovat na sestry nebo na další pracovníky. Proč by měl lékař ťukat do počítače propouštěcí zprávu, když obchodní akademie chrlí velké množství zdatných sekretářek a stenotypistek? Čili v restrukturalizaci péče je určitá rezerva a ta mimo jiné znamená větší kompetenci sester. Existuje jisté množství „staromilců“, kteří se svých pravomocí nechtějí vzdávat, protože chtějí být pro systém nepostradatelní, ale na druhou stranu by díky změně došlo ke zvýšení jejich kapacit směrem k pacientům. Nad tím by se určitě měli zamyslet a překonat své osobní důvody. Je také nutné vzít v potaz, že striktní požadavky na vzdělání sester, kdy každá musela být vysokoškolačka, téměř zablokovaly systém a vznikl nedostatek sester. Sociální inženýrství to často žene takzvaně „od pangejtu k pangejtu“. Je to podobné, jako kdybychom chtěli, aby každý člověk v každé profesi měl vysokou školu – tím se jen vyprázdní všechny služby, protože všichni budou studovat. Stratifikace vzdělání sester je určitě kýženou cestou, od sester, které vykonávají práci s nižšími kvalifikačními nároky, ošetřovatelek až k sociálním pracovnicím nebo vysokoškolsky vzdělaným, úzce specializovaným sestrám. Nikoli cestou extrémů – povolit všem dělat všechno nebo od všech vyžadovat vysokoškolské vzdělání. My jsme se mezi takovými extrémy v posledních letech pohybovali, ale teď snad zavládne zdravý rozum, protože na schůzi ředitelů nemocnic se jednalo o snížení přísných kvalifikačních požadavků. Ale zdůrazňuji, že to nebude na úkor kvality. Sestrám, které se budou chtít dále vzdělávat a kvalifikovat se, bude určitě dopřána větší autonomie.

SYNDROM VYHOŘENÍ, VLASTNOSTI SESTRY

Na sestry jsou kladeny čím dál tím vyšší nároky, což může nezřídka vést i k syndromu vyhoření. Měl byste jako psychiatr nějakou praktickou radu nebo postřeh, jak se vyhoření vyvarovat?

Existuje velké množství návodů, které nejsou knížecími radami a jsou

v prvé řadě praktické. Je to takové desatero, dvacatero, které je do určité míry v rukou každého, až na některé výjimky. Například v oborech, jako je popáleninová medicína nebo traumatologie, kde jsou značné emocionální nároky na personál a pracovní vypětí je vysoké, je vhodné pořádat Balintovské skupiny, tedy psychoterapii personálu. Velmi častým jevem však je, že se deprese maskuje jako vyhoření v práci. Kvůli tomu se špatně léčí, dojde k prodlení v nasazení antidepresiv a tak dále. Někdy zase dochází k pravému opaku, tedy že se šmahem nasazují antidepresiva, a přitom by třeba stačila jen rozmluva s psychoterapeutem. Jinými slovy, když je někomu hodně špatně, tak by měl určitě kontaktovat psychiatra, a pokud mu je špatně jen trochu, lze to řešit vlastní duševní hygienou (viz *Hlavní zásady předcházení negativním důsledkům pracovní zátěže a vyhoření*).

Deprese se ale občas maskuje tělesnými příznaky...
Ano, není výjimkou, že hubnoucí pacient nejprve absolvuje návštěvu u onkologa a gastroenterologa, než ho pošlou na psychiatrii. Ale drtivá většina pacientů s depresí se cestou přes praktického lékaře dostane přímo k psychiatrické péči a nestává se, že by nám tu hordy depresivních pacientů pluly zdravotním systémem.

Jak pacienti vnímají nasazení antidepresiv? Nemohou to brát jako svou osobní prohru?
Nelze generalizovat, dost záleží na osobnostním nastavení pacienta. Jsou pacienti, takoví ti farmakofobové, kteří zásadově odmítají „chemii" – přitom všechno, co jíme, je chemického původu – a dožadují se různých přírodních prostředků. Psychoterapie je pro některé trochu náročná, protože vyžaduje vlastní angažmá. Je rozdíl být léčen, to znamená dostat pilulku a počkat, jestli pomůže, a léčit se, to znamená docházet do skupin, věnovat tomu čas, věnovat tomu své emoční nasazení.

To je pracné.
Vlastní angažmá je hodně pracné a vyžaduje i jistou disciplínu. Psychoterapie má iniciační bariéry nejenom ze strany personálu, tj. že je ho nedostatek, ale i ze strany pacientů, jimž se do ní nechce investovat. Na jedné straně tu máme pacienty, kteří kategoricky odmítají léky a tvrdí, že jsou to jedy, na druhé zase pacienty, kteří tabletky milují a jedí jich denně hrsti. Ochotně polknou cokoli a často se nechají podvést kdejakým podomním obchodníkem s doplňky stravy. Zbývající populace se pohybuje někde mezi a dost záleží na tom, jak se jim léčba vysvětlí a podá. Je dobré vysvětlovat mechanismus působení léků, alespoň v kostce, a určitě obeznámit s možnými vedlejšími účinky. Pacient se pak sám může rozhodnout a zvážit, jestli léčbu chce podstoupit. Edukaci a motivaci pacientů vidím jako zásadní. Nikoli direktivní a pedantský přístup. Ty časy už dávno pominuly, dnes je lékař mnohem více konzultant než vládce.

Chtěl byste závěrem sestrám něco sdělit?
Snad možná to, že gró role sestry spočívá v umění komunikace s pacientem, o kterou by se toto povolání mělo opírat především. Píchání injekcí, práce instrumentářky a řemeslné dovednosti jsou obdivuhodné, ale ty dokáže nacvičit leckdo. Povahové vlastnosti se nacvičují velmi těžko, jestli to vůbec lze, a je třeba je nejdřív znát, aby je člověk v profesním kontaktu dokázal korigovat. Jako nejdůležitější vidím to, že sestra musí mít určitý náhled na sebe samotnou a využívat jej vůči psychopatologii pacientů, a to nejen těch psychiatrických. V praxi často dochází k přenosům, známým už z Freudova učení, tedy že si například starý pacient oblíbí mladou sestřičku, starší pacientka vidí v mladém lékaři svého syna nebo se mladá pacientka zamiluje do dominantního lékaře. Profesionalita znamená, že přenosy nebereme osobně, nevidíme v nich skutečnou lásku, skutečnou nenávist nebo skutečné přátelství. Musíme v těchto vztazích umět číst. ■

Rozhovor byl převzat z časopisu Florence

Kristýna Čillíková

Hlavní zásady předcházení negativním důsledkům pracovní zátěže a vyhoření

1. Buď sám k sobě mírný, vlídný a laskavý.
2. Tvým úkolem je pomáhat změnám, nikoli měnit druhé lidi. Můžeš k nim změnit vztah, nikoli je.
3. Najdi si své útočiště – místo, kam můžeš uniknout do klidu a samoty, když potřebuješ.
4. Kolegům, podřízeným i vedení buď oporou, povzbuď je a pochval, když si to zaslouží. Stejné se nauč přijímat od nich.
5. Tváří v tvář utrpení, kterého jsi svědkem, je přirozené, že se někdy cítíš bezbranný a bezmocný. Někdy však stačí být jen nablízku.
6. Zkus to, co děláš, dělat jinak, obměňovat, vylepšovat.
7. Rozpoznávej mezi dvěma typy naříkání – tím, co situaci zhoršuje, a tím, co situaci tiší a hojí.
8. Když jdeš z práce, mysli na to, co se ti povedlo.
9. Povzbuzuj a posiluj se sám. Tvoř místo stereotypu, načerpáš energii jako umělec.
10. Čerpej z přátelství v kolektivu co nejvíc a podporuj ho. Těš se z radosti druhých.
11. O přestávkách nemluv o práci, „vypni", problémy nech stranou.
12. Plánuj. Co můžeš udělat hned, neodkládej. Naplánuj si však předem i chvíle klidu nebo pohody a opravdu si je užij.
13. Říkej raději „chci, nechci, rozhodl jsem se..." než „měl bych, musím, nemohu...".
14. Nauč se říkat jasně ano, ale také ne – buď svůj.
15. Netečnost, lhostejnost a ironie ve vztazích jsou daleko nebezpečnější než připuštění si, že více se dělat nedá.
16. Raduj se a směj – často a rád – a hraj si!
17. Dodržuj správnou životosprávu, věnuj pozornost tomu, jak jíš a jak spíš!
18. Každý den hýbni kostrou – cvič, plav, hraj tenis... nebo se alespoň projdi.